

联合国毒品和犯罪问题办公室

维也纳

2016 年 世界毒品问题报告



联合国

2016 年，纽约

©联合国，2016年5月。全球版权所有。

ISBN: 978-92-1-148286-7

eISBN: 978-92-1-057862-2

联合国出版物，出售品编号：E.16.XI.7

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，无需版权所有者特别许可，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，

《2016年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.16.XI.7）。

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和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。

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

PO 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

世界毒品问题报告

序言

就在几个月前，会员国在大会特别会议上通过了关于世界毒品问题的一系列全面行动建议。值此决定性时刻，《2016年世界毒品问题报告》可谓应运而生。

联合国大会有史以来仅特别关注过毒品问题三次，这届会议就是第三次。会议产生了题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件，为采取行动应对共同挑战铺就了坚实的前进道路。

会员国在成果文件中重申了按照三项国际药物管制公约应对长期存在而不断演进的新挑战的承诺，这些公约为缔约国留出了足够的灵活性，以便其根据共同和分担责任的原则设计和实施国家毒品政策。

该成果文件所载行动建议包括减少供给和需求的措施，以及改善受管制药物的获取并防止其转移的措施；这些建议涵盖了人权、青年、儿童、妇女和社区，强调挑战不断涌现，需要推广长期、全面、可持续且以发展为导向的平衡毒品管制政策和方案，包括替代发展。

文件强调了预防吸毒和治疗吸毒疾患的重要性；鼓励制定、通过并实施定罪或处罚方面的替代措施或补充措施；并推广针对涉毒犯罪的适当国家量刑政策、做法和指导方针。

现在国际社会必须团结起来兑现自己的承诺。

《2016年世界毒品问题报告》全面概述了毒品市场的重大发展变化、贩运路线以及吸毒的健康影响，支持采取基于权利的全面、平衡、综合方法。

今年的报告深入探讨了毒品的广泛影响，不仅是对个人健康和福祉的影响，还有对吸毒者周围人群——家庭和社区的影响。这样的影响包括诸如艾滋病毒危害等，以及暴力威胁，尤其是对妇女和儿童的威胁。

报告还指出，应当警觉一些区域吸食海洛因情况增多的现象。新型精神活性物质所构成挑战仍然是一个严重问题，同时，海洛因依然是致死人数最多的

毒品。海洛因再度兴起的问题亟须解决。

本报告着眼于性别、边缘化、污名化、暴力和人权等问题，考虑了如何让禁毒战略关注毁林和污染之类环境问题的方法。报告研究了“暗网”和新技术在毒品贩运中的应用以及用非法毒品利润资助恐怖主义和暴力极端主义的可能性。

此外，2016年报告的专题章节关注毒品与发展之间的相互联系以及“注重发展的”毒品管制政策的重要性。这是一个尤其具有现实意义的主题：正如各国政府在成果文件中指出的，“实现可持续发展目标的努力与有效应对世界毒品问题的努力相辅相成，相互促进”。

报告所载研究可为有效的毒品和发展政策提供支持。证据显而易见：只有政策以社区的社会、经济和环境全面发展为目标时，非法毒品的种植和生产才会得到铲除；打击毒品贩运及相关暴力行为需要强大、透明而公平的刑事司法机构以及有针对性的摧毁跨国有组织犯罪组织的努力；预防吸毒和治疗吸毒疾患要以科学证据为基础并且对性别问题具有敏感认识才会起作用；对涉毒轻微罪行过度使用监禁手段在减少累犯方面不够有效，并使刑事司法系统负担过重。

显然，要应对毒品带来的许多不断演进的新挑战，还有许多工作要做。成果文件及其行动建议奠定了坚实基础，立足于商定的框架，以证据为依据，并遵循共同和分担责任的原则。

会员国在努力响应这一行动号召时，可以利用本报告，以及毒品和犯罪问题办公室在应对世界毒品问题诸多方面的一切专门知识和实地经验。



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	iii
解释性说明	vii
内容提要	ix
结论	xxiii
1. 非法毒品市场：状况和趋势	
A. 吸毒状况	1
B. 吸毒的健康影响	14
C. 毒品供应状况	21
D. 各类毒品市场分析	26
阿片剂	26
可卡因	35
大麻	43
合成毒品：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质	52
2. 世界毒品问题与可持续发展	
A. 社会发展	64
B. 经济发展	75
C. 环境可持续性	86
D. 和平、正义和包容的社会	95
E. 伙伴关系	105
附件	
统计表	i
区域分组	xxxv
词汇表	xxxvii

致谢

《2016 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 及研究和趋势分析处处长 Angela Me 的监督下编制。

核心小组

研究、调查准备及报告起草

Coen Bussink	David Macdonald
Chlo éCarpentier	Kamran Niaz
Liliana M. D ávalos	Thomas Pietschmann
Philip Davis	Martin Raithelhuber
Angelica Dur án-Mart ínez	Clinton W. Saloga
Natascha Eichinger	Justice Tettey
Jon Flanders	Freya Vander Laenen
Anja Korenblik	Antoine Vella
Sabrina Levissianos	

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 Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin

编辑

Jonathan Gibbons

协调

Francesca Massanello

审查与评论

本报告还得益于毒品和犯罪问题办公室条约事务司腐败和经济犯罪处及有组织犯罪和非法贩运处同事以及业务司预防吸毒和健康处、预防、治疗和康复科、艾滋病病毒/艾滋病科及司法科同事的专门知识和宝贵贡献。

研究和趋势分析处还要感谢世界毒品问题报告科学咨询委员会提供的宝贵文稿和建议，该委员会于 2015 年组建，委员会成员包括：

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter
Brice De Ruyver

研究和趋势分析处还感谢 SEWPROF 和欧洲废水分析核心小组提供的废水分析数据，本报告第一章予以了采用。

毒品和犯罪问题办公室业务司预防吸毒和健康处以及艾滋病病毒/艾滋病科为本报告第一章的艾滋病病毒研究提供了部分资金。俄罗斯联邦和德国国际合作署为第二章的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。

国家和地区的名称接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”

本报告使用了下列简称：

美洲药管会	美洲药物滥用管制委员会（美洲国家组织）
麻委会	麻醉药品委员会
国内总产值	国内生产总值
麻管局	国际麻醉品管制局
《国际麻醉品管制战略报告》	《美国国务院国际麻醉品管制战略报告》
刑警组织	国际刑事警察组织
二亚甲基双氧苯丙胺	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
开发署	联合国开发计划署
禁毒基金	联合国管制药物滥用基金
海关组织	世界海关组织
世卫组织	世界卫生组织

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”。

本报告所用“毒品”一词均指受国际药物管制公约管制的药物。

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：2015 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。R 指相关系数，用于衡量两个或多个变量之间统计相关性的强度，正相关为 0 至 1，负相关为 0 至 -1；R² 指相关系数的平方。

内容提要

“我们重申承诺加大努力处理和应对世界毒品问题各方面的新兴和长期挑战与威胁……为此我们建议采取以下措施：……酌情促进使用和分析……相关、可靠、客观的数据，以改进全面、综合和平衡的国家禁毒战略、政策和方案的实施工作，并鼓励……交流最佳做法和经验教训。”

大会世界毒品问题特别会议题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件

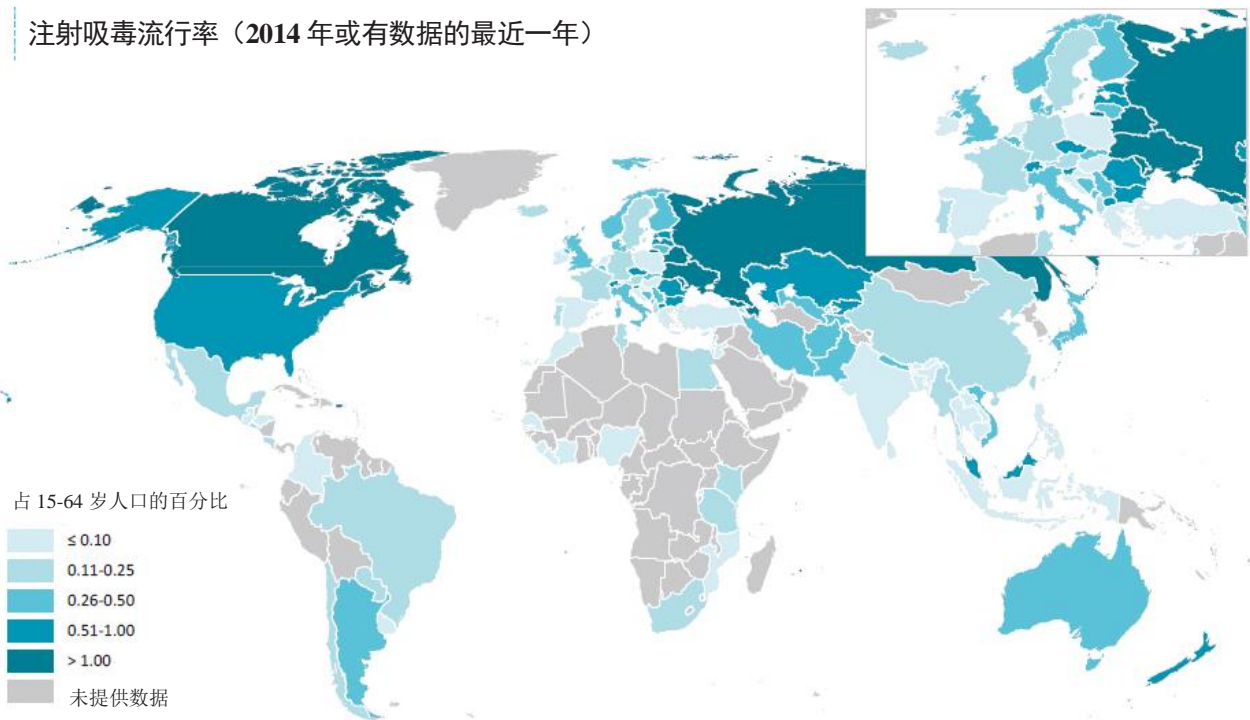
《2016年世界毒品问题报告》是在大会世界毒品问题特别会议这一全球禁毒政策具有里程碑意义的时刻之后发表的。第一章是阿片剂、可卡因、大麻、苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质的供应和需求及其对健康的影响全球概览，还回顾了使用多种毒

品的科学证据、大麻的治疗需求以及世界一些地区大麻娱乐性使用合法化以来的事态发展。第二章着重从可持续发展目标的角度阐述世界毒品问题与可持续发展各方面之间的相互作用机制。

吸毒及其健康后果

据估计，2014年，每20个成年人中就有1个，即每10亿15-64岁人口中有2.5亿人，使用过至少一种毒品。这一数字大约相当于法国、德国、意大利和联合王国四国人口之和，尽管人数众多，但过去四年在全球人口中所占比例似乎并没有增加。然而，逾2,900万吸毒者估计患有吸毒疾患，其中1,200万人是注射吸毒者，这其中有14.0%感染了艾滋病毒，吸毒的影响及其健康后果仍然是灾难性的。

注射吸毒流行率（2014年或有数据的最近一年）



注：本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。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。

上年度有 2.47 亿人吸毒



2,900 万人患有吸毒疾患，
但仅六分之一的人接受治疗

2014 年估计有 20.74 万例涉毒死亡，相当于每 100 万 15-64 岁人口中有 43.5 例死亡，全世界涉毒死亡数也保持了稳定，尽管这是不可接受的，也是可以预防的。大约三分之一到二分之一的涉毒死亡原因是毒品过量，而引起死亡的毒品大多是类阿片。刚从监狱获释人群的涉毒死亡（主要是由于吸毒过量）风险大幅增加，死亡率远远高于普通人群所有死亡原因的死亡率。

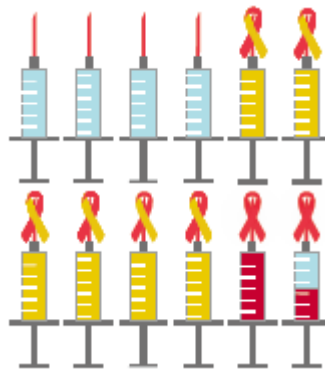
在许多国家，监狱仍是传染病的高危环境，这对监狱卫生来说是一个大问题。一些研究报告指出监狱是吸毒高发的地方，包括吸食阿片剂和注射毒品。此外，囚犯中艾滋病毒、肝炎和结核病的患病率可能大大高于普通人群。不过，尽管是高危环境并且有支持采取有效保健干预措施的科学证据，但全世界许多监狱中的预防和治疗服务存在很大差距。

注射吸毒者面临着不安全用药的最严重健康危害，总体健康状况不佳（包括非致命性和致命性用药过量），并且过早死亡的几率较大。注射吸毒者中有七分之一是艾滋病毒携带者，有一半患有丙型肝炎。注射吸毒者是感染艾滋病毒和肝炎的主要高危群体，撒哈拉以南非洲以外新增艾滋病毒感染病例几乎有三分之一都发生在注射吸毒者中。此外，研究发现，有人为了实施更危险性行为而注射兴奋剂，导致感染艾滋病毒的风险高于那些阿片剂注射者。

大麻仍是全球最常用毒品，2014 年估计有 1.83 亿人

使用过该毒品，而苯丙胺类药物仍是第二常用毒品。阿片剂和处方类阿片的使用相对较少，估计有 3,300 万使用者，但类阿片仍是具有潜在危害和健康后果的主要毒品。一些以前呈下滑趋势的市场（尤其是北美洲）出现了海洛因吸毒激增的现象，这表明海洛因仍是导致公共健康问题的主要毒品之一。

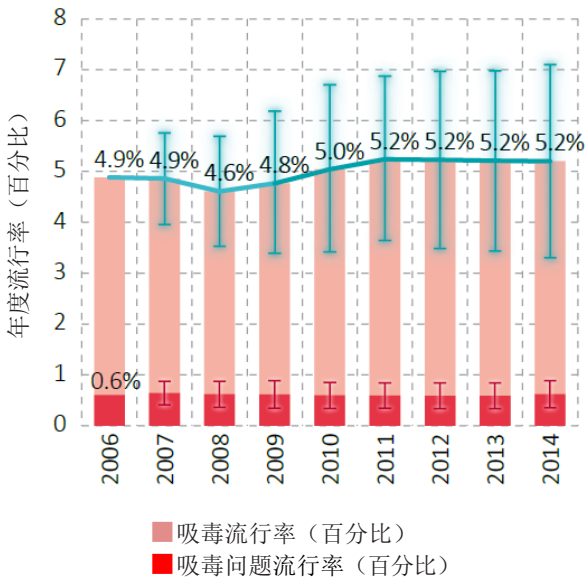
1,200 万人注射吸毒



160 万注射吸毒者携带艾滋病毒
600 万人携带丙型肝炎病毒

就全球总体趋势而言，过去三年，大麻吸毒现象保持稳定。不过，在一些分区域，尤其是北美、西欧和中欧，大麻吸毒现象有所增多。可卡因吸毒经过一段时期稳定之后，从 2010 年起开始增加，主要是因为南美洲可卡因使用的增加。另一方面，苯丙胺类药物的使用似乎很稳定，但这也许掩盖了一些分区域的情况，尤其是东亚和东南亚，这些分区域的吸毒近况不明。

2006-2014 年全球估计吸毒流行率趋势



资料来源：对年度报告调查表的答复。

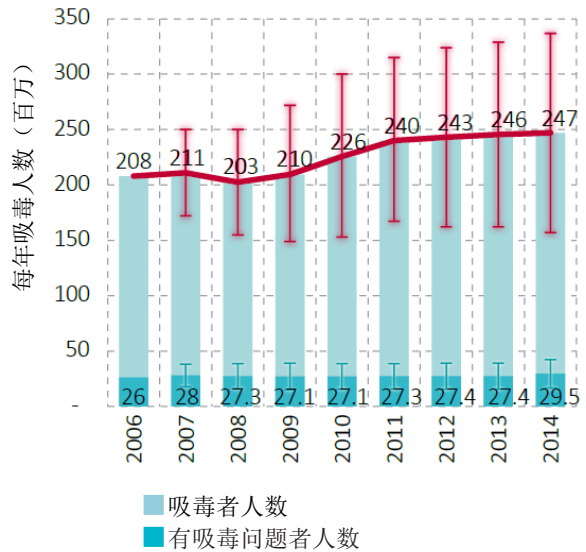
注：估计上年度曾吸毒的成年人（15-64 岁）百分比。

全球吸毒状况更加不清晰之处在于许多偶尔和经常吸毒者往往使用多种毒品，他们同时或先后使用不止一种药物。例如，非医疗使用处方药、合成兴奋剂和新型精神活性物质代替传统毒品，或将其与传统毒品结合使用，模糊了特定毒品吸毒者之间的区别，导致近年来吸毒及相关健康后果呈现出相互联系或者周期性流行的特点。

过去十年，许多区域的大麻吸毒治疗都呈上升趋势。欧洲尽管经常（每月）吸毒人数减少了，但一些国家因大麻而接受治疗人数有所增加。全球因大麻导致疾患而首次寻求治疗者所占比例仍居高不下，因大麻导致疾患而接受治疗者中有近一半为首次接受治疗者。因大麻而接受治疗者情况的变化在于若干因素，包括刑事司法系统的转介做法以及一些国家大麻治疗服务的扩大。虽然有一些证据显示，效力更强的大麻如今在欧洲和美国供应更广泛，但这将如何转化为对大麻吸毒者的更大伤害尚不清楚。

一般说来，年轻人因大麻和苯丙胺类吸毒疾患而寻求治疗者多于因其他毒品而寻求治疗者。这反映了一个趋势，即大麻和苯丙胺类药物的使用越来越多，使得因大麻和苯丙胺类吸毒疾患而寻求治疗人数增加。因类阿片或可卡因吸毒疾患而接受治疗者通常三十多岁，反映了许多分区域接受治疗的吸毒群体都逐渐老龄化，占治疗需求的比例总体有所减少。

2006-2014 年全球估计吸毒人数趋势



资料来源：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。

总的说来，男性使用大麻、可卡因或苯丙胺类药物的可能性比女性高三倍，而女性比男性更有可能非医疗使用类阿片和安定剂。吸毒方面性别差异更多地源于在社会环境中吸毒的机会，而不是哪一种性别更有可能或更容易沾染毒品。此外，虽然大多数调查显示，年轻人吸毒流行率据称高于成年人，但年轻人在吸毒方面的性别差异比成年人小。

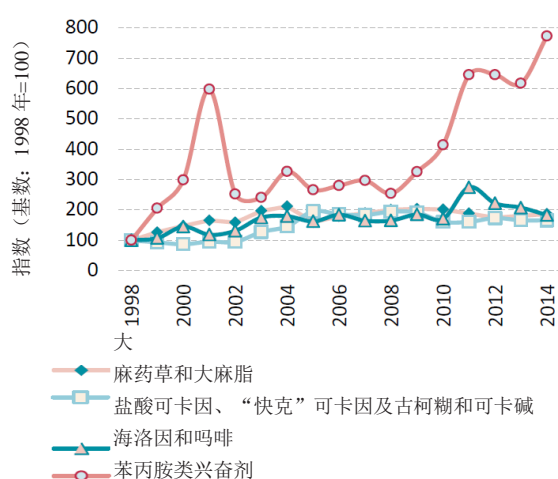
毒品供应与市场

最广泛种植的毒品作物仍是大麻，2009-2014 年期间有 129 个国家报告了大麻的种植，远超报告罂粟种植的 49 个国家（大都在亚洲和美洲）和报告古柯种植的 7 个国家（位于美洲）。抛开种植国家的数量差距不谈，去年罂粟种植在减少，而古柯种植在增加。

另外，大麻仍然是全世界贩运最多的毒品，而合成毒品的缉获量也大幅增加。虽然 2014 年受国际管制的药物有 234 种（2016 年 1 月是 244 种），但大部分贩运（根据所报告的毒品缉获量，这一数量同时反映了执法力度和毒品流量）集中在极少数几种药物上。2014 年，95% 的报告国缉获了各种形式的大麻，占当年向联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）报告的 220 万起毒品缉获案件的一半以上，其次是苯丙胺类兴奋剂、类阿片和古柯类药物。

所有国家因持有毒品供个人使用和贩毒而正式面临刑事司法系统管制的男性（通常占总数的 90%）多于女性。不过，按性别分类的数据报告近年来有所改进，数据显示因涉毒犯罪遭到逮捕的女性绝对数有所增加。然而，女性占涉毒案件的比例虽有所波动，却在 1998-2014 年期间呈下降趋势，尤其是就在贩毒罪方面。

1998-2014 年全球毒品缉获量趋势



资料来源：对年度报告调查表的答复。

最近几年，通过互联网，包括通过匿名网上市场“暗网”供应毒品的情况可能有所增加。这一情况令人堪忧，因为“暗网”有潜力通过在发达国家和发展中国家便利获得毒品来吸引新的吸毒者。

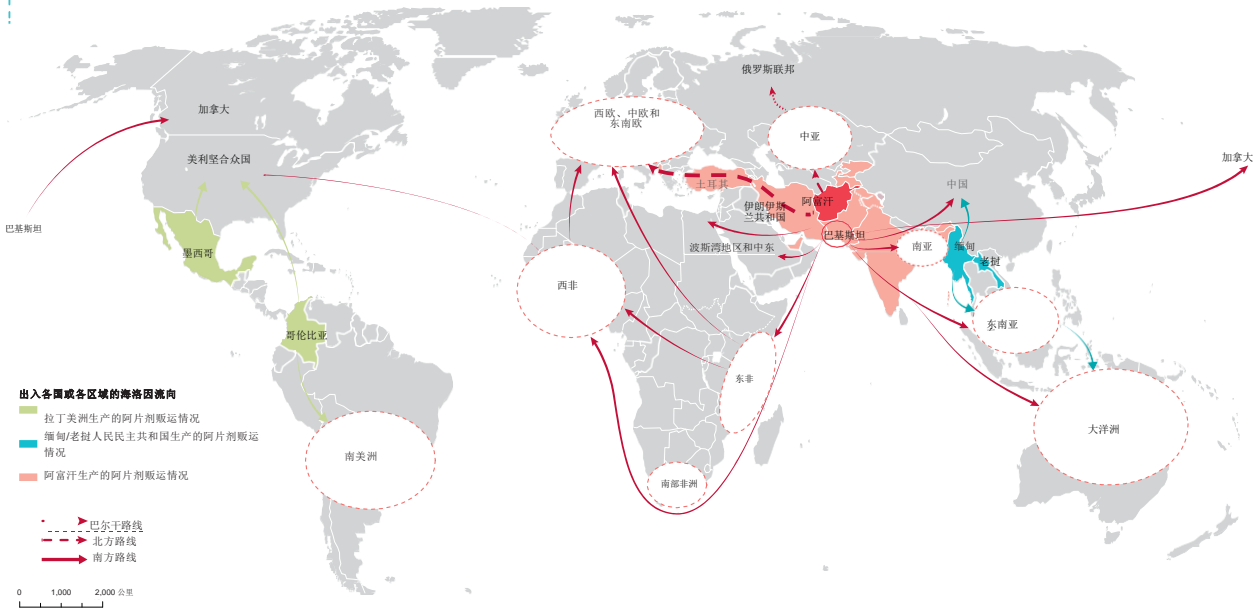
阿片剂

鸦片生产主要是在东南亚，其次是在东南亚和拉丁美洲。2015 年全球鸦片产量比上一年减少了 38%，约为 4,770 吨，即 1990 年代后期的水平。这一减少主要是由于阿富汗的鸦片产量下降（比上一年下降 48%），主要原因在于该国南方各省歉收。不过，阿富汗的罂粟种植面积有 18.3 万公顷，仍然占全球非法罂粟种植面积近三分之二，而全球种植面积比上一年减少了 11%，减至 28.1 万公顷左右。

毒品和犯罪问题办公室的估计表明，最近几年全球阿片剂吸毒（即鸦片、吗啡和海洛因吸食者）人数基本没变，2014 年阿片剂继续影响到约 1,700 万人。由于前几年的鸦片产量较高，2015 年的鸦片产量锐减似乎不大可能导致全球海洛因市场的严重短缺。前几年鸦片库存增加，如今投入消费，可能会抵消年产量的变动，维持对用户市场的海洛因供应。鸦片产量可能需要持续下降一段时间，才能让海洛因市场感受到其影响。

事实上，尽管区域变化巨大，但全球阿片剂市场似乎很稳定。有迹象表明，在以前海洛因吸毒呈减少趋势的一些国家，这类吸毒可能正在重新抬头。过去十年，北美洲的海洛因吸毒增多，导致与海洛因有关的死亡人数增加。与此形成对照的是，在西欧和中欧，自 1990 年代末以来，海洛因吸毒的长期趋势一直较为稳定或有所减少。不过，海洛因市场有激增的早期迹象，欧洲一些市场海洛因的供应和使用在增加，运往欧洲的海洛因单项缉获案件的规模大幅攀升。与此同时，根据向毒品和犯罪问题办公室报告的趋势看法，非洲的阿片剂使用也有所增加。在 1998-2014 年期间，专家报告的亚洲阿片剂吸毒状况大体保持不变，而大洋洲的阿片剂吸毒则有所减少。

海洛因的主要贩运流向



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，而不是确定的路线描述。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。

从 1980-1997 年期间（尤其是 1998 年大会世界毒品问题特别会议之后）到 2009-2014 年期间，全球阿片剂截获率翻了一番。西南亚的阿片剂缉获量最大，其次是欧洲。2014 年，伊朗伊斯兰共和国报告的阿片剂总缉获量在全球最大，占全球鸦片缉获量的 75%，全球吗啡缉获量的 61%，全球海洛因缉获量的 17%。

经由东南欧通过伊朗伊斯兰共和国和土耳其向西欧和中欧供应阿富汗阿片剂的所谓的“巴尔干路线”仍是最重要的海洛因贩运渠道。不过，所谓的“南方路线”（经海路从巴基斯坦或伊朗伊斯兰共和国到海湾地区、非洲（尤其是东非）、南亚以及少量向东南亚、大洋洲地区和北美洲贩运）也日渐重要。与此同时，从阿富汗到中亚邻国、俄罗斯联邦和独立国家联合体其他各国的所谓“北方路线”上的阿片剂贩运在 2008-2012 年期间经历衰落后开始复苏，而金三角对外的贩运在增加，这主要因为 2006 年后缅甸鸦片产量的增加。此外，美洲的海洛因贩运继续增加，海洛因和吗啡缉获量从 1998-2008 年期间

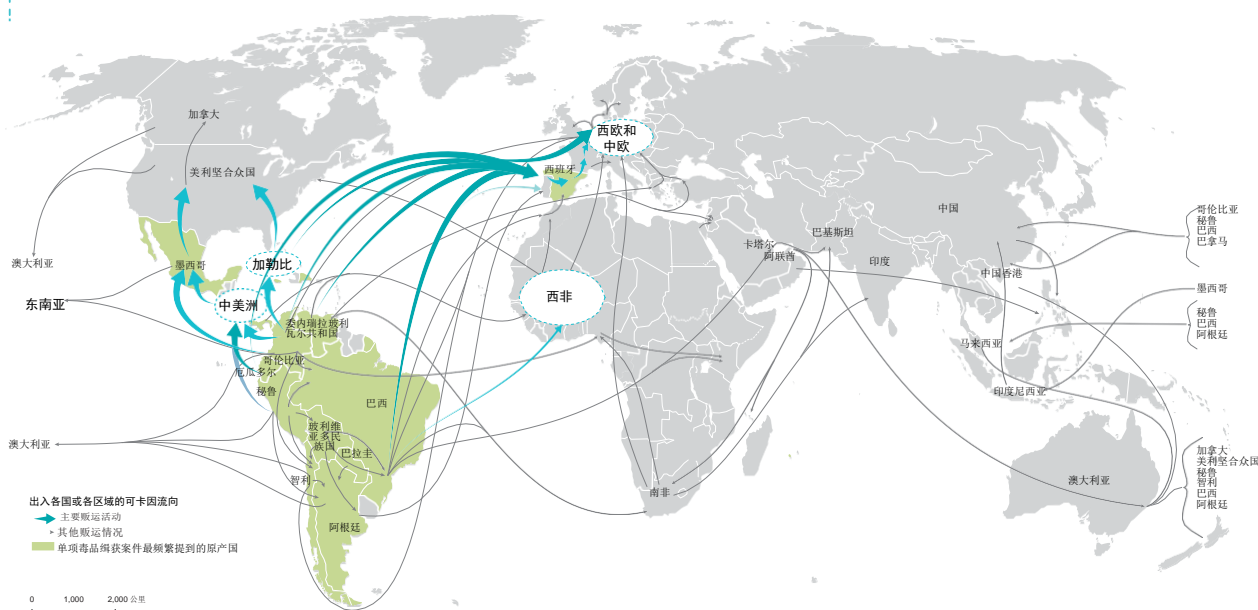
的平均每年 4 吨增至 2009-2014 年期间的每年 7 吨，这与所报告的这期间拉丁美洲鸦片产量增加的情况相符。

可卡因

虽然 2014 年全球古柯树种植面积比上一年增加了 10%，但该年仍是 1980 年代末以来实际古柯树种植面积第二小的年份。全球可卡因生产略高于前一年，但仍比 2007 年的峰值低 24-27%，因此基本上回到了 1990 年代末报告的水平。与此同时，有迹象表明，2014 年观察到的全球可卡因产量的增加并非一次性现象，2015 年可能仍是如此。

经由非洲的可卡因贩运可能卷土重来，有迹象表明，向亚洲（特别是东亚、东南亚和中东）的可卡因贩运在增加，因为亚洲的可卡因缉获量增加了两倍，从 1998-2008 年期间平均每年 0.45 吨增至 2009-2014 年期间每年 1.5 吨。在大洋洲，在过去十年中迅猛增长之后，可卡因市场似乎稳定下来。

可卡因的主要贩运流向



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，而不是确定的路线描述。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。

尽管出现了这些区域波动，但从全球范围看，1998-2014 年期间可卡因的年度流行率仍基本稳定，在占 15-64 岁人口的 0.3% 至 0.4% 之间徘徊。不过，由于人口增长，可卡因吸毒人数增加了，从 1998 年的约 1,400 万增加到 2014 年的 1,880 万。与此同时，可卡因的人均消费量可能有所减少，这是 2007-2014 年期间可消费可卡因数量减少引起的，而可消费可卡因数量减少主要与安第斯区域可卡因产量下降有关。另一方面，北美洲大量吸食可卡因的人数减少了，这表明可卡因市场在整体萎缩，但几个新兴市场的（娱乐性而非经常性）可卡因吸毒人数在继续增加。

大麻

最近几年，尽管在一些区域变化很大，但全球大麻消费可以说保持了稳定。2014 年，全球人口的大约 3.8% 在过去一年里吸食过大麻，这一比例自 1998 年以来保持稳定。鉴于全球人口增长，1998 年以来大麻吸毒者的总人数相应地有所增加。美洲，其次是非洲，仍是大麻药草的主要生产和消费区域，2014 年，全世界约四分之三的大麻药草缉获量来自美洲，

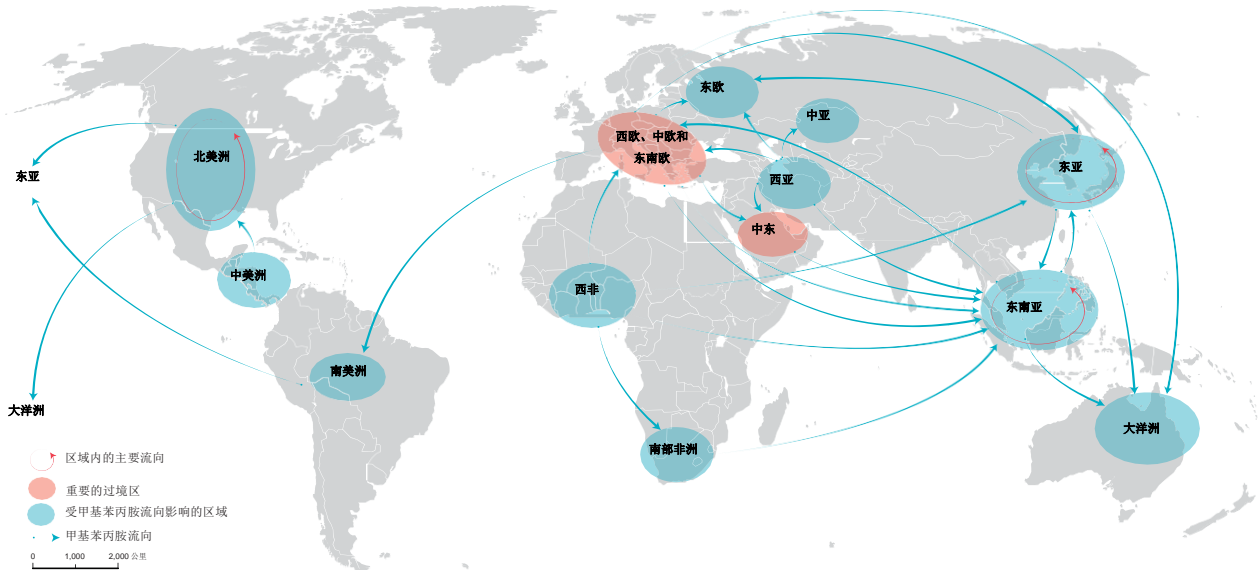
北美洲的数量最大，非洲占全部大麻药草缉获量的 14%，欧洲占 5%。另一方面，欧洲、北非以及近东和中东仍是大麻脂的主要市场，其大部分大麻脂仍然产自摩洛哥和阿富汗，这反映在会员国关于所缉获大麻脂来源的信息中。2014 年，西欧和中欧缉获的大麻脂数量又是最多，占全球总量的 40%。

在美国，尽管需继续定期监测给卫生系统和刑事司法系统造成的负担之类的测量指标，但那些将娱乐用大麻合法化的州提供的近期数据表明大麻的使用有所增加，公共健康和公共安全指数（与大麻有关的急诊、住院治疗、交通事故及相关死亡）也上升了，而与大麻有关的逮捕、诉讼案件和从刑事司法系统转入治疗的情况减少了。

合成毒品：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质

经过三年的相对稳定后，2014 年苯丙胺类兴奋剂缉获量创出新高，达到 170 多吨。2009 年以来，全球每年的苯丙胺缉获量都在大约 20-46 吨之间徘徊，而“摇头丸”缉获量在 2014 年翻了一番多，达到 9 吨，相比之下，2009 年以来的年平均数为 4-5 吨。

2011-2014 年甲基苯丙胺的区域间贩运流向



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。

注：流向箭头起点并不一定表示甲基苯丙胺的来源或产地。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。

过去几年，甲基苯丙胺缉获量占每年苯丙胺类兴奋剂缉获量的最大份额，不过，尽管甲基苯丙胺在全世界苯丙胺类兴奋剂市场都很突出，但在东亚和东南亚及北美洲尤其独占鳌头。2009 年以来，每年这些分区域合计占全球甲基苯丙胺缉获量的大部分。与其他分区域相比，北美洲每年报告的甲基苯丙胺缉获量始终是最多，但在 2009-2014 年期间，东亚和东南亚报告的甲基苯丙胺缉获量几乎翻了两番。

在大洋洲，2012 年以来甲基苯丙胺缉获量出现了强劲增长。该区域甲基苯丙胺晶体吸毒人数不断增加，而且一些吸毒群体的吸食频率也在增加，甲基苯丙胺的纯度有所提高，按纯度调整的价格出现下降，所有这些都很有可能加剧对个人健康以及整个社会的负面影响。

据报告，2014 年 3 月至 2015 年 11 月期间，在中东缉获了大量贴有“芬乃他林”商标名称的苯丙胺片剂。2013 年和 2014 年，中东报告的苯丙胺缉获量被认为主要来自黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国。同一时期，中东一些报告苯丙胺缉获量的国家发现这些苯丙胺是打算继续运往该区域其他目的地的。

新型精神活性物质市场的特征仍然是报告的新物质

数量众多。尽管 2015 年的数据收集工作仍在进行中，但首次向毒品和犯罪问题办公室报告的新物质已有 75 种，相比之下，2014 年总共只报告了 66 种新物质。2012-2014 年期间，首次报告的物质大都属于合成大麻素一类，但迄今为止报告的 2015 年数据显示出不同的模式：首先，首次报告了几乎与合成大麻素（21 种）一样多的合成卡西酮（20 种）；其次，首次报告了许多不属于前些年确定的任何一个大类的物质（21 种），包括合成类阿片（如芬太尼衍生物）和镇静剂（如苯二氮卓类）。

过去几年报告称缉获了大量新型精神活性物质。全球合成新型精神活性物质市场仍以合成大麻素（缉获量为 32 吨）为主，北美洲（尤其是美国，其缉获量为 26.5 吨）在 2014 年全世界缉获量中占比最大，而全球缉获量为 34 吨（不包括植物制成的新型精神活性物质和氯胺酮）。不过，自 2010 年首次报告以来，合成卡西酮的全球缉获量持续上升，与上一年相比，2014 年的缉获量增加了两倍，达到 1.3 吨。

从 2008 年至今，毒品和犯罪问题办公室对新型精神活性物质的监测显示了动态的供应状况，兼具连续性（少数物质出现、传播和持续存在数年）和变化性（大量物质仅昙花一现或仅在某个地方出现）。

世界毒品问题与可持续发展


“我们欢迎《2030年可持续发展议程》，而且我们注意到，实现可持续发展目标的努力与有效应对世界毒品问题的努力相辅相成，相互促进。”

大会世界毒品问题特别会议题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件

世界毒品问题与可持续发展所有方面交织在一起。透过可持续发展目标去分析毒品问题及其对策揭示了这种相互作用机制。17项可持续发展目标所确定的所有可持续发展领域反映了毒品问题的性质和动态。与此同时，在个人、社区和国家层面也可以看到毒品问题和毒品问题对策对发展的影响。在分析这些联系时，17项可持续发展目标被分为了五大类：社会发展；经济发展；环境可持续性；和平、公正和包容的社会以及伙伴关系。

社会发展

10 减少不平等




可持续发展目标 10.
减少国家内部和国家之间的不平等

不接受或不理解药瘾是一种健康状况助长边缘化循环，这种边缘化往往影响到有吸毒患者，使其康复和融入社会更具挑战性。此外，可能连卫生保健部门工作人员都持有的对吸毒人员的轻蔑态度会影响向最需要的人提供有效的治疗。

健康

3 良好健康与福祉

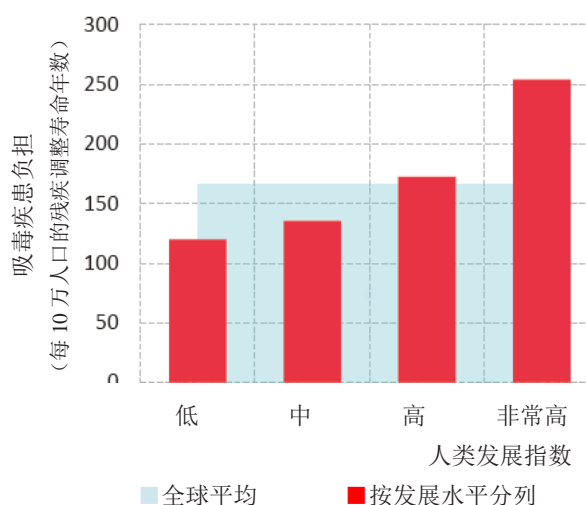


可持续发展目标 3.
确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉

全球疾病负担研究表明，2013年类阿片、可卡因、苯丙胺和大麻一起造成近1,200万生命年损失，其原因是过早死亡或残疾，其中超过800万与类阿片吸毒患者有关。造成毒品对健康的不良影响的风险

因素之一源于给药方式。尤其是，与抽吸、吞咽、鼻吸或口吸毒品相比，注射毒品造成吸毒过量和感染的风险要高得多，包括传播血源性病毒，例如艾滋病毒和丙型肝炎。吸毒可对整个社会的健康造成影响，因为注射吸毒者可能形成一个群体，将性传播疾病传给其他亚群及普通人群。一些研究还证实了这样的假设：使用某种兴奋剂（无论注射与否）也会影响性行为本身，从而增加高危行为和性传播疾病的可能性——就特定高危群体如男男性行为者而言，这种模式尤其令人关切。

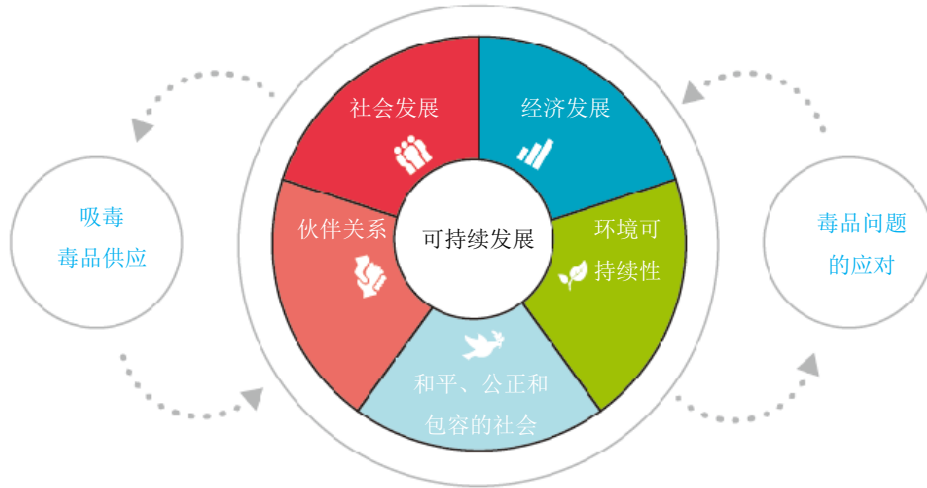
吸毒的健康影响随发展而日益严峻



资料来源：联合国开发计划署（开发署）人类发展指数；疾病负担（残疾调整寿命年数）数据来自华盛顿大学健康指标与评估研究所，《全球疾病负担比较》，2015年。可查阅 <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>。

可持续发展目标3的具体目标中明确包括“加强对滥用药物包括滥用麻醉药品的预防和治疗”。基于科学证据的毒品政策能够通过预防和治疗之类的措施减轻吸毒对健康的不良影响。但是，如果政策没有根据各项国际药物管制公约原则适当进行调整，就可能影响到用于医疗和研究目的的管制药物的可获取性。全球四分之三的人口仍然几乎或根本无法获得含有麻醉药物的药品，中度到重度疼痛无法得到充分的治疗。可持续发展目标具体目标3.b中已确认基本药品可获取性的重要性，这通常包括吗啡、可待因、地西洋和苯巴比妥等管制药物。

世界毒品问题与可持续发展：错综复杂的关系



妇女、女童和青年

吸毒破坏了可持续发展与性别平等和增强妇女和女童权能有关的方面。男性和女性吸毒者在偏爱的毒品以及与毒品有关的脆弱性方面有着显著差别。另外，几类毒品的吸毒者主要是男性，这一事实导致成套治疗可能无法充分满足女性吸毒者的需要，并且她们缺乏获得此种服务的途径。

5 性别平等

可持续发展目标 5. 实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能

染上毒瘾和艾滋病毒的女性比男性更加容易受到伤害和污辱。她们同时有着比男性更严重的心理健康问题，并且她们更有可能遭受暴力和虐待。妇女还常常背负着与家庭成员吸毒成瘾有关的暴力和贫穷负担，这有碍实现消除对妇女和女童一切形式的暴力行为的可持续发展目标。女性罪犯和囚犯面临特殊困难，尤其是那些有吸毒疾患的，因为在许多情况下，刑事司法系统还没有准备好满足妇女的特殊需要。

吸毒者往往正年富力强。当年轻人陷入吸毒泥潭甚至是毒品交易本身时，他们不但不能享有正当的就

业和受教育机会，而且在个人和社区发展方面实际上会遭遇明显的障碍。

经济发展

1 无贫穷

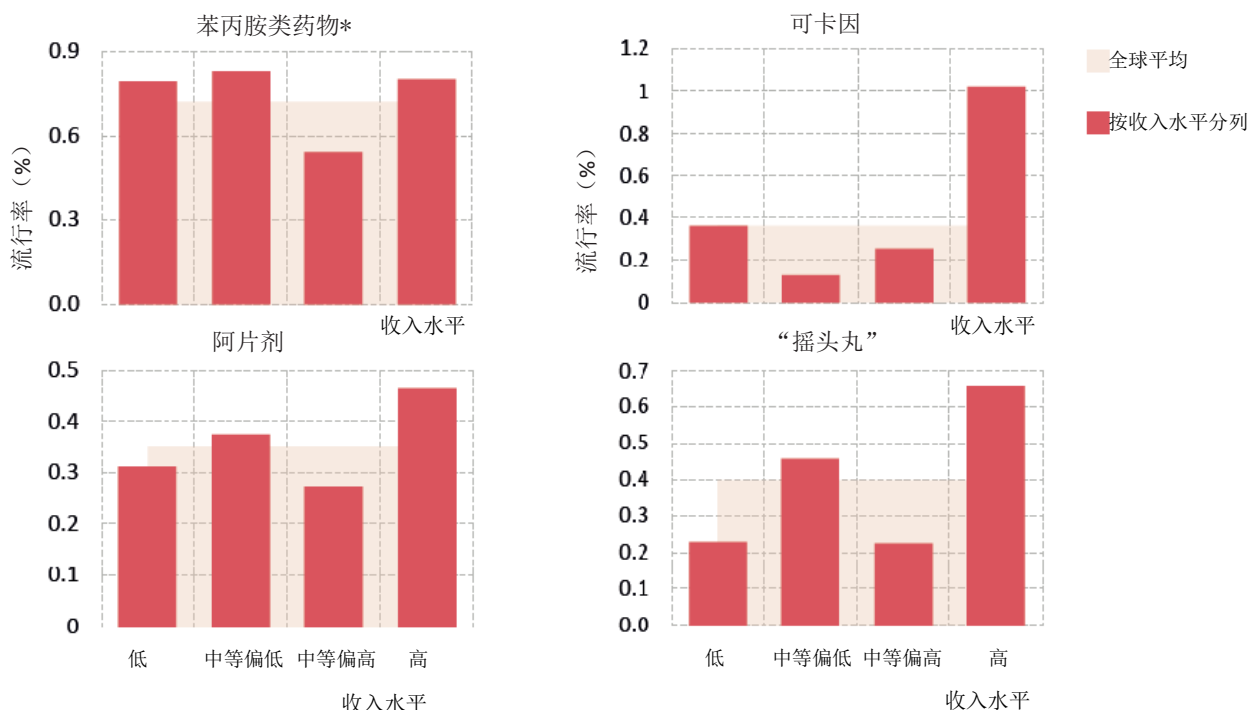
可持续发展目标 1. 在全世界消除一切形式的贫困

毒品问题所造成的损失在规模和形式方面可能因国家不同而有区别，不论是发达国家还是发展中国家，但不管怎样这个问题涉及所有国家。不论是在种植、生产、贩运还是使用方面，易受毒品影响的问题存在于处在各个发展水平的国家。

经济发展与毒品之间的关系在非法种植毒品作物方面尤其明显。在农村地区，社会经济因素，例如贫困和缺乏可持续生计，是导致农民从事非法种植的重要风险因素，也是发展水平低下的表现，发展水平低以及与安全和治理有关的其他发展问题是导致大规模非法种植的原因。

社会经济地位较高的群体比社会经济地位较低的群体有更大倾向尝试吸毒，但付出更大代价的却是社会经济地位较低的群体，因为他们更可能吸毒上瘾

收入对吸毒的影响取决于毒品种类



资料来源：世界银行（收入水平数据）及基于对年度报告调查表的答复及其他官方来源（吸毒数据）的毒品和犯罪问题办公室估计数。

*包括处方兴奋剂。

贫穷也与吸毒有密切联系，尽管其中的关系相当复杂，并且二者相互影响。事实上，受吸毒问题影响最大的是社会上相对较穷的人，在较富裕的国家可以明显看到这一点。更广泛地说，在社会和经济劣势与吸毒疾患之间存在密切联系。在考察边缘化和排斥的不同反映如失业和教育水平低时，也可以看到这一情况。

除了发展，包括地理位置在内的多种因素对于特定国家的毒品问题状况都有一定影响。例如，靠近毒品产区或主要贩毒路线可以解释为什么近东和中东以及西南亚吸食阿片剂以及南美洲和西非吸食可卡因包括快客可卡因的比例高于平均数。然而，按收入水平分解的关于吸毒者的国家数据显示，“高收入”国家的各类毒品的上年度流行率一般都较高。能够卖出较高价格并最终给毒贩带来较高利润的毒品比较容易在人均收入水平相对较高的国家立足。就可卡因和海洛因等毒品而言，经济发展水平有助形成吸毒者众多且总收入较高的消费市场。

在个别国家，不同的社会经济条件也对所用毒品的类型有影响。例如，在美国，与其他种类的可卡因

相比，快客可卡因吸毒者的吸毒与失业的联系更强。

不论是在发达国家还是发展中国家，毒品市场往往受到地方特性的影响，但对于某些毒品，尤其是可卡因和合成物质来说，大型市场总是先在发达国家扎下根来，随后才扩张到发展中国家。主要例子包括“摇头丸”和其他致幻剂在北美洲和欧洲的兴起，以及目前新型精神活性物质消费在欧洲、日本和北美洲的激增。因此需要动态地看待发展与毒品问题之间的关系。

环境可持续性

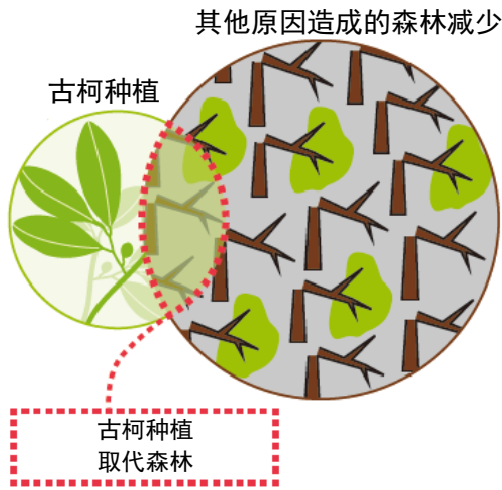
15 陆地生物



可持续发展目标的具体目标 15.5 采取紧急重大行动来减少自然栖息地的退化，遏制生物多样性的丧失，到 2020 年，保护受威胁物种，防止其灭绝

非法作物种植往往发生在森林地区，并且在毁林开荒后造成森林毁坏。此外，非法作物的种植常常发

正确看待古柯种植及毁林



生在面积有限的生境中有着大量物种的生物多样性热点地区，其中一些是保护区。种植往往发生在靠近农业边界线即原始森林与已开发地区的边界线的地方，并且可能导致毁林开荒。尽管经验证据和严格的分析并不支持非法种植是毁林的主要驱动因素的说法，但研究确实表明，农村发展不足助长了这一现象。此外，分析显示，贩毒可能通过建造简易机场和非法道路等基础设施，对毁林产生直接影响，还可能通过公共土地私有化以创建“毒种植园”对其产生间接影响。当铲除作物导致毒品作物地点转移时，就可能导致毁林，因为农民会对铲除举措作出反应，并寻找执法人员无法到达的一些地点。

可卡因和阿片剂的非法生产中所使用的化学品的处置也可能对环境造成不利影响，加剧农村社区的污染和健康危害。就合成毒品而言，其在城市环境中的影响不仅带来健康风险，而且还对城市和工业环境产生影响。

和平、公正和包容的社会

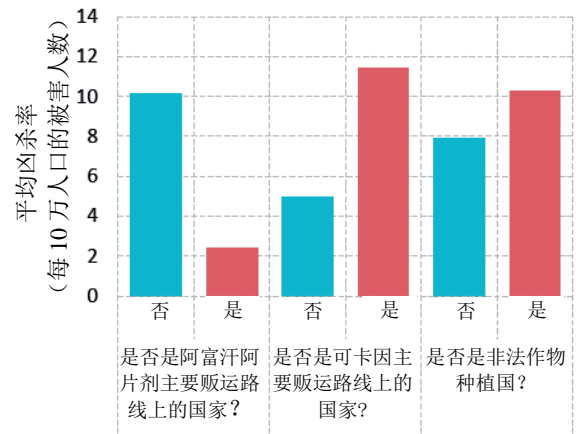
暴力、法治、腐败、非法资金流

16
和平、公正与
强大机构

可持续发展目标 16.
创建和平、包容的社会以
促进可持续发展，让所有
人都能诉诸司法

在与可持续发展目标 16 有关的具体目标中，那些涉及减少暴力、加强法治和司法救助以及打击有组织

全球毒品供应与暴力之间并无明确关系



资料来源：毒品和犯罪问题办公室凶杀系统统计数据（2015 年）。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html。

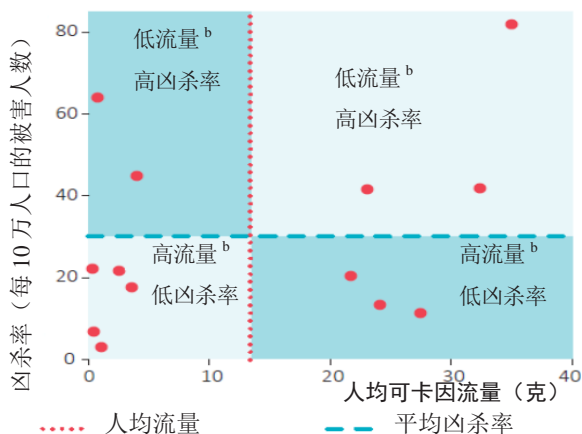
犯罪、经济犯罪（腐败和贿赂）及非法资金流有关的具体目标全都与世界毒品问题及其对策有着重要联系。

毒品问题的不同阶段导致各种表现形式的暴力行为。吸毒可导致与毒品的精神作用有关的暴力行为，以及为获取毒资而实施的犯罪。然而，拉丁美洲的例子表明，在涉及贩毒（系统暴力行为）时，与毒品有关的暴力行为最为极端。暴力造成的创伤也可加大吸毒风险。

不过，毒品贩运和生产不一定导致暴力行为，亚洲阿片剂贩运路线所涉过境国的凶杀率低就是例证。市场和贩毒组织的特点可以解释差异：市场竞争可导致非法市场上的暴力行为，而可能具有不同程度的凝聚力和层级的贩毒网络内部结构的差异也可能发挥作用。

与毒品交易相关的利润是非国家武装团体，包括恐怖组织，从事毒品贩运或为其提供便利的主要动机。在一些国家，毒品市场之类的非法市场上产生的资金在武装冲突复杂化和扩大化中发挥了作用，常常加大了冲突的整体破坏力。一般而言，在国家机构存在薄弱、法治适用不均衡和存在腐败机会的地方，毒品贸易往往猖獗。与此同时，贩毒组织的财富和力量让它们能够花钱换取执法人员、政客和商界的保护，从而加剧了腐败。

拉丁美洲国家^a的贩毒与暴力之间并无天然联系



资料来源：可卡因流量估计数基于美国国家药物管制政策办公室，“2010年可卡因走私”，2012年1月；凶杀数据来自毒品和犯罪问题办公室凶杀统计数据（2016年）。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html。

a 有 13 个国家的数据。
b 所有流量按人均表示。

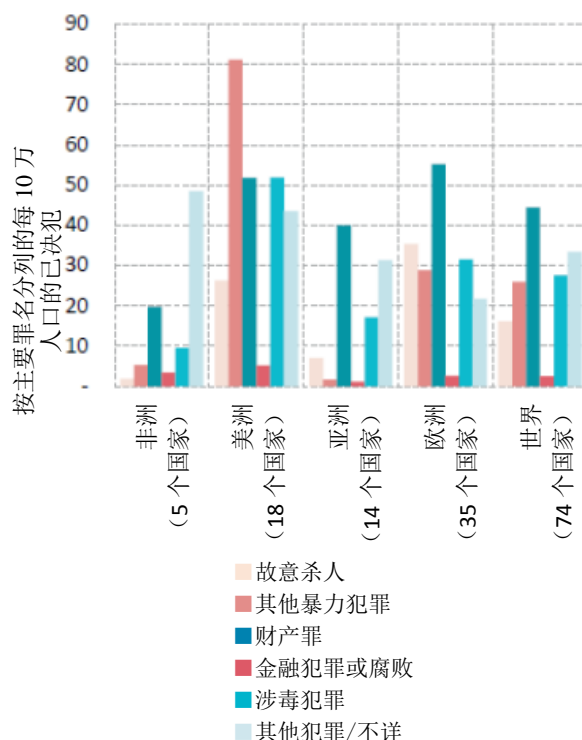
在毒品生产和销售的整个链条上都可以产生利润，终端利润往往都最高。毒品和犯罪问题办公室最近的一项研究估计，从阿富汗到欧洲的主要海洛因贩运路线上产生的利润有近一半来自四个最大的欧洲消费市场：法国、德国、意大利和联合王国。然而，在毒品生产国，与毒品有关的非法经济规模相对于合法经济往往更大，部分原因是其经济规模相对较小。这在阿富汗尤为明显，据毒品和犯罪问题办公室估计，2014年非法阿片剂经济的总价值为28亿美元——相当于该国国内生产总值（国内总产值）的13%。这种非法收益往往通过许多不同的渠道进行转移，从邮政汇票或汇款等小规模、分散手法到幌子公司这样的复杂手段，不一而足。这些形式的非法资金流动对于犯罪集团的生存至关重要，对可持续发展构成了重大威胁。

伙伴关系

17 促进目标实现的伙伴关系

可持续发展目标 17.
加强执行手段，重振可持续发展全球伙伴关系

每五个已决犯中差不多有一人因毒品犯罪而服刑



资料来源：秘书处关于世界犯罪趋势与预防犯罪和刑事司法领域新出现的问题及应对措施的说明（E/CN.15/2016/10）。

可持续发展目标 17 与药物管制公约所载国际合作和共担责任的原则密切相关。但在总体分析时，可以看出捐助方发展援助与捐助方对毒品相关领域的援助呈相反趋势：官方发展援助总体上有所增加，而在毒品相关领域的援助自 2008 年以来实际上已大幅减少。

毒品干预措施如何影响可持续发展？

减少毒品供应和需求的努力

消除非法作物种植的努力会影响农民和农场工人的收入来源和就业机会。研究还显示，只有当这样的努力包含确保替代生计和恢复安全与法治的发展措施时，才能在受影响社区取得积极的发展成果。哥伦比亚和秘鲁的例子表明，有效的替代发展方案能够弱化民众与武装团体及毒品贩运的联系。

执法干预措施旨在恢复作为治理和可持续发展基石的法治，而且还会影响毒品在非法市场的供应，其途径不仅包括通过缉毒减少供应，而且还包括通过增加毒贩风险，推动消费者市场的毒品价格上涨。然而，当局的执法活动也能引发暴力行为，尤其是

当执法活动影响到非法市场内部和外部结构时。研究显示，针对贩毒链上产生最大利润和最严重暴力行为的主要人物和因素进行的执法和监管能够特别有效地减少暴力行为。另一方面，侧重于迅速瓦解贩毒组织并在短期内减少暴力行为的战略有时会导致更多暴力行为。

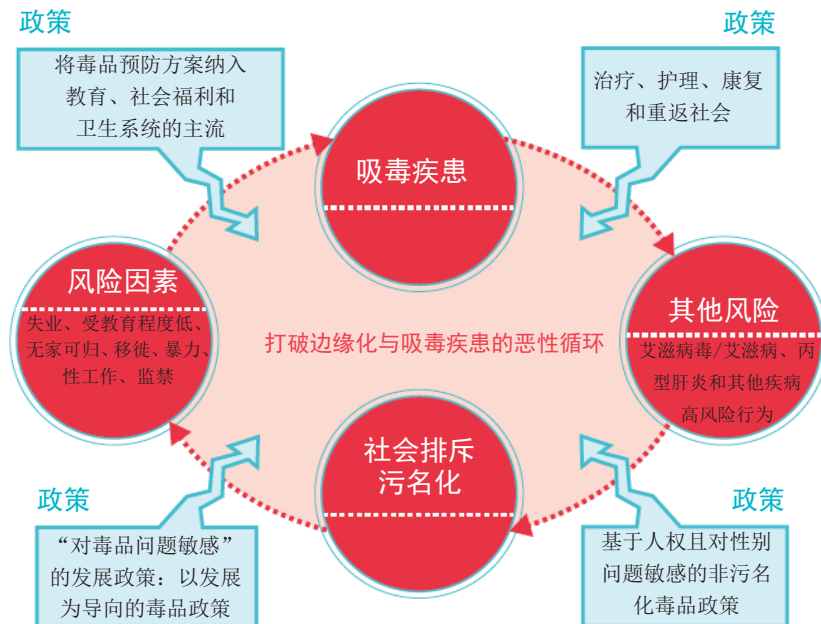
预防、早期干预治疗、护理、恢复、康复和重返社会措施以及对吸毒人员的全套护理，在以科学证据为基础时，能够减少吸毒，从而减少吸毒对公众健康的影响，公众健康是社会福祉最重要的组成部分之一。事实证明，上述一些措施还能减少攻击性和逃学等一系列其他危险行为。不仅对吸毒者本人而且对社会都是有好处的，这样的努力已经证明对于预防如艾滋病毒和病毒性肝炎是有效的。

减少毒品需求的干预措施只有依靠循证措施方为有效，包括那些旨在最大限度降低吸毒对公共健康和社会的不利影响的措施，例如适当的针头和注射器方案、阿片剂替代疗法、抗逆转录病毒治疗以及预防艾滋病毒、病毒性肝炎及与吸毒有关的其他血源性疾病传播的其他相关干预措施。另一方面，戒毒中心的强制戒毒往往使吸毒者和有毒品依赖性的人本已成问题的生活每况愈下，尤其是最年轻和最弱勢的群体。

刑事司法系统和毒品政策的成本

正如一般执法行动一样，由公正、透明和高效的机构依照人权标准实施行动时，行动便能促进法治和司法平等。但当执法行动违背这些原则时，可能会诱发任意镇压和侵犯公民权利。

根据有限的现有数据，全球因涉毒犯罪而在押的所有人中有四分之三被判犯有贩毒罪，不到四分之一被判犯有个人吸毒相关罪行。对于毒品犯罪的定义、起诉裁量权或处罚类别及严重程度，不同司法管辖区之间存在差异。在一些区域，在处理因拥有少量毒品以供个人消费等轻微毒品犯罪而被逮捕的人时，国家实行了更严厉的惩戒办法，可能包括监禁。另一方面，有几个国家选择在无加重情节的轻微个人消费案件中采取监禁或惩罚的替代措施（例如罚款、警告、缓刑或咨询）来限制惩罚。对轻微涉毒犯罪过度使用监禁手段在减少累犯方面不够有效，并会使刑事司法系统负担过重，妨碍它们有效应对更加严重的犯罪。作为监禁的替代措施，向吸毒罪犯提供循证治疗和护理服务已证明能显著增加康复机会并减少累犯。



毒品政策的成本

毒品问题直接和间接产生的许多成本可以量化为货币值。一些经济研究这么做了，其结果显示，该成本占所研究国家国内总产值的 0.07% 到 1.7% 不等。此外，根据大多数所研究国家的记录，很高比例的总体成本可归于减少毒品需求和供应的干预措施（如预防、治疗和执法），而不是生产力的损失和任何其他间接成本。必须提醒的是，尽管这些经济研究一般都考虑了毒品问题产生的各种直接和间接成本，但这通常只限于可以量化为货币值的成本。无形成本，例如死亡和生活质量下降，常常无法量化，即使量化，通常也采用了非货币计量标准，如损失的生命年或带残疾生活年。虽然这些研究可能非常有助于评估毒品对社会经济造成的损害，在评估世界毒品问题影响和制定应对政策时也必须考虑到其他因素。

发展对世界毒品问题的影响

发展能够降低农民从事非法种植和生产的可能性，并且能够促使可持续地减少毒品种植。不过，如果发展干预措施没有谨慎对待社区在特定毒品问题方面的脆弱性，则可能会在无意中推动非法种植的增加，1960 年代初和 1970 年代在安第斯区域的大型发展方案即表明这一点。

促进贸易和减少贸易壁垒的举措被用于促进经济发展，但全球化对毒品贩运也会产生影响。通过促进贸易和全球运输网络的扩大，贸易开放也会促进不同国家犯罪组织之间的合作和联盟的形成，并在某些情况下减少执法机构监测国际贸易的机会。

如今，可卡因和合成毒品等一些毒品的地域分布不像过去那么集中了，而欧洲、北美洲和大洋洲受新型精神活性物质消费的影响越来越大。与此同时，几乎尚未触及某些毒品的世界许多地区的经济正飞速发展。因此，必须铭记发展对吸毒的潜在影响，发达国家的经验在这方面可能具有启发性。

结论和政策影响

发展与应对世界毒品问题需双管齐下

许多毒品政策干预措施都直接或间接地提高了目标群体的发展水平，而旨在促进可持续发展的行动常常涉及受毒品问题影响的人们或社区的脆弱性，并且最终能够帮助解决这个问题。不过，由于毒品政策和发展政策能够在无意中相互产生反作用，两个系列的干预措施——发展和应对世界毒品问题——需双管齐下。

为了有利于可持续发展，应对世界毒品问题的努力需：

- 符合国际人权文书的要求。
- 对性别问题具有敏感认识，以便在制定干预方案、针对毒品依赖的治疗措施以及针对涉毒犯罪的刑事司法对策时考虑妇女的特殊需要及其更为严重的污名化程度。
- 无害环境，以确保打击毒品的非法供应链不会引起毁林或其他环境损害。
- 确保“一个也不漏”，具体办法是，例如，在针对注射吸毒者中的传染病传播时考虑男男性行为者的特殊需要，以及包括国际移民和境内移民的特殊需要，他们可能特别容易受吸毒影响。
- 避免对吸毒者污名化，因为这可导致其进一步边缘化。
- 以科学证据为依据，这样毒品政策就能够针对社会发展和公共卫生的核心方面。

与此同时，发展干预措施应考虑发展与世界毒品问题之间的复杂关系，以及社会和经济变化相关的潜在风险。尤其是在继续解决普遍发展不足问题时，政策制定者应考虑受影响社区的特殊需要和脆弱性，使发展努力不会在无意中给毒品市场提供机会。

成功取决于双轨发展举措

由于通过包罗广泛的一般发展战略来解决受毒品困扰的具体社区的问题可能没有效果，需要双轨举措：保持专门的毒品干预措施与一般发展投资的协同增效作用。这种方式已经包含在替代发展的概念中，可扩大至毒品问题的其他方面。需将与毒品有关的

具体发展举措纳入一般发展举措的主流。这可能包括教育、社会福利和卫生系统中的预防方案；加强卫生保健和社会福利系统中对吸毒的治疗以及护理、康复和重返社会服务的提供；执法机构中的培训和能力建设；以及在所有相关国家机构中提高对毒品问题复杂性的认识，包括宣传非污名化方式。

宣传对毒品问题的基于人权的有效刑事司法对策

治理和法治是至关重要的一个方面，而毒品问题与发展在这方面的联系尚未得到充分重视。保障法治需被看作是一个比单纯的强制更加广泛的概念；它还包括普遍诉诸司法，通过赋予相关机构以权力的强大系统，以充分尊重人权的方式实现司法公正，并提供适当保障。

对于那些因轻微犯罪而面临刑事司法系统管制的吸毒患者来说，第一选择应是替代监禁。通过治疗和护理来处理与吸毒疾患有关的轻微犯罪的替代监禁方式需要卫生系统与司法系统之间的有效协调。

《联合国非拘禁措施最低限度标准规则》（《东京规则》）和《联合国女性囚犯待遇和女性罪犯非拘禁措施规则》（《曼谷规则》）中规定了推广使用非拘禁措施的一系列基本原则以及对受制于监禁替代措施的人的法律保障。

在实施有效的毒品管制措施时还需要尊重安全权。该权利要求国家当局按照法治以及特别是关于使用武力、保护受害人和对待罪犯的国际规范和标准行事。安全权还意味着免遭犯罪和暴力行为侵害以及国家当局防止和禁止贩毒及明确威胁公民个人的其他相关有组织犯罪活动的相应职责。

加深理解暴力与贩毒之间的动态关系

暴力与毒品生产或贩运之间关系复杂。暴力并非毒品贩运不可避免的结局。暴力的决定因素包括贩毒组织之间的竞争程度及其运作方式、特定地方社会政治条件、腐败程度以及潜在法治力度。为了避免暴力升级，消灭贩毒的干预措施须保持环境敏感。

吸毒的健康后果大都可以预防

吸毒继续产生不利健康后果，尤其是就注射吸毒和吸毒疾患而言。这些后果大都可以预防，并且可以

通过提供一些服务加以避免，例如针头和注射器方案、预防吸毒过量、阿片剂替代疗法以及科学证据已经证明有效的其他循证毒瘾治疗。如果使用类阿片的人可以广泛获取纳洛酮（一种能够立即逆转阿片剂过量后果的药物），则可以预防吸毒过量。

监狱应预防吸毒并处理其健康后果

必须继续确保监狱及其他拘押场所中被羁押者的人权，包括其得到健康服务的权利，尤其是毒瘾治疗和预防服务及治疗艾滋病毒、肝炎和结核病的服务。有吸毒患者从监狱获释后死亡风险较高，这意味着需采取适当干预措施，例如在监狱提供阿片剂替代疗法、获释前进行关于预防吸毒过量的教育、获释时可以获得纳洛酮以及获释后进行随访。

国际社会需继续关注海洛因

过去几年里毒品市场经历了高度多样化，出现了新物质、使用多种毒品的新组合以及涉及具有较高传染病风险的新的兴奋剂注射行为。不过，关注近期趋势的同时不应忽视与海洛因等“传统”毒品有关的趋势。一些以前呈下滑趋势的国家重新兴起了有致命后果的海洛因吸毒，证明海洛因不只是老一辈人的问题，仍需受到国际社会的优先重视。对最近阿富汗阿片剂生产的锐减不应估计过高，因为农民种植罂粟的可能性和机会都没有彻底改变。

需密切监测中东苯丙胺市场令人堪忧的动态

最近来自近东和中东的关于“芬乃他林”的数据（缉获量、当地产量以及前体供应量都有所增加）发出了关于该分区域的令人堪忧的信号，毒品生产和贩运可能让这里严峻的形势继续恶化：千疮百孔的边境、暴力冲突、叛乱以及某些地区政府控制不力。过去，其他存在类似缺陷的区域经历了毒品一暴力之间的联系发展过程，其中毒品的生产/贩运与冲突变成了相辅相成的因素。需要近东和中东的更多信息，尤其是关于吸毒的信息，以帮助了解缉获量增加是否以及如何表明该分区域毒品消费有所增加及对毒品政策可能产生何种潜在影响。

需加大力度增强对新型精神活性物质的司法鉴定能力和监测系统

关于新型精神活性物质的使用及其健康后果的信息仍然有限。了解新型精神活性物质问题以便更有效

地解决这一问题需要在不同方面作出努力：支持各国增强发现新型精神活性物质的司法鉴定能力以及建立或改进能够有效收集新型精神活性物质使用及其健康后果信息的监测系统。需要开展更多研究，以便了解消费此种产品的吸毒者所面临的影响和风险，以及如何宣传这些风险。同样关键的是了解各区域会员国对新型精神活性物质市场动态采取的广泛国家立法对策。

需加强提供针对大麻吸毒的科学预防和治疗方案

由于最近世界一些地方的立法发生了变化，在国际研究中，大麻在卫生保健政策层面获得了更高关注度。对美国和欧洲大麻吸毒治疗数量的分析显示长期趋势是在上升。就欧洲而言，因大麻吸毒而接受治疗的人数持续增加的趋势部分反映了旨在满足大麻吸毒者需求的治疗方案的扩大，包括几个针对青少年和青壮年的方案。重要的是青少年和年轻人可以获益于基于科学的预防方案，以避免早早地开始大麻吸毒，并且已经吸食大麻的人可以获益于治疗举措，例如筛检和短暂干预，以防发展为吸毒疾患。

建议持续监测新的大麻政策

尽管评估新的大麻政策的影响还为时过早，但迄今为止在美国收集到的证据显示，在公投导致为娱乐的目的吸食大麻的行为合法化的各州，大麻的使用有所增加。美国一些州（尤其是科罗拉多州）出现了新的挑战，包括销售四氢大麻酚含量高的不受管制的大麻产品（食品）。此外，有证据显示，在大麻的影响下开车的大麻吸毒人数在增加，与大麻有关的急诊和住院治疗的数量也增加了。不过，与大麻有关的逮捕和与大麻犯罪有关的诉讼案件的数量减少了。在能够做出最终评估之前，需在一段时间内对所有这些测量指标进行严格的监测和评价。

治疗和护理：必须加强关注多种毒品的使用

多种毒品的使用以及变换使用不同种类毒品的高度复杂性为吸毒相关紧急情况的应对者以及吸毒疾患的治疗者带来了挑战。在此种情况下，使用多种毒品能够削弱针对特定毒品的治疗工作的效果。事实证明，药物辅助治疗对吸食阿片剂有关的疾患有效，而对于其他毒品，例如兴奋剂和大麻，可以利用的治疗措施主要在于社会心理和行为方面。这种情况要求政策制定者和实践者更多地了解吸毒方面新出

现的趋势并建立有关机制来发现和判断所使用的更加广泛物质。此外，有必要编制科学指南，以使用药物辅助治疗和行为疗法来处理因使用多种毒品而患有吸毒疾患者。

立法、技术援助和能力建设是应对“暗网”日益重要局势之关键

许多国家的执法和刑事司法系统仍不能有效应对被称为“暗网”的匿名网上市场问题。除了实际问题，有许多其他棘手的法律问题需要解决，包括：确定负责的管辖区，以及日常的国际信息共享，尤其是在不知道卖方和买方身处何处的情况下；利用密探（线上和线下）渗透进这样的网络以收集证据并破坏犯罪业务模式；制定和实施立法，要求嫌疑人在被控犯罪时提供密码/译码信息。为会员国收集和利用数字证据提供技术援助和能力建设方面的帮助是解决通过互联网贩运毒品带来的威胁之关键。

非法毒品市场：状况和趋势

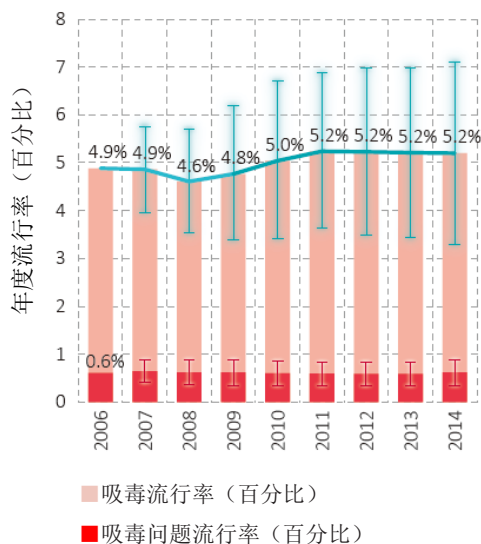
A. 吸毒状况

全球吸毒整体状况保持稳定

据估计，2014年，每20个成年人中就有1个，即每10亿15-64岁人口中有2.5亿人，使用过至少一种毒品。尽管各区域的吸毒趋势不尽相同，但如最新数据报告那样，世界人口的吸毒状况在过去四年保持了稳定。吸毒总人数中估计有将近12%，即逾2,900万人，患有吸毒疾患。

大麻仍是全球最常用毒品，在2014年估计有1.83亿人年使用过该毒品，而苯丙胺类药物仍是第二常用毒品。阿片剂和处方类阿片估计有3,300万使用者，其使用可能不如大麻广泛，但类阿片仍是具有潜在危害和健康后果的主要毒品。现有最新数据显示，就全球总体趋势而言，过去三年，大麻吸毒现象保持稳定。不过，在一些分区域，尤其是北美、西欧和中欧，大麻吸毒现象有所增多。尽管非洲没有最新吸毒状况数据，但该区域专家们还是察觉到了大麻使用的增加。

图. 1 | 2006-2014年全球估计吸毒流行率趋势



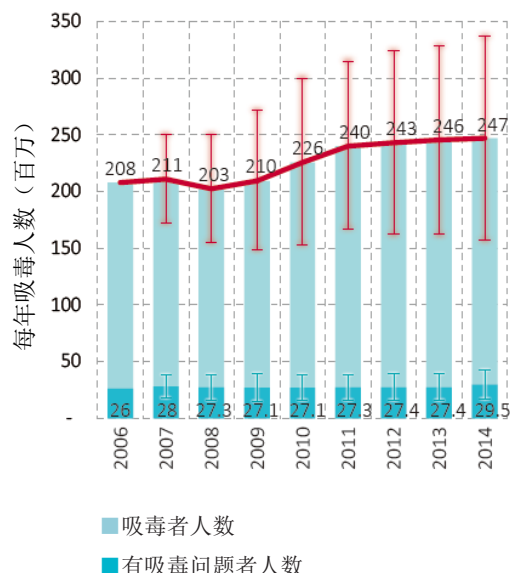
资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：估计上年度曾吸毒的成年人（15-64岁）百分比。

此外，全球可卡因吸毒趋势经过一段时期稳定之后，从2010年起开始增加，主要是因为南美洲可卡因使用的增加。全球苯丙胺类药物的使用保持稳定，但这也许掩盖了一些区域吸毒近况不明的这一情况。亚洲尤为如此。在亚洲，专家对趋势的看法以及收治报告显示，该区域苯丙胺类药物的使用有所增加，尤其是东亚和东南亚（见地图1）。

令全球吸毒状况更加复杂化的是，许多偶尔和经常吸毒者往往使用多种毒品，^{1,2}这意味着他们同时或先后使用不止一种药物，通常是为了增强、加强或中和另一种毒品的功效。³非医疗使用处方药、合成兴奋剂和新型精神活性物质代替传统毒品，或将其与传统毒品相结合，模糊了特定毒品吸毒者之间的区别，导致近年来吸毒及相关健康后果呈现出相互联系或者周期性流行的特点。此外，这样的吸毒模式为应对吸毒相关紧急情况的卫生专业人员以及治疗患有与使用多种毒品有关的疾患的卫生专业人员带来了挑战。

图. 2 | 2006-2014年全球估计吸毒人数趋势



资料来源：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。

¹ Wouter Vanderplasschen 等人，《接受吸毒治疗者对多种毒品使用与心理健康》，《科学与社会丛书》（比利时根特，学术出版社，2012年）。

² 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《多种毒品使用：模式与对策》（里斯本，2009年11月）。

³ 世界卫生组织（世卫组织），《酒精和毒品术语词典》（日内瓦，1994年）。

2014年吸毒和吸毒疾患估计数反映了最佳可用信息

如前几年一样，2014年全球吸毒和吸毒疾患状况估计数反映了最佳可用信息，而且较之于前几年的变化还大体反映了20个国家提供的最新信息，主要是北美洲、南美洲以及西欧和中欧国家，提供了这些区域2014年吸毒或吸毒疾患状况的新数据。前几版《世界毒品问题报告》中使用了吸毒疾患的概念，用来估计有吸毒疾患的人数。2014年，估计的吸毒疾患人数比上一年增加了200万，这反映了北美洲和西欧及中欧估计的阿片剂吸毒人数以及可卡因、苯丙胺类药物和“摇头丸”吸毒总人数的增加。

多种毒品使用和毒品替代的最新趋势

多种毒品使用涵盖吸毒模式的各种变化，从偶尔饮酒和吸食大麻到日常结合使用海洛因、可卡因、酒精和苯二氮卓类。^{4、5}

在多种毒品使用中，同时使用阿片剂和兴奋剂如可卡因和苯丙胺类药物相当常见，并有广泛报告。^{6、7}过去十年，各区域苯丙胺和甲基苯丙胺的使用都十分普遍，而作为兴奋剂的新型精神活性物质数量持续增加。对多种毒品使用数据的系统收集较为罕见，但在各个区域使用多种毒品的模式中对苯丙胺类药物和新型精神活性物质的报告似乎越来越多。

耐受性、交叉耐受性和替代品：药效管理

个体、生物、文化、社会和环境因素相互作用会增加或降低一个人吸食或继续吸食毒品的可能性。继续吸食一种毒品被认为是对由于吸食该毒品而获得的正强化的条件反射。⁸然而，在后来的阶段，一个人继续吸食毒品纯粹是为了维持毒品依赖，其特点是，除其他外，吸食毒品的欲望和冲动，尽管证据显示了危害性后果、耐受性的增强——通过加大一种或几种毒品的数量来达到相同的效果以及一种戒断状态——以及在停止使用一种或几种毒品时体验

到的不利后果。⁹

几种毒品一起使用会产生累积或协同效应，加强整体精神刺激体验；这是吸毒者可以解决耐受性增强问题的一种方式。¹⁰一个相关现象是“交叉耐受性”——一种药物一般有与另一药物相同的影响神经系统的药理功能。交叉耐受性现象部分解释了经常用一种毒品替代具有类似效果的另一种毒品的原因。此种吸毒模式的例子包括与苯二氮卓类、大麻或可卡因一起使用酒精；同时使用海洛因，苯二氮卓类和抗组胺药；使用酒精或其他类阿片（美沙酮、芬太尼等）；及使用可卡因和其他兴奋剂。^{11、12、13、14}

另外，吸毒者可通过同时或连续使用相反效果的补充毒品抵消毒品的不良影响。模式之一是“快速丸”——即在注射可卡因的同时使用海洛因或其他类阿片或者与甲基苯丙胺或苯丙胺一起使用海洛因。¹⁵

市场动态：毒品的替代和补充

供应、纯度或价格变化所反映的市场动态能影响毒品选择。面对这些因素，吸毒者会转向替代毒品；转向减少毒品消费的其他给药途径；或决定接受治疗。^{16、17}常见例子是用氧可酮、地索吗啡或其他类阿片代替海洛因，或反过来，如各区域所报告。¹⁸

⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心（见脚注2）。

⁵ Danielle Horyniak 等人，“毒品市场的变化如何影响初次注射的特征以及随后的吸毒模式？澳大利亚墨尔本经常注射海洛因和甲基苯丙胺的社群研究结果”《国际药物政策杂志》，第26卷，第1期（2015年），第43-50页。

⁶ Nancy M. Petry 和 Warren K. Bicket，“海洛因成瘾者中的多种毒品使用：行为的经济分析”，《毒瘾》，第93卷，第3期（1998年），第321-335页。

⁷ Mim J. Landry，《了解成瘾毒品：成瘾过程、治疗和恢复》（弗吉尼亚阿灵顿，美国精神病学出版社，1994年）。

⁸ 世卫组织，《精神活性物质使用和依赖的神经科学》（日内瓦，2004年）。

⁹ 世卫组织，《国际疾病分类10“精神与行为障碍分类”：临床描述和诊断准则》（日内瓦，1992年）。

¹⁰ 《精神活性物质使用的神经科学》（见脚注8）。

¹¹ Mim J. Landry（见脚注7）。

¹² Charles P. O'Brien，“苯二氮的使用、滥用和成瘾”，《临床精神病学杂志》，第66卷，增刊第2期（2005年），第28-33页。

¹³ Vanderplasschen 等人，《多种毒品使用与心理健康》（见脚注1）。

¹⁴ 《多种毒品使用》（见脚注2）。

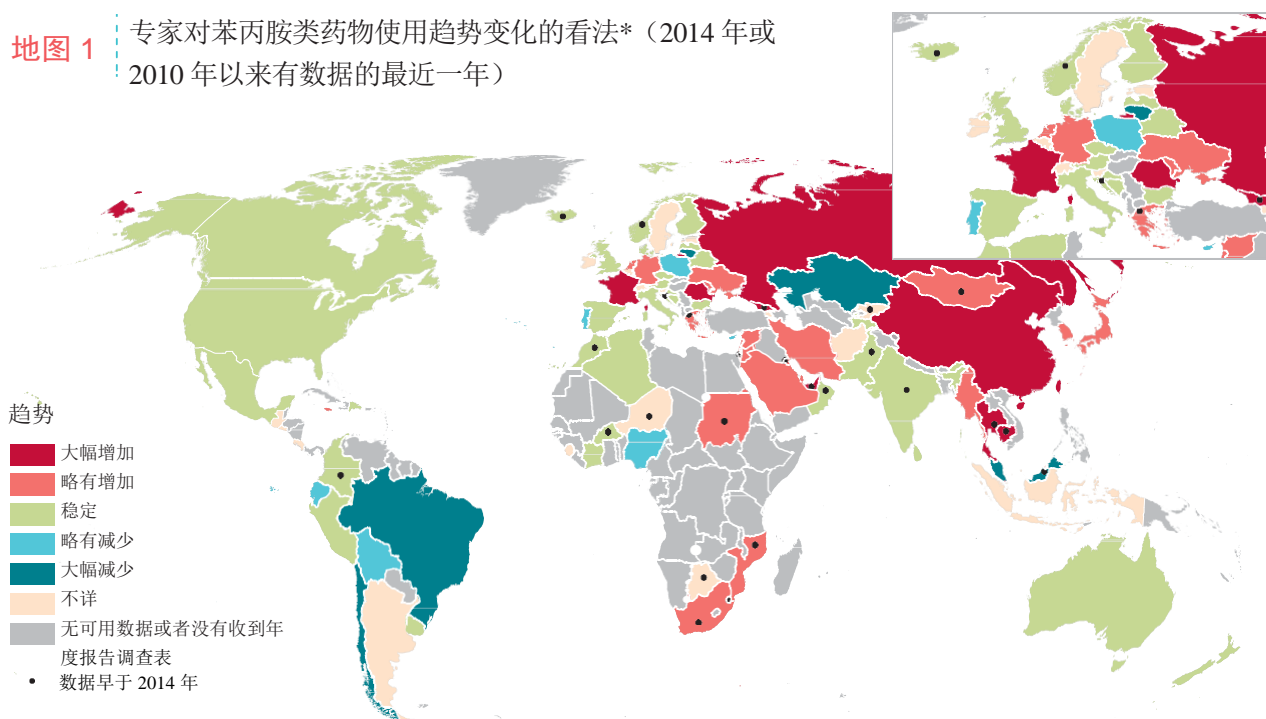
¹⁵ Francesco Leri、Jule Bruneau 和 Jane Stewart，“了解多种毒品使用：回顾同时使用海洛因和可卡因的情况”，《毒瘾》，第98卷，第1期（2003年），第7-22页。

¹⁶ Jenny Chalmers、Deborah Bradford 和 Craig Jones，“甲基苯丙胺和海洛因价格影响多种毒品使用：澳大利亚悉尼行为经济学分析”，《国际药物政策杂志》，第21卷，第5期（2010年），第381-389页。

¹⁷ Horyniak 等人，“毒品市场的变化如何影响初次注射的特征以及随后的吸毒模式？”（见脚注5）。

¹⁸ 《2014年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.14.XI.7）。

地图 1 专家对苯丙胺类药物使用趋势变化的看法*（2014 年或 2010 年以来有数据的最近一年）



资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：地图所示信息系 2014 年或 2010 年以来有数据的最近一年的信息。本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。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。

*包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

经济因素和交叉价格弹性也可以影响多种毒品使用。¹⁹一种毒品的价格上涨可能导致使用另一种毒品（替代品）或者可以减少另一种毒品的使用，即使其价格保持不变（互补性）。例如，一项研究显示，海洛因的价格上涨导致苯二氮和可卡因的购买增多。²⁰在另一项研究中，交叉价格弹性分析显示，就海洛因而言，以处方类阿片替代的情况很多，而以苯二氮卓类和甲基苯丙胺替代的情况较少。²¹ 该研究还显示，当甲基苯丙胺价格上涨时，用其他毒品取代的情况有限。

美国海洛因吸毒和处方类阿片非医疗使用最新趋势
在美利坚合众国市场上，过去十年非医疗使用处方类阿片和使用海洛因的情况继续相互影响。由于非医疗使用处方类阿片的流行率及相关发病率和死亡

率高已经成为了一个重大的公共健康问题，²² 近期海洛因使用的增加引发了与海洛因有关的吸毒过量死亡事件的急剧增加。^{23、24}推动这一变化的有几个因素：借助遏制滥用技术开展的针对处方类阿片的不合理开药和重新配制的执法和监管行动；实施监测处方药和教育卫生保健专业人员和公众正确使用处方药的方案；²⁵以及美国海洛因供应增加、价格下降、纯度高。²⁶

¹⁹ Jonathan P. Caulkins 和 Peter H. Reuter, “毒品价格的意义和效用”, 《毒瘾》, 第 91 卷, 第 9 期 (1996 年), 第 1261-1264 页。

²⁰ Petry 和 Bicket, “海洛因成瘾者中的多种毒品使用：行为的经济分析”, (见脚注 6)。

²¹ Chalmers 等人, “甲基苯丙胺和海洛因价格影响多种毒品使用” (见脚注 16)。

²² Wilson M. Compton、Christopher M. Jones 和 Grant T. Baldwin, “非医疗使用处方类阿片与使用海洛因的关系”, 《新英格兰医学杂志》, 第 374 卷, 第 2 期 (2016 年), 第 154-163 页。

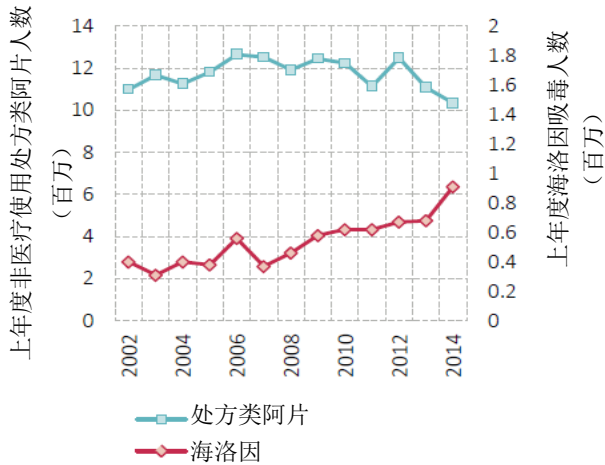
²³ 美国行为健康统计和质量中心, 《美国的行为健康趋势：2014 年全国吸毒与健康调查结果》, 卫生和公众服务部出版物 SMA 15-4927 号, 《全国吸毒与健康调查系列丛书》H-50 号 (马里兰州罗克维尔, 2015 年)。

²⁴ Christopher M. Jones, “2002-2004 年和 2008-2010 年非医疗用途处方阿片类镇痛药使用者中的海洛因吸毒情况和海洛因吸毒风险：美国”, 《药物和酒精依赖》, 第 132 卷, 第 1 和 2 期 (2013 年), 第 95-100 页。

²⁵ 同上。

²⁶ Compton 等人, “非医疗使用处方类阿片与使用海洛因的关系” (见脚注 22)。

图. 3 2002-2014 年美国海洛因和处方类阿片吸毒趋势



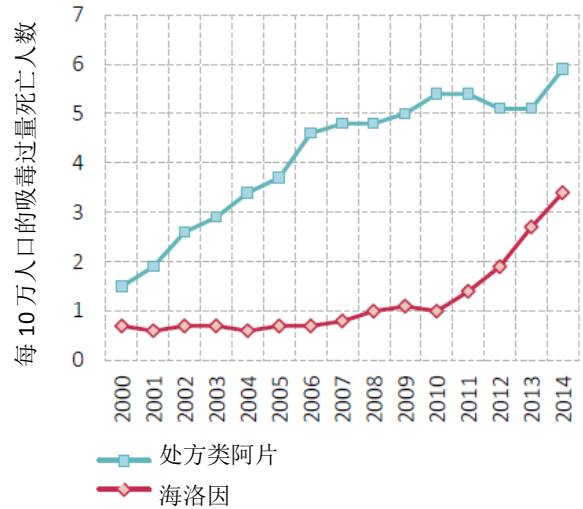
资料来源: Wilson M. Compton、Christopher M. Jones 和 Grant T. Baldwin, “非医疗使用处方阿片剂与使用海洛因的关系”, 《新英格兰医学杂志》, 第 374 卷, 第 2 期 (2016 年), 第 154-163 页。

2014 年, 估计有 914,000 名 12 岁及以上人员在过去一年里吸食过海洛因——自 2007 年以来增加了 145%——而与吸食海洛因有关的死亡率自 2000 年以来增加了五倍。^{27、28、29、30}

从 2002-2004 年期间到 2011-2013 年期间, 海洛因吸毒有所增加, 尤其是在也报告使用其他物质的人中。过去一年占海洛因吸毒比例最高的是可卡因吸毒者 (每千名吸毒者中有 91.5 名), ³¹其次是那些报告非医疗使用处方类阿片者。每十名海洛因吸毒者中有 9 人自己报告称同时还使用其他至少一种毒品, 大多数人与至少另外三种毒品一起使用海洛因。³²此外, 诊断出因非医疗使用处方类阿片而有疾患的海洛因吸毒者比例翻了一番多, 从 2002-2004 年期间的 20.7% 增加到 2011-2013 年期间的 45.2%。

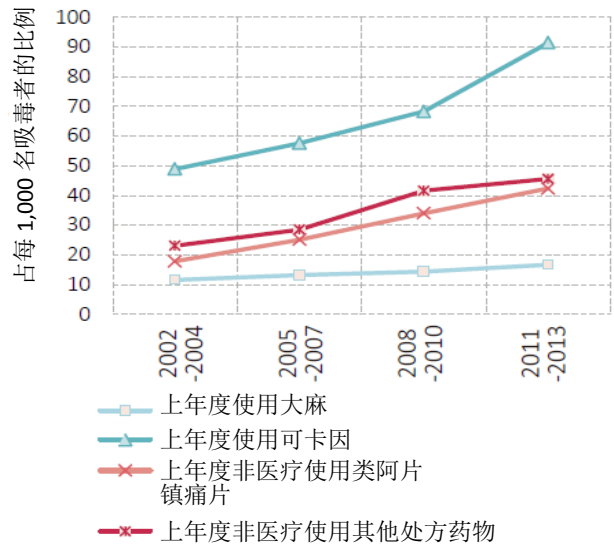
²⁷ 众所周知, 家庭调查并不能充分反映海洛因吸毒状况, 是一个低估的数字。不过, 在没有其他趋势数据的情况下, 只能使用该数据来说明海洛因吸毒趋势。
²⁸ Jones, “海洛因吸毒情况和海洛因吸毒风险” (见脚注 24)。
²⁹ 《2014 年世界毒品报告》 (见脚注 18)。
³⁰ 美国众多涉海洛因死亡的原因在于该国某些地方存在芬太尼 (美国缉毒局, 《国家毒品威胁评估摘要》 (2015 年 10 月))。
³¹ 同上。
³² Christopher M. Jones 等人, “生命体征: 2002-2013 年海洛因吸毒者人口统计数据和吸毒趋势——美国”, 《发病率和死亡率周报》, 第 64 卷, 第 26 期 (2015 年)。

图. 4 2002-2014 年美国涉处方类阿片和海洛因年龄调整死亡率



资料来源: Wilson M. Compton、Christopher M. Jones 和 Grant T. Baldwin, “非医疗使用处方阿片剂与使用海洛因的关系”, 《新英格兰医学杂志》, 第 374 卷, 第 2 期 (2016 年), 第 154-163 页。

图. 5 2002-2013 年美国海洛因吸毒者的多种毒品使用趋势



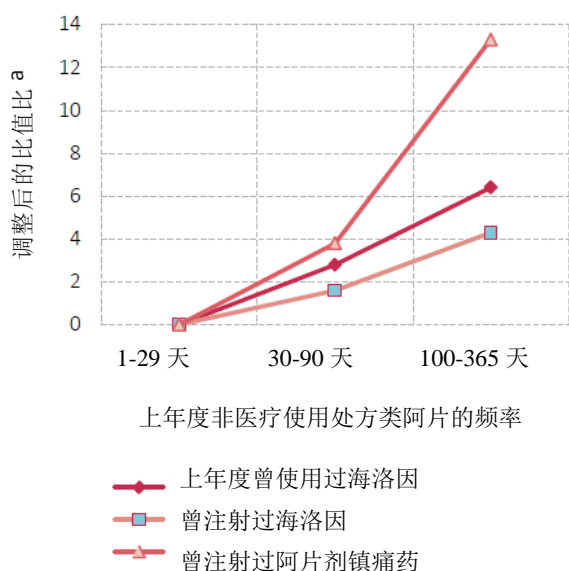
资料来源: Christopher M. Jones 等人, “生命体征: 2002-2013 年海洛因吸毒者人口统计数据和吸毒趋势——美国”, 《发病率和死亡率周报》, 第 64 卷, 第 26 期 (2015 年)。

美国的海洛因吸毒增长在报告非医疗使用处方类阿片的 18-25 岁人群中更加明显。³³在这个群体中, 上年度使用海洛因、曾经注射处方类阿片或者变得依赖于海洛因的可能性都随着上年度非医疗使用处方类阿片的频率增加了。那些报告说在过去一年里非

³³ Jones, “海洛因吸毒情况和海洛因吸毒风险” (见脚注 24)。

医疗使用处方类阿片超过 100 天的人报告依赖于海洛因的可能性几乎比那些报告较少非医疗使用处方类阿片的人高了八倍。

图. 6 | 上年度吸食海洛因的可能性以及上年度非医疗使用处方类阿片频率的其他指标



资料来源： Christopher M. Jones 等人，”生命体征：海洛因吸毒者中的人口统计数据 and 吸毒趋势——美国，2002-2013 年”，《发病率和死亡率周报》，第 64 卷，第 26 (2015)号。

a 对其他变量（混杂因素）的影响进行过调整的比值比。

美国的海洛因吸毒增加在 2006 年左右似乎就已经开始了，先于处方类阿片相关政策和实践的变化。不过，鉴于非医疗使用处方类阿片人数众多，即使转向吸食海洛因的只有一小部分，海洛因吸毒人数也会增加很多。

分析显示，使用阿片剂的问题不是该物质特有的问题，因此，需要通过预防初次使用和采取针对有阿片剂吸毒患者的治疗措施，采用综合办法来解决相互关联的流行问题。³⁴

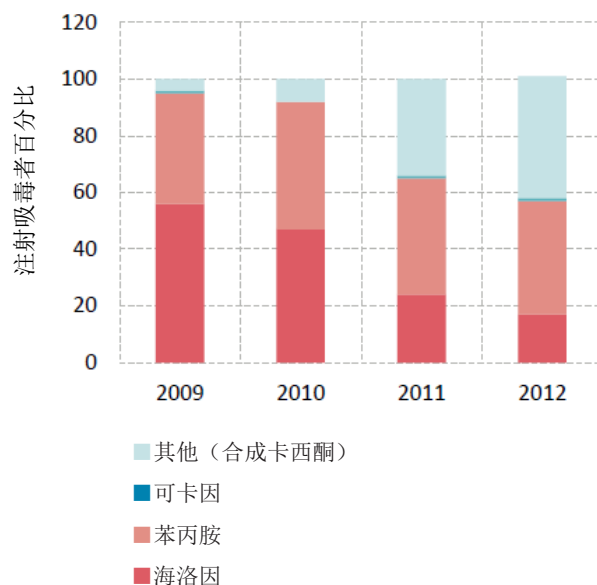
欧洲海洛因、苯丙胺类药物和新型精神活性物质注射之间的变换

在一些欧洲国家（奥地利、比利时、捷克共和国、法国、德国、爱尔兰、波兰、西班牙和联合王国），与低门槛服务、精神病治疗机构和戒毒中心有接触的并且过去经常注射海洛因和苯丙胺类药物的小规模、小范围高危吸毒者群体转向了注射合成卡西酮

³⁴ Compton 等人，”非医疗使用处方类阿片与使用海洛因的关系”（见脚注 22）。

之类的新型精神活性物质。向欧洲毒品和毒瘾监测中心提交的报告显示，合成卡西酮注射吸毒者主要是那些一直在注射海洛因和苯丙胺类药物的人，现在不是开始注射合成卡西酮，就是将其作为所使用的毒品之一。³⁵ 注射合成卡西酮的人包括接受阿片剂替代疗法的人以及开始注射吸毒的年轻人。

图. 7 | 2009-2012 年匈牙利针头和注射器方案参与者的注射吸毒趋势



资料来源： Anna P éerfi 等人，”匈牙利注射吸毒模式的变化：转向合成卡西酮”，《毒品检测与分析》，第 6 卷，第 7 和 8 期（2014 年），第 825-831 页。

匈牙利 2009-2012 年期间出现了海洛因短缺，加上当地合成卡西酮供应增加，促使高危吸毒者转向了注射新型精神活性物质，主要是合成卡西酮。针头和注射器方案参与者以及接受治疗者都报告了注射模式的相应变化。2009 年，绝大多数注射吸毒者注射的是海洛因或苯丙胺，而到了 2012 年，大约 43% 的注射吸毒者主要是注射合成卡西酮，另有 40% 注射苯丙胺。³⁶ 这一趋势系自我报告，并通过从注射器具中获得的样本得到了证实。注射吸毒者所注射的合成卡西酮主要是 1-苯基-2-甲氨基-1-戊酮；报告的其他物质是 3,4-亚甲基二氧吡咯戊酮（亚甲基二氧吡咯戊酮）、甲氧麻黄酮和 4-甲基卡西酮（4-MEC），所有这些都是兴奋剂。

³⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《毒品观察：注射合成卡西酮》，2015 年 5 月 28 日。

³⁶ Anna P éerfi 等人，”匈牙利注射吸毒模式的变化：转向合成卡西酮”，《毒品检测与分析》，第 6 卷，第 7 和 8 期（2014 年），第 825-831 页。

治疗机构存在类似趋势的证据，在这些机构，2012年海洛因吸毒者比例大幅下降，因注射苯丙胺和其他兴奋剂而接受治疗的病患比例大幅上升。

匈牙利海洛因供应的减少没有改变注射做法，而是使得吸毒者转向了价格更实惠、更容易得到并且同样产生强烈效果的其他注射物质（例如新型精神活性物质和苯丙胺）。³⁷

澳大利亚毒品市场的变化和注射吸毒的模式

在澳大利亚，海洛因市场在2000年后变化很大；由于海洛因短缺，在澳大利亚，海洛因从唾手可得（价格便宜，纯度高，可获得）和最普遍注射的毒品变得不那么容易得到了。³⁸这一变化导致注射海洛因的流行率和频率下降，以及海洛因吸毒相关的不利健康后果减少。³⁹

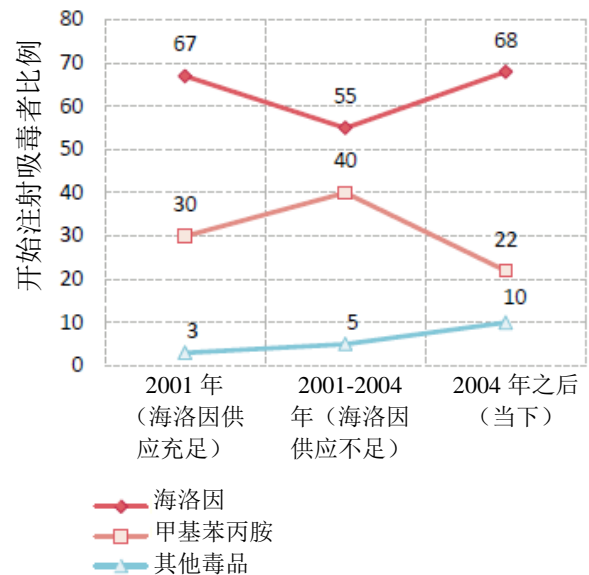
随后几年里（2001-2004年），澳大利亚海洛因的供应和吸毒持续减少。同一时期，甲基苯丙胺出现在市场上，每克纯甲基苯丙胺的相对价格较低，容易获取，导致甲基苯丙胺使用的增加。⁴⁰2004年以来，海洛因和甲基苯丙胺的非法市场仍然非常活跃，两种毒品的价格和纯度上下波动。同一时期还观察到处方类阿片和非医疗使用类阿片（在注射吸毒者中）的情况增多。⁴¹

对2008年11月至2010年3月招募的墨尔本注射吸毒者进行的一项组群研究考察了市场动态变化可能对吸毒模式产生的影响。⁴²在该研究的参与者中，从注射海洛因开始仍是所考察的所有三个时期最通常的做法，尽管在不容易获取海洛因的时期这一做法有所减少。在这一时期，从注射甲基苯丙胺开始的注射吸毒者比例增加了。在随后的期间（2004年以来），从甲基苯丙胺开始注射的注射吸毒者比例减

少了，相反，从海洛因和其他毒品，主要是处方类阿片开始注射的吸毒者增多。

2013年，该研究的参与者大多是使用多种毒品的人（44%），主要注射海洛因（41%）。在当前的注射吸毒者中，主要注射甲基苯丙胺的做法并不常见，但在不容易获得海洛因时期开始注射甲基苯丙胺的可能性几乎是当前多种毒品注射者的两倍，另外，海洛因和甲基苯丙胺相结合是当前的注射吸毒者中

图. 8 | 2001年、2001-2004年和2004年以来澳大利亚墨尔本按物质分列的开始注射吸毒趋势



资料来源：Danielle Horyniak 等人，“毒品市场的变化如何影响初次注射的特征以及随后的吸毒模式？澳大利亚墨尔本经常注射海洛因和甲基苯丙胺的组群研究结果”《国际药物政策杂志》，第26卷，第1期（2015年），第43-50页。

较常见的做法，海洛因之类的毒品常常被用来抵消甲基苯丙胺的“下坠”效果。⁴³

研究结果显示，注射的第一种毒品反映了当时毒品市场的特征，而后来的吸毒模式，包括多种毒品使用，似乎是市场动态导致的补偿或替代机制结果。这些模式能够反映毒品流行的循环性质，并且会随着毒品市场的演变继续发生变化。

³⁷ 同上。

³⁸ Horyniak 等人，“毒品市场的变化如何影响初次注射的特征以及随后的吸毒模式？”（见脚注5）。

³⁹ Louisa Dagenhardt 等人，“澳大利亚三个州持续短缺海洛因的影响”，《毒瘾》，第100卷，第7期（2005年），第908-920页。

⁴⁰ Louisa Dagehardt 等人，“澳大利亚甲基苯丙胺吸毒的流行和伤害”，《药物与酒精评论》，第27卷，第3期（2008年），第243-252页。

⁴¹ Horyniak 等人，“毒品市场的变化如何影响初次注射的特征以及随后的吸毒模式？”（见脚注5）。

⁴² 同上。

⁴³ Brendan Quinn 等人，“澳大利亚墨尔本甲基苯丙胺吸毒情况：潜在甲基苯丙胺吸毒群体的基本特征和甲基苯丙胺依赖的相关因素”，《吸毒问题杂志》，第18卷，第5期（2013年），第349-362页。

希腊海洛因吸毒者和多种毒品吸毒者吸食甲基苯丙胺的情况

近年来，在希腊，不论是低门槛服务部门还是治疗机构都报告了注射阿片剂的吸毒者中定期吸食甲基苯丙胺晶体的现象。尤其是在雅典注射类阿片的边缘化的移民群体中报告了这种做法。⁴⁴

在希腊接受治疗的吸毒者中，使用多种毒品的情况很常见。2013 年，将近 71% 的接受治疗者报告说使用过不只一种物质，使用多种毒品在可卡因（80%）和阿片剂（77%）吸毒者中更为常见。滥用处方药和使用大麻和可卡因是类阿片吸毒者最常报告的，而主要使用可卡因的吸毒者更常报告使用大麻和类阿片的情况。⁴⁵

伊朗伊斯兰共和国阿片剂吸毒者中兴起使用甲基苯丙胺

阿片剂仍是伊朗伊斯兰共和国问题吸毒者消费的主要毒品，而甲基苯丙胺近年也在该国兴起，成为又一种令人关注的毒品。甲基苯丙胺吸毒也成为阿片剂吸毒者使用多种毒品的一种新形式。⁴⁶许多关于接受美沙酮治疗的阿片剂吸毒者的地方性研究报告了治疗中心接受治疗者中使用甲基苯丙胺的情况。例如，扎黑丹省一个阿片剂替代疗法诊所的研究表明，接受治疗的阿片剂吸毒者中吸食甲基苯丙胺的从 2009 年的 6% 增加到了 2011 年的近 20%。⁴⁷另一项针对一个社区治疗中心 378 名寻求治疗者进行的研究发现，这些人中近 7% 的人的尿液样本对甲基苯丙胺检测呈阳性反应。^{48, 49} 据报告，甲基苯丙胺的使

用对接受治疗的阿片剂依赖病患具有负面影响，他们错误地以为使用甲基苯丙胺能够帮助控制他们对阿片剂的依赖以及相关问题，例如沮丧和糟糕的性表现，并增强他们的体力和专注度以及改善社会关系。⁵⁰ 亚洲其他地方也报告了海洛因吸毒者中使用甲基苯丙胺的情况。⁵¹

吸毒治疗需求中反映的问题吸毒情况

从因吸毒疾患而接受治疗者信息中可了解导致严重健康后果的吸毒趋势的性质以及潜在指标。

根据全球估计数，每六个有吸毒疾患的人中差不多有一个接受治疗服务。在北美洲、欧洲（尤其是东欧和东南欧）和亚洲，类阿片是令人担忧的主要毒品。在东欧和东南欧，几乎每四个因吸毒疾患而接受治疗者中就有三个因使用阿片剂接受治疗。因可卡因吸毒疾患接受治疗的人数在拉丁美洲和加勒比高居不下，几乎一半因吸毒疾患接受治疗的人都是因吸食可卡因接受治疗的。与大麻吸毒疾患有关的治疗在非洲和大洋洲比在其他区域突出。这可能与非洲其他吸毒治疗选择有限有关，在非洲，所有因吸毒疾患而接受治疗者中几乎有一半因为使用非特定物质，这掩盖了除大麻外令人担忧的毒品的真正流行程度。苯丙胺类药物仍是一个问题，主要在东亚和东南亚以及一定程度上在北美洲；因与使用苯丙胺类药物有关的疾患接受治疗的人数在亚洲一直在增长，该区域因吸毒接受治疗的人中有一半因为阿片剂吸毒疾患接受治疗的。

首次寻求治疗者的人数和特征是一个区域所用各种毒品导致的健康后果趋势的间接指标。在全球范围内，因大麻吸毒疾患而首次寻求治疗者仍然很多——将近 50%。在亚洲，因苯丙胺类药物吸毒疾患而接受治疗者中有近 60% 的人据报告系首次接受治疗；在欧洲和拉丁美洲，因可卡因吸毒疾患而接受治疗者中有近 40% 的人据报告系首次接受治疗。因大麻和苯丙胺类药物吸毒疾患而寻求治疗者（平均

（2013 年），第 131-135 页。

⁴⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《毒品观察：对欧洲甲基苯丙胺吸毒者的健康和社会反应分析》，2014 年 5 月 27 日。

⁴⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲毒品和毒瘾信息网希腊国家联络点向欧洲毒品和毒瘾监测中心提交的 2014 年国家报告（2013 年数据）：希腊——新进展、趋势》（雅典，2014 年）。

⁴⁶ Zahra A. Mehrjerdi、Alasdair M. Barr 和 Alireza Noroozi，“涉甲基苯丙胺的精神病：伊朗面临的健康新挑战”，《DARU 药学杂志》，2013 年。

⁴⁷ Zahra A. Mehrjerdi，“伊朗冰毒：甲基苯丙胺或海洛因克拉克”，《DARU 药学杂志》，2013 年。

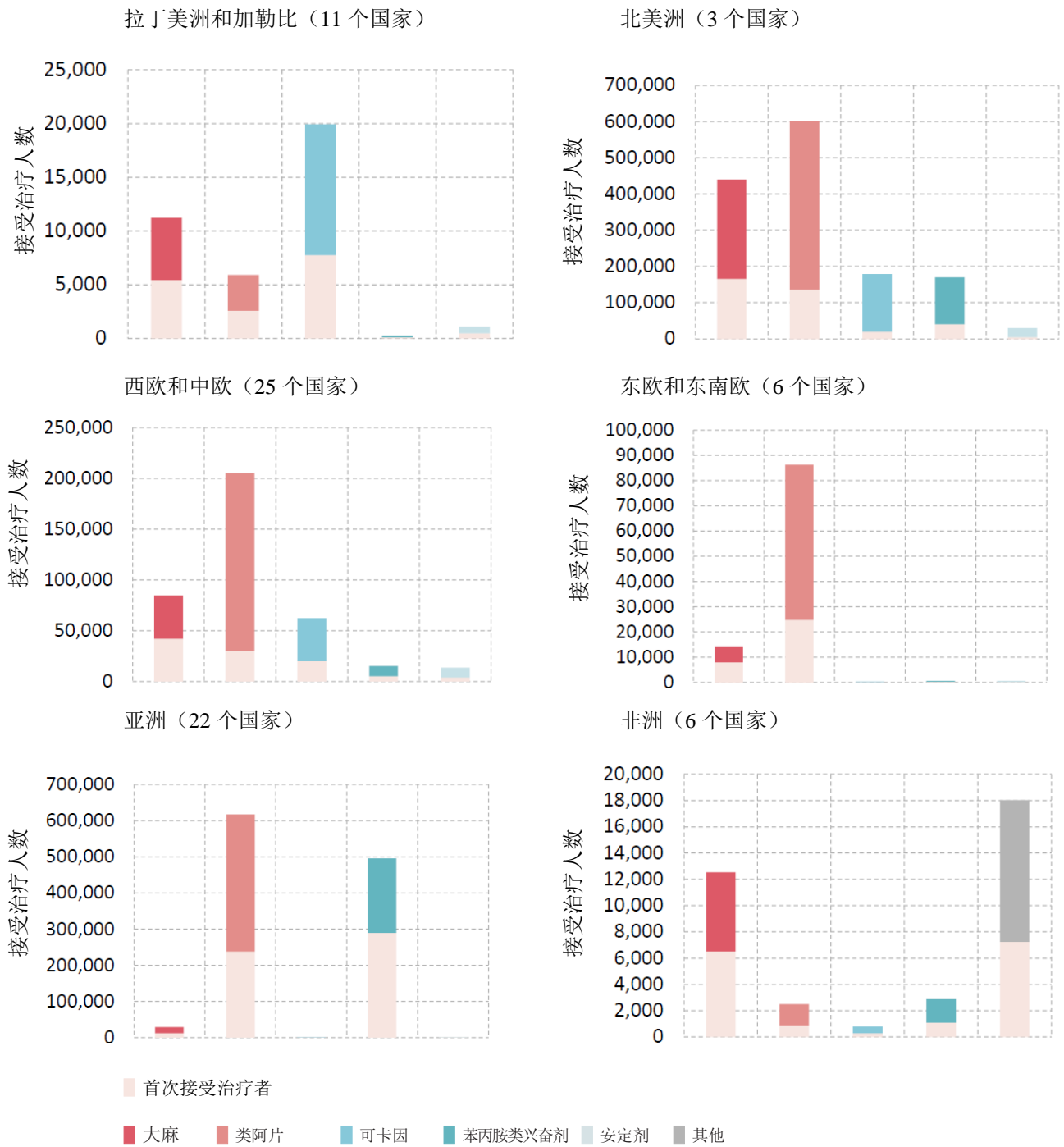
⁴⁸ Zahra Alam-Mehrjerdi、Azarakhsh Mokri 和 Kate Dolan，“伊朗境内甲基苯丙胺的使用和治疗：来自人口最为密集的波斯湾国家的系统综述”，《亚洲精神病学杂志》，第 16 卷，2015 年，第 17-25 页。

⁴⁹ Nasrindokht Sadir 等人，“伊朗境内社区治疗模式成果评价”，《国际卫生政策和管理杂志》，第 1 卷，第 2 期

⁵⁰ Schwann Shariatirad、Masoomah Maarefvand 和 Hamed Ekhiari，“甲基苯丙胺的使用和美沙酮维持治疗：伊朗毒瘾治疗网络中的新问题”，《国际药物政策杂志》，第 24 卷，第 6 期（2013 年），第 e115 和 e116 页。

⁵¹ Darshan Singh 等人，“马来西亚境内吸毒与艾滋病毒情况”，《食品和药物分析杂志》，第 21 卷，增刊第 4 期（2013 年），第 S46-S51 页。

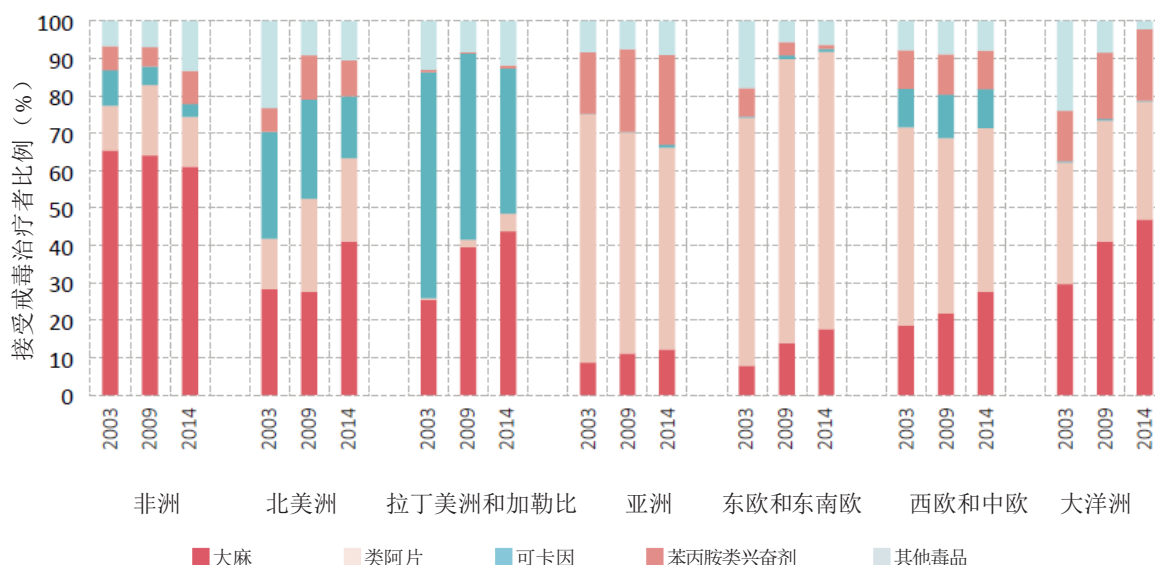
图. 9 | 2014 年按毒品类别和区域分列的因吸毒接受治疗总人数（包括首次接受治疗者）



资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：数字基于 2014 年或 2010 年以来有数据的最近一年数据。就各区域而言，因使用各种毒品而接受治疗人数按照国家接受治疗总人数加权计算。大洋洲的会员国（尤其是澳大利亚和新西兰）未提供首次接受治疗者比例数据，因此这些数字未反映大洋洲状况。

图. 10 2003 年、2009 年和 2014 年各区域接受戒毒治疗者使用的主要毒品



资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：各个时间点所用数据基于各区域国家对所述年份或有数据的最近一年的报告。

年龄分别为 24 岁和 25 岁) 比因与其他吸毒疾患而寻求治疗者年轻, 包括首次寻求治疗者。这反映了大麻和苯丙胺类药物吸毒的上升趋势以及因这些吸毒疾患而寻求治疗者相应增多的趋势。因阿片剂或可卡因吸毒疾患而首次接受治疗者较少; 不过, 这些人一般三十多岁, 并且在许多分区域都反映出接受治疗的吸毒者老龄化组群⁵², 并显示出治疗需求比例的整体下降。

此外, 根据会员国报告的数据, 估计因吸毒而接受治疗者中有 40% 到 80% 的人被诊断出使用多种毒品, 这反映了吸毒模式的复杂性以及有效治疗有毒疾患患者的挑战。

过去十年的治疗需求趋势也证实了不同区域和分区域的吸毒模式变化。虽然自 2003 年以来所有区域的大麻吸毒疾患治疗需求都增多了, 但在美洲、西欧和中欧以及大洋洲的增幅要大得多。与此同时, 在美洲, 因吸食可卡因而接受治疗者比例在过去十年出现了下降。在亚洲, 苯丙胺类兴奋剂的治疗需求大幅增加, 而阿片剂相关疾患的治疗需求减少。在东欧和东南欧, 过去十年对阿片剂吸毒疾患的治疗是一个令人关注的问题。

⁵² Joseph Gfroerer 等人, “2020 年老年人的吸毒治疗需求: 年龄渐长的婴儿潮一代的影响”, 《药物和酒精依赖》, 第 69 卷, 第 2 期 (2003 年), 第 127-135 页。

一些区域的大麻吸毒治疗需求的增长值得特别关注。⁵³ 大麻吸毒疾患治疗的定义和实践千差万别。目前的治疗包括行为或社会心理干预, 可以是一次性的在线接触, 或者门诊中的一次简短辅导, 也可以是针对门诊病人或住院病人的一个更加综合的治疗计划, 包括治疗其他并发病症。⁵⁴

因大麻吸毒而接受治疗人数变化的潜在驱动力是什么?

与大麻吸毒有关的潜在健康风险和危害的性质和程度仍在争论中。⁵⁵ 与使用其他受管制的精神活性物质相比, 以及相对于抽烟或喝酒而言, 大麻吸毒可被

⁵³ Wayne Hall、Maria Renström 和 Vladimir Poznyak 编辑, 《非医疗使用大麻的健康和社会影响》(日内瓦, 世卫组织, 2016 年)。

⁵⁴ Jan Copeland、Amie Frewen 和 Kathryn Elkins, 《大麻吸毒疾患及相关问题的处理: 临床医生指南》(悉尼, 新南威尔士大学国家大麻预防和信息中心, 2009 年); Divya Ramesh 和 Margaret Haney, “大麻吸毒疾患的治疗”, 载于《毒瘾治疗教科书: 国际视角》, N. El-Guebaly、G. Carrà 和 M. Galanter 编辑 (意大利米兰, 斯普林格, 2015 年); 以及 Alan J. Budney 等人, “大麻成瘾和治疗”, 《毒瘾学和临床实践》, 第 4 卷, 第 1 期 (2004 年), 第 4-16 页。

⁵⁵ Nora D. Volkow 等人, “吸食大麻的不良健康影响”, 《新英格兰医学杂志》, 第 370 卷, 第 23 期 (2014 年), 第 2219-2227 页。

认为相对无害。^{56、57}不过，风险较低并不意味着没有风险：大麻吸毒的频率较高以及在年纪很小的时候就开始大麻吸毒与有害的健康影响有关，尤其是青少年在认知和情感发育期间吸食大麻。⁵⁸

科学文献翔实记载了认知损害或精神症状方面的大麻不利健康影响。^{59、60、61}因此，大麻吸毒疾患需要临床有效治疗干预。大麻吸毒者中从吸毒到毒品成瘾的比例比阿片剂、苯丙胺或可卡因吸毒者少得多。⁶²不过，由于有那么多的人吸食大麻，因此罹患大麻吸毒疾患人数众多；例如，在美国，2014年，2,220万现有大麻吸毒者中，有420万12岁或12岁以上的人在上年度被诊断出患有大麻吸毒疾患。⁶³

大麻吸毒疾患发病率估计约为每11个曾使用大麻者中有1人患病（9%），⁶⁴十几岁开始使用大麻者⁶⁵

和每天使用大麻者的这一比例大幅上升，分别达到每六人中有一人（17%）和25-50%。^{66、67}

大麻是令人担忧的主要毒品，可能影响接受治疗人数的因素⁶⁸包括：真正需要治疗人数的变化；转诊治疗的变化；对大麻吸毒潜在问题的认识变化；以及大麻治疗可获得性变化。令人遗憾的是，关于接受治疗人数趋势以及潜在推动力的详细信息很少，因此下文所作分析局限于美国和欧洲各国的情况。

变化的大麻戒毒治疗模式是否源于危害更大的消费模式？

不良健康影响风险随有害的大麻吸食模式而加大，包括高频率（每天或几乎每天）大麻吸毒、开始大麻吸毒者的低龄化以及消费效力更强的大麻。

在美国，每天（或几乎每天）的大麻吸毒者人数，即在过去一个月里吸食20天或20天以上的人数以及在过去一年里吸食300天或300天以上的人数，在2006年之后大幅上升，分别上升了58%和74%。不过，每天（或几乎每天）的大麻吸毒者人数增长并未转化为寻求治疗者人数的增长，甚至在排除被刑事司法系统送去治疗的人后也是如此。

欧洲的大麻吸毒疾患治疗有所增加，15-64岁人口中约有1%的人每天（或几乎每天）吸食大麻；尽管关于每天吸食大麻的数据很少，但没有多少证据显示过去十年中该比率发生了变化。⁶⁹在因吸食大麻而接受治疗者人数众多的几个欧洲国家（德国、西班牙和大不列颠及北爱尔兰联合王国），过去十年中，上个月的大麻流行率保持稳定或有所下降，尽管因大麻吸毒而接受治疗者人数持续增加。

⁵⁶ David Nutt 等人，“为评估可能滥用的药物危害确定合理尺度”，《柳叶刀》，第369卷，第9566期（2007年），第1047-1053页。

⁵⁷ Dirk W. Lachenmeier 和 Jürgen Rehm，“利用暴露限值法对酒精、烟草、大麻和其他非法毒品进行对比风险评估”，《科学报告》，第5卷，第8126期（2015年）。

⁵⁸ Wayne Hall，“吸食大麻的不良健康影响：什么影响？对政策制订有何启示？”，《国际药物政策杂志》，第20卷，第6期（2009年），第458-466页；Robin Room 等人，《大麻政策走出僵局》（牛津，牛津大学出版社，2010年）；以及 Dan I. Lubman、Ali Cheetham 和 Murat Yücel，“大麻与青少年的大脑发育”，《药理学和治疗学》，第148卷（2015年），第1-16页。

⁵⁹ Wayne Hall，“过去二十年的研究揭示了娱乐用大麻有什么不良健康影响？”，《毒瘾》，第114卷，第1（2015年），第19-35页；以及 Wayne Hall 和 Louisa Degenhardt，“非医疗使用大麻的不良健康影响”，《柳叶刀》，第374卷，第9698号（2009年10月），第1383-1391页。

⁶⁰ 《2014年世界毒品报告》，脚注180和181，第44页。

⁶¹ Wayne Hall 等人，《非医疗使用大麻的健康和社会影响》（见脚注53）。

⁶² James C. Anthony、Lynn A. Warner 和 Ronald C. Kessler，“烟草、酒精、管制物质和吸入剂成瘾的流行病学比较研究：国家共病调查基本结论”，《实验和临床精神病学》，第2卷，第3期（1994年），第244-268页。

⁶³ 《美国的行为健康趋势：2014年全国吸毒与健康调查结果》（见脚注23）。

⁶⁴ C. Lopez-Quintero 等人，“初次使用到尼古丁、酒精、大麻和可卡因成瘾的概率和预测指标：关于酒精及相关情况的全国流行病学调查的结果”，《药物和酒精依赖》，第115卷，第1和2期（2011年），第120-130页。

⁶⁵ James C. Anthony，“大麻依赖的流行病学研究”，载于《大麻依赖：性质、后果与治疗》，Roger A. Roffman 和 Robert S. Stephens 编辑（剑桥，剑桥大学出版社，2006年），第58-105页。

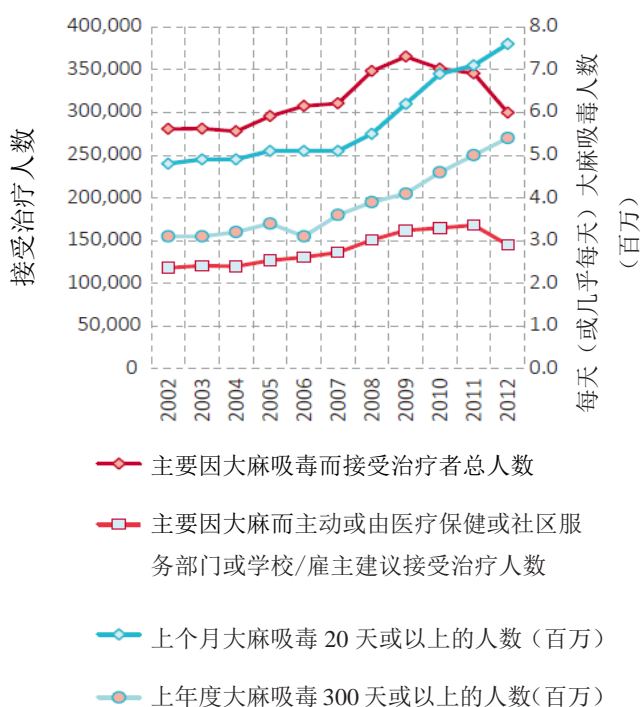
⁶⁶ Wayne Hall 和 Rosalie L. Pacula，《大麻吸毒与成瘾：公共健康和公共政策》（剑桥，剑桥大学出版社，2003年）。

⁶⁷ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲联盟和挪威每天吸食大麻的流行率》（卢森堡：欧洲联盟出版局，2012年）。

⁶⁸ 在本报告这一部分，大麻治疗指大麻为所涉主要毒品的情况。在其他毒品为所涉主要毒品时，接受治疗者可能同时也因为吸食大麻在接受治疗。因此，接受治疗的大麻吸毒者总人数实际上比这里提供的人数多得多，尤其是因为其他毒品吸毒者常常也吸食大麻。

⁶⁹ 每天吸食大麻的流行率（见脚注67）。

图 11 2002-2012 年美国每天（或几乎每天）吸食大麻人数以及因大麻吸毒而接受治疗人数



资料来源：美国卫生和公众服务部物质滥用和精神健康服务管理局，《2013 年全国吸毒与健康调查结果：全国调查结果摘要》，《全国吸毒与健康调查系列丛书》H-48 期，卫生和公众服务部出版物（SMA）14-4863 号（马里兰州罗克维尔，物质滥用和精神健康服务管理局，2014 年）；美国卫生和公众服务部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，《治疗事件数据集：收治——1992-2012 年连续数据集》，ICPSR25221（密歇根州安阿伯市，校际政治与社会研究联盟，2015 年）。

注：图中数据是 12 岁及以上人口数据；接受治疗者指主要大麻吸毒者。

能够解释大麻吸毒对健康的不良影响加大的一个因素可能是开始大麻吸毒者低龄化，但没有多少证据显示大麻吸毒者如今更加低龄化。美国接受治疗者所报告的开始大麻吸毒年龄并无太多长期变化，在欧洲没有明显的趋势；因此，这大概不是影响接受治疗人数趋势的重要因素。^{70、71}

大麻产品效力增强（ Δ -9-四氢大麻酚或四氢大麻酚成分），包括四氢大麻酚与大麻二酚（一种大麻素，具有抗精神病药特性，可部分抵消四氢大麻酚造成的危害）之比的提高，可能加剧不良健康影响，因而受到极大关注。一些国家有证据显示，如今市场

⁷⁰ 美国卫生和公众服务部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，《治疗事件数据集：收治——1992-2012 年连续数据集》，ICPSR 25221（密歇根州安阿伯市，校际政治与社会研究联盟，2015 年）。

⁷¹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，各年的《统计公报》。

上有各种大麻产品，且强效制剂的提供也更加广泛。^{72、73} 不过，强效大麻产品与剂量之间的相互作用及其如何转化为对吸毒者的伤害并不是十分清楚。使用者可以调整（滴定）所消费的大麻数量来达到所希望的精神作用，尽管已经证明这对于没有经验的吸毒者⁷⁴以及强效大麻吸毒者来说比较困难。⁷⁵

大麻戒毒治疗模式变化是否源于刑事司法系统转介变化？

有几个国家对无加重处罚情节的持有大麻供个人使用的小案件采取了监禁替代措施（例如罚金、警告、缓刑、辅导或者甚至是免除处罚）。在美国和大多数欧洲国家，可以选择转而接受治疗以避免刑事处罚。因此，对持有大麻供个人使用的案件采取的刑事司法对策能影响因大麻吸毒而接受治疗者人数。

美国刑事司法系统的转介占因大麻吸毒而接受治疗者的很大一部分（1992-2012 年期间为 47-58%）。⁷⁶ 不过，近 20 年来，刑事司法系统转介中有 40% 的人报告称其在接受治疗前一个月内未吸食过大麻，只有 22% 的人报告称每天吸食大麻。因持有大麻而被捕人数的模式基本上与接受大麻治疗的人数类似，这意味着美国因大麻吸毒而接受治疗的情况变化可能反应了因持有大麻而遭到逮捕的情况变化。

欧洲刑事司法系统（警察局、法院和感化服务转介也大大增加了因大麻吸毒而接受治疗人数。一般说来，每五个主要大麻吸毒的接受治疗者中有一个系从刑事司法系统转介，⁷⁷其比例从荷兰 3.9% 到匈牙利 80.6% 不等。⁷⁸遗憾的是，尚无长期变化数据。

⁷² 更多详情，见《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，第 62-64 页）。

⁷³ James R. Burgdorf、Beau Kilmer 和 Rosalie L. Pacula，“加利福尼亚州缉获的大麻成分异质性”，《药物和酒精依赖》，第 117 卷，第 1 期（2011 年），第 59-61 页。

⁷⁴ Tom P. Freeman 等人，“仅仅说‘知道’：大麻素浓度如何影响吸毒者对大麻效力及其每次用量的估计？”，《毒瘾》，第 109 卷，第 10 期（2014 年），第 1686-1694 页。

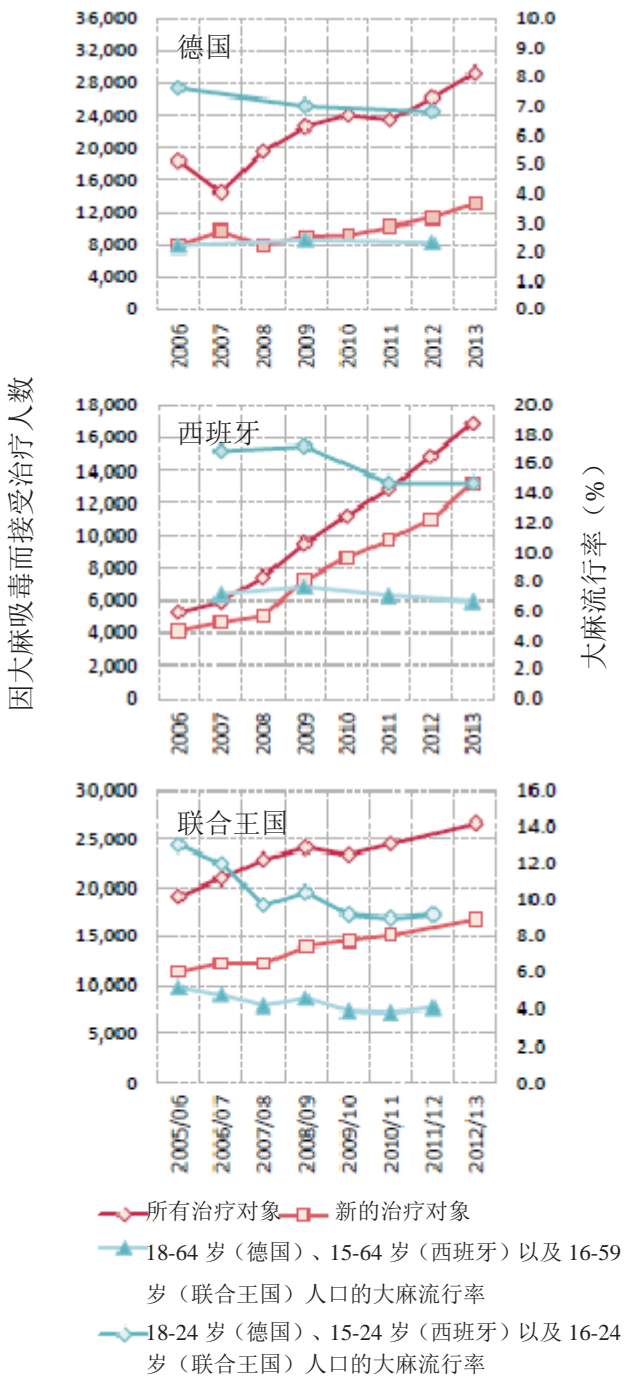
⁷⁵ Peggy van der Pol 等人，“大麻效力、配量和吸食行为与大麻成瘾之间的典型和预期关系：生态学研究”，《毒瘾》，第 109 卷，第 7 期（2014 年），第 1101-1109 页。

⁷⁶ 《治疗事件数据集：收治——1992-2012 年连续数据集》，（见脚注 70）。

⁷⁷ 使用 2013 年或有数据的最近一年数据的 26 个报告国的中位数是 21%。

⁷⁸ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，数据和统计，《2015 年统计

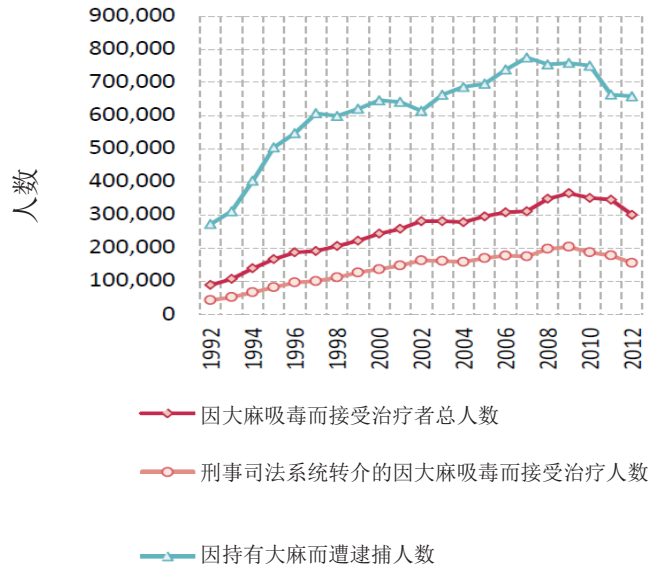
图. 12 2006-2013 年德国、西班牙和联合王国因大麻吸毒而接受治疗人数和上个月大麻流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复；以及欧洲毒品和毒瘾监测中心，《统计公报》，2015 年。

注：图中数据系主要因大麻而接受治疗者数据；联合王国的治疗数据指特定范围内的第二年以及整个国家数据，但流行率仅指英格兰和威尔士；西班牙提供的 2007 年流行率涵盖 2007/2008 年。

图. 13 1992-2012 年美国因大麻吸毒而接受治疗人数和因持有大麻而遭逮捕人数



资料来源：美国卫生和公众服务部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，《治疗事件数据集：收治——1992-2012 年连续数据集》，ICPSR25221（密歇根州安阿伯市，校际政治与社会研究联盟，2015 年）；美国总统行政办公室，《国家药物管制战略：2014 年补充数据》（哥伦比亚特区华盛顿，2014 年）

注：图中数据系 12 岁及以上主要因大麻而接受治疗者数据。

治疗阻碍和促进因素是否影响因大麻吸毒而接受治疗的趋势？

鉴于大麻成瘾者往往不愿意寻求治疗，⁷⁹认识和了解大麻吸毒的潜在危害可鼓励吸毒者寻求帮助，尤其是年轻人。认为大麻吸毒有害的美国年轻人日益减少。自 1990 年代初以来，认为经常吸食大麻“十分危险”的中学生比例下降了，2000 年代中期以来下降尤为迅速。2014 年，不到 40% 的十二年级学生（17-18 岁）认为经常吸食大麻“十分危险”，比 1990 年代初少了近 80%。⁸⁰欧洲认为大麻吸毒有害的年轻人比例比美国高，没有下降迹象。根据 2003 年、2007 年和 2011 年的欧洲调查，认为经常吸食大麻“十分危险”的学生比例维持在 70-72%。⁸¹欧

⁷⁹ Peter Gates 等人，“大麻治疗的阻碍和促进因素”，《药物与酒精评论》，第 31 卷，第 3 期(2012 年)，第 311-319 页。

⁸⁰ Richard A. Miech 等人，《监测未来：1975-2014 年全国吸毒情况调查结果》，第 1 卷，《中学生》（密歇根州安阿伯市，密歇根大学社会研究院，2015 年），第 2 章。

⁸¹ Bjorn Hibell 等人，《2011 年欧洲学校酒精和其他药物调查项目报告：36 个欧洲国家学生的吸毒情况》；《2007 年欧洲学校酒精和其他药物调查项目报告：35 个欧洲国

洲对大麻吸毒的风险认知更强烈可能是接受治疗者人数下降的一个原因。

欧洲大麻吸毒的治疗需求可能远远没有得到满足。据估计，在该区域有 300 万每天（或几乎每天）大麻吸毒者（过去一个月大麻吸毒达 20 天或 20 天以上的人）。⁸²若干研究表明，大麻成瘾发病率在每天吸毒者中为 25-50%。^{83、84}在欧洲，对 2010 年总共约 206,000 名接受治疗者来说，大麻不是其接受治疗的第一原因就是第二原因，⁸⁵ 这表明所有日常大麻吸毒者中有 10-30% 的人在接受治疗。

在医疗保健政策层面和国际研究中，欧洲大麻吸毒治疗一直得到较高的关注和大量公共资金。⁸⁶2008 年以来，欧洲因大麻吸毒而接受治疗的人数一直在增加，这部分反映了治疗服务的扩大。⁸⁷在欧洲许多国家，随着各种针对大麻吸毒者需求的方案的实施、扩大或修订，治疗服务的提供取得了重大进展，一些方案以青少年和青壮年为目标群体。^{88、89}

性别与吸毒

男性使用大麻、可卡因或苯丙胺类药物的可能性比女性高三倍，而女性比男性更有可能非医疗使用处方类阿片和安定剂。吸毒方面的性别差异更多地源于在社会环境中吸毒的机会，而不是哪一种性别更容易或更有可能沾染毒品。⁹⁰男性被认为比女性有更

多的吸毒机会，但一旦有了吸毒的机会，男性和女性吸毒的可能性是一样的。^{91、92}

年轻一代的吸毒性别差异在缩小

大多数调查显示，虽然年轻人吸毒流行率据称高于成年人，但年轻人吸毒的性别差异比成年人小。⁹³ 欧洲大麻吸毒女孩与男孩之比是 2:3，而成年男性大麻吸毒流行率几乎是女性的两倍。⁹⁴美国过去十年中年轻人（12-17 岁）大麻、可卡因和处方类阿片吸毒情况有波动，但性别差距总体上仍然相似。

吸毒方面的性别差异在改变

近年来，在吸毒蔚然成风的国家，成年人吸毒的性别差距也发生变化，部分反映了某种毒品的吸毒机会增加。美国 12 岁及以上人群海洛因吸毒男性仍多于女性。不过，过去十年开始海洛因吸毒的女性多于男性：2002-2004 年期间，女性上年度海洛因吸毒流行率是 0.8%，2011-2013 年则是其两倍（1.6%），而同期男性上年度海洛因吸毒流行率增长了一半。年龄较小（18-25 岁）和更经常使用处方类阿片男女的海洛因吸毒流行率增长幅度要大得多。⁹⁵

联合王国 1996 年到 2013-2014 年期间，成年人吸毒整体减少。不过，女性减少比例（-30%）比男性（-13%）更明显。男性和女性的苯丙胺流行率都下降了 75%，但女性大麻吸毒的减少（-40%）比男性更明显（-20%）。⁹⁶

家学生的吸毒情况》；以及《2003 年欧洲学校酒精和其他药物调查项目报告：35 个欧洲国家学生的饮酒和吸毒情况》（斯德哥尔摩，瑞典酒精和其他药物信息理事会，2012 年、2009 年和 2004 年）。

⁸² 每天吸食大麻的流行率（见脚注 67）。

⁸³ Hall 和 Pacula，《大麻吸毒与成瘾》（见脚注 66）。

⁸⁴ 每天吸食大麻的流行率（见脚注 67）。

⁸⁵ 同上。

⁸⁶ Sharon R. Sznitman，“欧洲大麻治疗情况：服务调查”，载于《大麻读物：全球问题和地方经验——欧洲大麻争论、治疗和管理观察》，B. Olsson 和 R. Room 编辑，欧洲毒品和毒瘾监测中心《专论系列丛书》第 8 期（欧洲毒品和毒瘾监测中心，里斯本，2008 年）。

⁸⁷ J. Schettino 等人，《欧洲大麻吸毒疾患的治疗》，欧洲毒品和毒瘾监测中心《见解丛书》（里斯本，欧洲毒品和毒瘾监测中心，2015 年）。

⁸⁸ Eva Hoch 等人，“大麻吸毒疾患的 CANDIS 治疗方案：来自随机多站点转化实验的调查结果”，《药物和酒精依赖》，第 134 卷（2014 年），第 185-193 页。

⁸⁹ 《欧洲大麻吸毒疾患的治疗》（见脚注 87）。

⁹⁰ 见《2015 年世界毒品问题报告》。

⁹¹ Michelle L. van Etten 和 James C. Anthony，“从首次吸毒机会到首次吸毒转变的男女差异：探寻年龄、种族、区域和城市地位方面的子群差异”，《妇女健康和性别医学杂志》，第 10 卷，第 8 期（2001 年）。

⁹² Michelle L. van Etten、Yehuda D. Neumark 和 James C. Anthony，“涉毒初期的男女差异”，《毒瘾》，第 94 卷，第 9 期（1999 年），第 1413-1419 页。

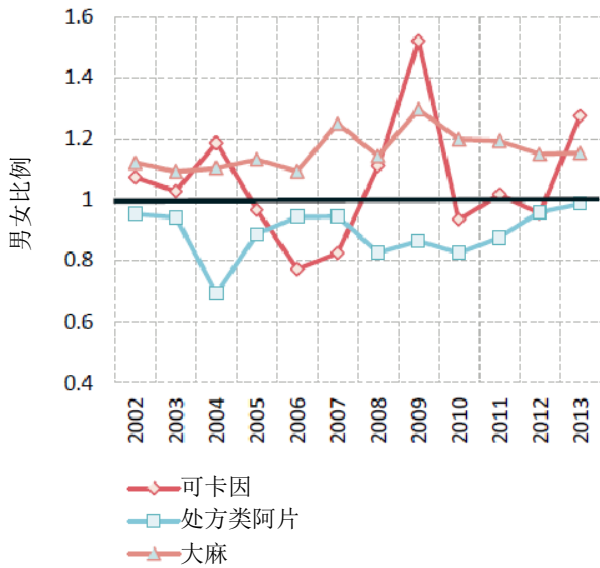
⁹³ Jessica H. Cotto 等人，“性别对吸毒、滥用和成瘾的影响：对全国吸毒与健康调查结果的特别分析”，《性别医学》，第 7 卷，第 5 期（2010 年），第 402-413 页。

⁹⁴ 《2011 年欧洲学校酒精和其他药物调查项目报告》；以及欧洲毒品和毒瘾监测中心报告的欧洲联盟会员国过去一年吸毒流行率的未加权平均数。

⁹⁵ Christopher M. Jones 等人，“生命体征：2002-2013 年海洛因吸毒者人口统计数据及吸毒趋势——美国”，《发病率和死亡率周报》，第 64 卷，第 26 期（2015 年），第 719-725 页。

⁹⁶ 联合王国内政部，《吸毒状况：2013-2014 年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》（2014 年 7 月）。

图. 14 2002-2013 年美国可卡因、处方类阿片和大麻吸毒年轻人（12-17 岁）的男女比例



资料来源：美国物质滥用和精神健康服务管理局，《2013 年全国吸毒与健康调查结果：心理健康详表》（马里兰州罗克维尔市，2014 年）。

B. 吸毒的健康后果

全世界有近 1,200 万人注射毒品

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 2014 年注射吸毒人数为 1,170 万（范围：840 万-1,900 万人），占 15-64 岁人口的 0.25%（范围：0.18-0.40%）。注射吸毒者面临着不安全用药的最严重健康危害，总体健康状况不佳（包括非致命性和致命性用药过量），并且过早死亡的几率较大。⁹⁷ 传染病尤其是艾滋病毒、丙型肝炎和结核病预防和治疗的循证服务覆盖不足使其处境每况愈下。⁹⁸

东欧和东南欧是注射吸毒流行率最高的分区域：15-64 岁人口中有 1.27% 的人注射毒品。该分区域占全世界注射吸毒总人数的近四分之一（24%）；其几乎所有注射吸毒者都居住在俄罗斯联邦和乌克兰。在中亚和外高加索以及北美洲，注射吸毒的流

行率也很高：中亚和外高加索的流行率为 15-64 岁人口的 0.72%；北美洲的流行率为 0.65%。这三个分区域合计共占全世界注射吸毒总人数的 46%。尽管东亚和东南亚的注射吸毒流行率低于全球平均水平，但由于这里人口最为密集，因此注射吸毒人数仍然众多（占全世界注射吸毒总人数的 27%）。三个国家（中国、俄罗斯联邦和美国）共占全世界注射吸毒总人数的近一半。

吸毒是传染病传播的一个主要风险因素

每七个注射吸毒者中就有一人携带艾滋病毒，每两个注射吸毒者中就有一人感染丙型肝炎

注射吸毒者是感染艾滋病毒和肝炎的主要高危群体，撒哈拉以南非洲以外新增艾滋病毒感染病例几乎有三分之一都发生在注射吸毒者中。⁹⁹ 与非注射吸毒者相比，注射吸毒者感染艾滋病毒的可能性大约要高三倍，¹⁰⁰ 因为共用被污染的针头和注射器是传播艾滋病毒和病毒性肝炎的主要风险。根据毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行 2014 年的联合估计，14.0%（即 160 万）的注射吸毒者携带艾滋病毒，52%（即 600 万）的注射吸毒者感染丙型肝炎，9.0%（即 110 万）的注射吸毒者感染乙肝。

在东南亚及东欧和东南欧，注射吸毒者艾滋病毒流行率特别高，分别为 28.2% 和 22.9% 总人数的 53%。尽管东亚和东南亚的注射吸毒流行率和注射吸毒者的艾滋病毒流行率都低于全球平均水平，但携带艾滋病毒的注射吸毒人数却依然众多（33 万人，占全球总人数的 21%）。四个国家（中国、巴基斯坦、俄罗斯联邦和美国）共占携带艾滋病毒的注射吸毒总人数 64%。

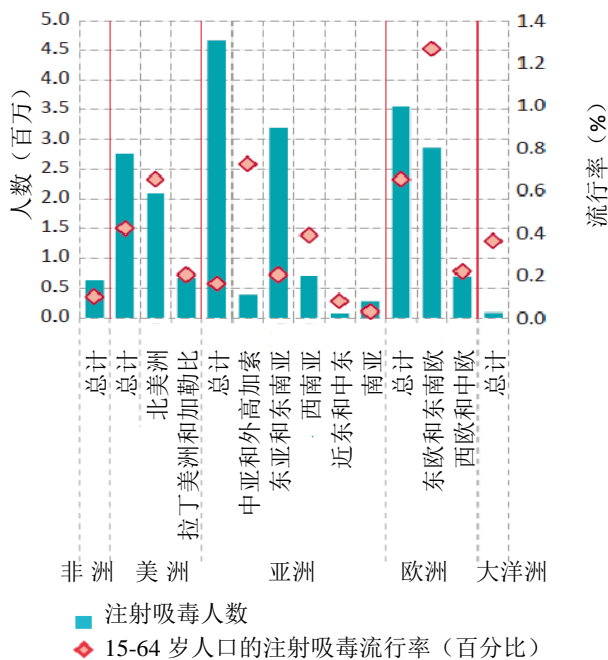
⁹⁷ Mathers M. Bradley 等人，“注射吸毒者死亡率：系统评价与综合分析”，《世界卫生组织公报》，第 91 卷，第 2 期（2013 年），第 102-123 页。

⁹⁸ 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署），《2014 年 GAP 报告》（日内瓦，2014 年）。

⁹⁹ 同上。

¹⁰⁰ Isabel Tavitian-Exley 等人，“不同毒品对注射吸毒者艾滋病风险的影响：系统评价与综合分析”，《毒瘾》，第 110 卷，第 4 期，第 572-584 页。

图. 15 2014 年各区域普通人群的估计注射吸毒人数和流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复；联合国艾滋病/艾滋病联合规划署（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磋商小组；以及政府报告。

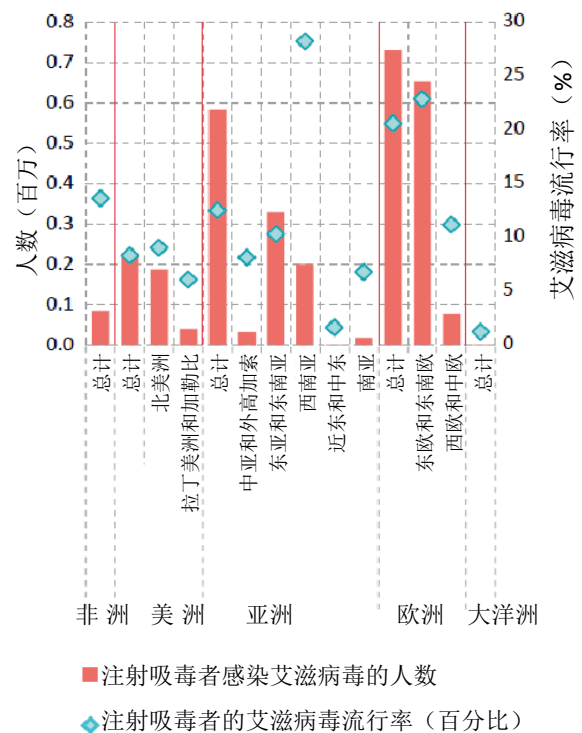
注：2014 年全世界注射吸毒总人数估计（1,170 万）略低于《2015 年世界毒品问题报告》公布的估计数（1,220 万），但 15-64 岁人口的注射吸毒流行率保持稳定。具体而言，目前估计数涵盖了以前未提供数据的非洲五国（包括尼日利亚等人口高度密集国家），从而扩大了非洲 15-64 岁人口的注射吸毒估计人数的范围，从 29% 扩大到 50%，并改善了非洲注射吸毒者的整体估计，从而降低了该区域估计数的不确定程度。

兴奋剂吸毒者的高危行为和艾滋病病毒流行率居高不下

研究发现，注射兴奋剂人群容易实施高危性行为，其艾滋病病毒流行率高于注射阿片剂人群。已发现与注射其他毒品的吸毒者相比，注射兴奋剂（可卡因和苯丙胺类药物）吸毒者有更多性伴侣，更经常地与临时和固定伴侣性交。此外，系统审查发现，注射可卡因者比使用但不注射可卡因者感染艾滋病病毒风险大 3.6 倍，注射苯丙胺类兴奋剂者比使用但不注射苯丙胺类兴奋剂者大 3.0 倍。¹⁰¹

¹⁰¹ 同上。

图. 16 2014 年各区域注射吸毒者感染艾滋病毒的估计人数和流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复；联合国艾滋病/艾滋病联合规划署（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磋商小组；以及政府报告。

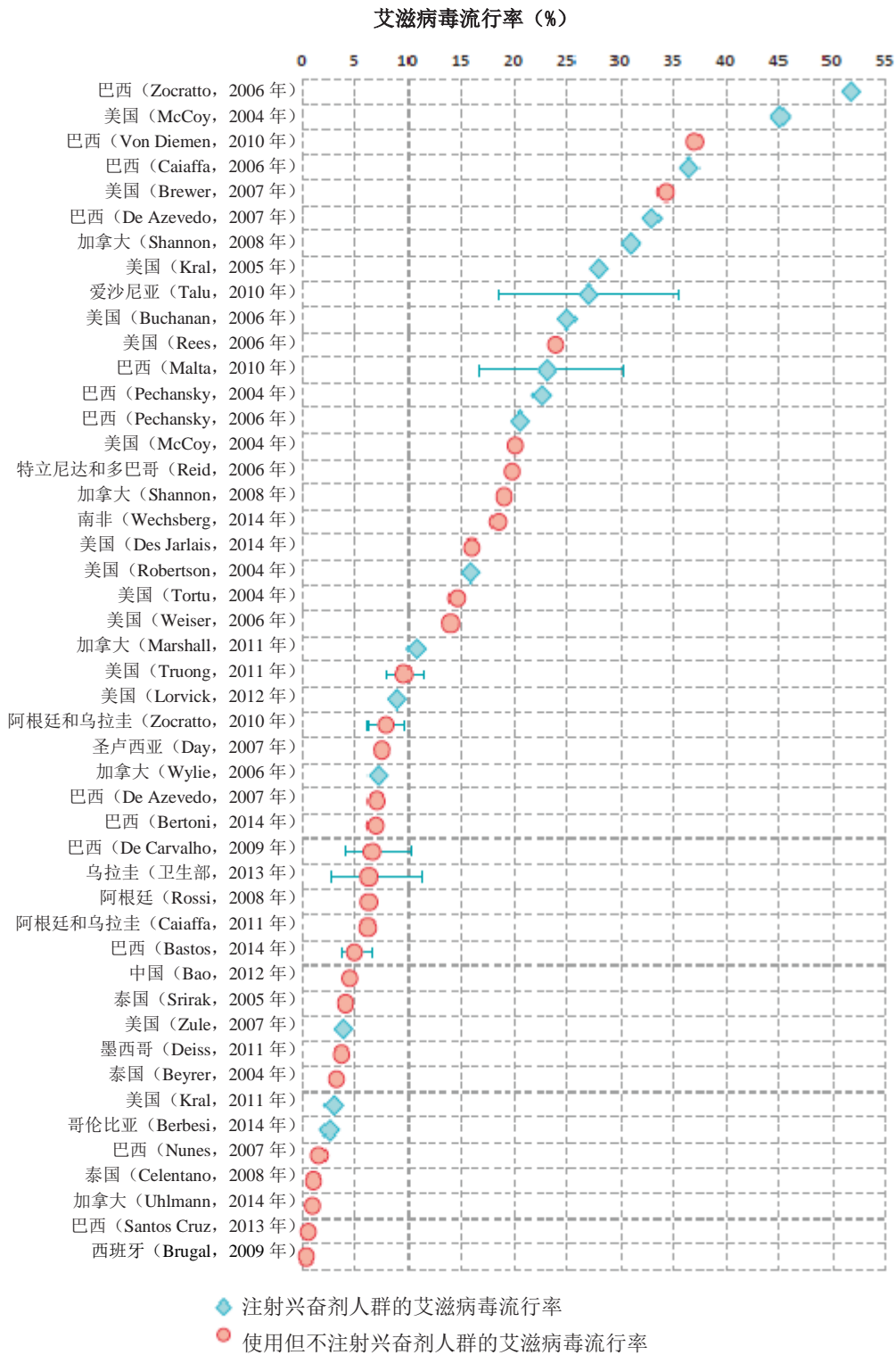
注：西欧和中欧注射吸毒者艾滋病病毒流行率从 7.6%（《2015 年世界毒品问题报告》）上升至 11.2%。这是因为意大利提供了最新信息，用其国家一级有代表性的信息取代了以前报告的国家以下级别数据。

使用兴奋剂（尤其是甲基苯丙胺和苯丙胺）强化和延长性行为有据可查，尤其是在男男性行为者中。¹⁰² 有充分证据表明，与使用其他毒品相比，使用甲基苯丙胺或苯丙胺的男男性行为者的风险较高，艾滋病病毒流行率也较高。¹⁰³ 这些高危性行为包括无保护性行为（或者不坚持使用避孕套）和性交易（以换

¹⁰² Lydia N. Drumright 等人，“最近感染艾滋病毒的男男性行为者无保护肛交和吸毒的情况”，《获得性免疫缺陷综合征杂志》，第 43 卷，第 3 期（2006 年），第 344-350 页。

¹⁰³ Nga Thi Thu Vu、Lisa Maher 和 Iryna Zablotska，“苯丙胺类兴奋剂与男男性行为者的艾滋病病毒感染：系统评价与综合分析得出的对艾滋病病毒研究和预防的影响”，《国际艾滋病学会杂志》，第 18 卷，第 1 期（2015 年）。

图 17. 注射兴奋剂人群与使用但不注射兴奋剂人群的艾滋病病毒流行率



注：基于毒品和犯罪问题办公室委托研究的综述。（研究详情见《世界毒品问题报告》统计附件在线版本的相关表格。）在有数据的情况下，显示 95% 置信区间的上限和下限。

涉及预防和治理吸毒及艾滋病毒的可持续发展目标

大会第七十届会议通过了关于通过 2015 年后发展议程的联合国首脑会议的成果文件，其中载有《2030 年可持续发展议程》和可持续发展目标。¹¹⁷ 项目标涉及可持续发展的方方面面。许多可持续发展目标及其具体目标涉及毒品、和平和公正的交叉内容，但这里只提及那些与健康福祉有关的目标。有关可持续发展目标和世界毒品问题的更广泛讨论，见本报告第二章。

在目标 3（“确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉”）下，世界各国领导人首次提及与预防和治理吸毒有关的问题。具体目标 3.5 是加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精的预防和治理。实现这一具体目标需要，除其他外，使旨在预防吸毒以及护理和治疗吸毒疾患并使吸毒者得到康复的一系列对性别问题有敏感认识的循证干预措施的范围得到扩大，质量得到提高。在这一背景下，毒品和犯罪问题办公室制定了《关于预防吸毒的国际标准》和《关于治疗吸毒疾患的国际标准》，这

些标准作为改进相关服务的有用指南在多项决议以及大会特别会议的成果文件中得到了会员国的承认。

衡量因为吸毒而获得治疗的情况需要在国家一级对因为吸毒疾患需要接受治疗的人或者患有吸毒疾患的人的人数进行可靠估计以及对因吸食各种毒品而获得治疗干预的人的人数进行可靠估计。

目标 3 下的第二个主要的具体目标，即具体目标 3.3，到 2030 年，消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病。与抗击艾滋病毒和艾滋病有关的其他目标包括关于实现性别平等（目标 5）；减少不平等（目标 10）；促进包容社会和让人人能诉诸司法（目标 16）以及重振可持续发展全球伙伴关系（目标 17）的目标。艾滋病规划署的《2016-2021 年战略》反映了这些可持续发展目标，为治疗和预防艾滋病毒和艾滋病确立了下述具体目标：^b

1. 90-90-90 治疗目标（以及在 2030 年以前，95-95-95 治疗目标）：在 2020 年以前：
 - (i) 90% 感染艾滋病毒的人（儿童、青少年和成年人）知道自己的情况；
 - (ii) 90% 知道自己情况的艾滋病毒感染者接受治疗；
 - (iii) 90% 接受治疗的人抑制了病毒载量；
2. 干预目标是到 2020 年将新增艾滋病毒感染病例的数目减少到每年 500,000 例以下（到 2030 年减少到每年 200,000 例以下）；
3. 零歧视（消除获得艾滋病毒服务方面的人权障碍、性别障碍和法律障碍）。

^a大会第 70/1 号决议。

^b 艾滋病规划署，《2016-2021 年战略：加速消除艾滋病毒》（2015 年）。

取金钱或毒品)以及性行为频率高以及性伴侣多。^{104, 105, 106}

由于许多兴奋剂（尤其是兴奋剂类新型精神活性物质）作用时间较短，与阿片剂吸毒者相比，兴奋剂吸毒者往往须再次注射，注射频率较高，并且共用和重复使用污染针头和注射器的可能性较高。^{107, 108}

使用兴奋剂对艾滋病毒感染率升高的作用难以量化，但较之于其他毒品，大量证据表明使用兴奋剂、高危性行为和注射行为与艾滋病毒感染之间存在正相关关系。^{109, 110}

艾滋病毒在吸毒者尤其是注射吸毒者中的爆发特别令人担忧，因为如果无法得到适当的减少危害服务或者该服务被中断或者缩减，艾滋病毒将在注射吸

¹⁰⁴ Francisco I. Bastos 和 Neilane Bertoni, “快克使用全国调查：巴西谁在使用快克和/或类似毒品？巴西各州府有多少人在使用？”（里约热内卢，ICICT/FIOCRUZ, 2014 年）。

¹⁰⁵ Tavitian-Exley 等人, “不同毒品对注射吸毒者艾滋病风险的影响”（见脚注 100）。

¹⁰⁶ John S. Atkinson 等人, “非洲和美洲快客可卡因吸毒者样本中的多重性伴关系”，《艾滋病与行为》，第 14 卷，第 1 期（2010 年），第 48-58 页；以及 J. A. Inciardi 等人, “佛罗里达州迈阿密女性性工作者血清状况对艾滋病高危行为改变的影响”，《艾滋病护理：艾滋病/艾滋病毒的心理和社会医学方面》，第 17 卷，增刊第 1 期（2005 年），第 S88-S101 页。

¹⁰⁷ Marie C. Van Hout 和 Tim Bingham, “激发性欲代价高

昂：爱尔兰注射吸毒者对含甲氧黄酮毒品的使用模式和感知后果”，《国际药物政策杂志》，第 23 卷，第 3 期（2012 年），第 188-197 页。

¹⁰⁸ 联合国王国英格兰公共卫生局、苏格兰健康保护局、威尔士公共卫生局及北爱尔兰公共卫生局, “联合国注射吸毒者感染激增”（伦敦，2015 年 11 月）。

¹⁰⁹ Louisa Degenhardt 等人, “甲基/苯丙胺的使用和相关的艾滋病毒风险：对全球政策和公共健康的影响”，《国际药物政策杂志》，第 21 卷，第 5 期（2010 年），第 347-358 页。

¹¹⁰ Tavitian-Exley 等人, “不同毒品对注射吸毒者艾滋病风险的影响”（见脚注 100）。

毒者中迅速传播。¹¹¹2011年，希腊（雅典）和罗马尼亚的注射吸毒者中就出现了这样的爆发，两地注射吸毒者的新增艾滋病病毒感染病例大幅上升，据报告部分原因在于兴奋剂使用的增多（在罗马尼亚是新型精神活性物质，在希腊主要是可卡因，均作为类阿片替代品），涉及注射频率增加及注射吸毒新手和年轻人共用针头和注射器的情况增多。^{112、113}

涉毒死亡仍然高得令人无法接受

全球涉毒死亡数保持稳定

2014年，全世界估计有20.74万例（范围：11.37万-25.01万例）涉毒死亡¹¹⁴，相当于每100万15-64岁人口中有43.5例死亡（范围：23.8-52.5例）。全世界大约三分之一到二分之一的涉毒死亡原因是毒品过量，而引起死亡的毒品大多是类阿片。^{115、116}

北美洲涉毒死亡率依然最高，约占全世界涉毒死亡的四分之一（25%），部分原因在于该区域对涉毒死亡的监测和报告情况较好，以及该区域阿片剂流行率相对较高。美国自2004年以来估计有近50万人死于毒品过量，2014年致命毒品过量人数更是创下了纪录，其中61%涉及处方类阿片和海洛因。¹¹⁷

许多国家报告了芬太尼相关的过量死亡

¹¹¹ 在本报告中，减少危害指世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病规划署为预防注射吸毒者中的艾滋病毒和其他血源性疾病的感染而拟定的一系列措施（在麻醉药品委员会第56/6号决议中还指在注射吸毒者中提供全面的艾滋病毒预防、治疗和护理服务）。另见世卫组织中的讨论“社区对阿片剂过量的管理”，2014年。

¹¹² 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“希腊注射吸毒者中艾滋病毒的爆发”（里斯本，2012年11月）。

¹¹³ Andrei Botescu 等人，“罗马尼亚注射吸毒者中的艾滋病毒/艾滋病：近期爆发情况和初步对策的报告”（里斯本，欧洲毒品和毒瘾监测中心，2012年）。

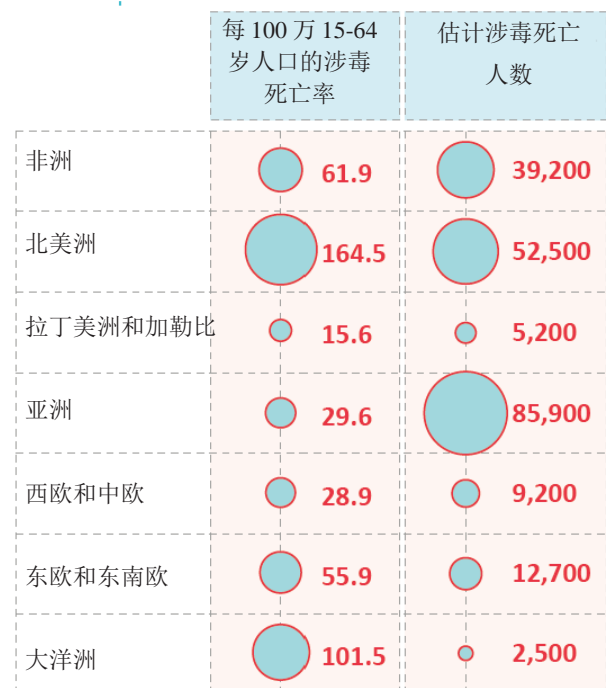
¹¹⁴ 各会员国对涉毒死亡的定义不同，但包括下述一些或全部：吸毒过量致死；注射吸毒感染上艾滋病毒导致死亡；自杀；吸毒导致的意外死亡和创伤。

¹¹⁵ Louisa Degenhardt 等人，“非法吸毒”，载于《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 等人编辑（日内瓦，世卫组织，2004年）。

¹¹⁶ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《在欧洲与吸毒有关的死亡率：公共政策影响》（卢森堡，欧洲联盟出版局，2011年）。

¹¹⁷ Rose A. Rudd 等人，“毒品和阿片剂过量致死的增多：美国，2000-2014年”，《发病率和死亡率周报》，第64卷，第50期（2016年），第1378-1382页。

图. 18 | 2014年各区域涉毒死亡率和涉毒死亡人数



资料来源：对年度报告调查表的答复；美洲药物滥用管制委员会；以及 Louisa Degenhardt 等人，“非法吸毒”，载于《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，Majid Ezzati 等人编辑（日内瓦，世界卫生组织（世卫组织），2004年），第1,109页。

近来，一些国家的许多且越来越多的死亡都涉及一种合成阿片剂——芬太尼¹¹⁸。这个问题最近在一些欧洲国家，特别是爱沙尼亚，引发了担忧。爱沙尼亚是欧洲涉毒死亡率最高的国家之一（2013年每百万15-64岁人口中有127例涉毒死亡），其吸毒过量主要涉及使用芬太尼。^{119、120}加拿大在2009-2014年六年期间至少有655例死亡的原因或致死因素被确定为芬太尼，其四个最大省份的死亡人数显著增加。¹²¹美国在2013年年末到2014年年末期间有超

¹¹⁸ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《芬太尼毒品概况》。可查阅 www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl。

¹¹⁹ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2014年欧洲毒品问题报告：趋势与动态》（卢森堡，欧洲联盟出版局，2014）。

¹²⁰ Jane Mounteney 等人，“芬太尼：我们看不见迹象？效力强并且正在欧洲兴起”，《国际药物政策杂志》，第26卷，第7期（2015年），第626-631页。

¹²¹ 加拿大药物滥用中心，“加拿大社区吸毒问题流行病学网络公报：在加拿大涉及芬太尼的死亡，2009-2014年”（2015年8月）。

涉毒死亡人数是否遭到低估？

准确估计涉毒死亡的多寡和模式对于监测吸毒能够导致的最为极端的伤害形式以及评价为减少涉毒死亡而采取的干预措施的有效性至关重要。

各国对涉毒死亡的定义各不相同，但可能包括下述所有方面或至少是其中一些：因为注射吸毒而感染上的艾滋病导致的死亡；通过使用精神药物来故意自我毒害（自杀）；以及吸毒导致的意外死亡和创伤（交通事故以及其他形式的意外死亡）。不过，许多国家只报告吸毒过量死亡。该定义是从死亡的角度制定的，在疾病负担的背景下考虑涉毒死亡。不过，一个更广泛的视角还可以包括非法毒品市场的运行所导致的死亡，例如可以包括与非法供应和贩运毒品有关的暴力行为导致的死亡。

在怀疑吸毒有影响或者关于死亡的情况或者死亡发生的环境的信息缺乏的情况下，确定死亡的原因可能很复杂。

确定死亡原因的程序在各个国家或者甚至在一个国家中有所不同。根据认证医师的判断以及死者以前的病史及/或死亡情况，可能会也可能不会启动更加全面的调查程序，包括死后的毒物学调查。尽管有可能为确定吸食海洛因之类的毒品导致的吸毒过量死亡制定了完善的程序，但如果涉及多种毒品，正如在许多吸毒过量致死案件中一样，程序可能会变得复杂。另外，新型精神活性物质在吸毒过量致死案件中的作用可能更难确定，因为许多新型精神活性物质的毒理不明，尤其是在与其他毒品（包括酒精）一起使用时，在这种情况下过量风险可能更高。死亡登记簿常常包含有大量被归类为未知或不明确的死亡事件或者死亡的真正根本原因可能被错误地编码的情况，编码取决于编码做法以及负责医师可以获得的信息。因此，涉毒死亡有可能被少报。

很少有研究试图估计少报涉毒死亡的程度。例如，在法国，来自案件重叠率很低的三个不同机构的官方数字明显存在很大差异；大约少报了三分之一的涉毒死亡。^a在意大利开展的一项研究中，利用一种调查死亡的多重原因的方法（分析死亡证明上报告的所有情况），估计涉毒死亡比根据有关单一的根本死亡原因的传统报告确定的涉毒死亡多 60%。^b

^a Eric Janssen, “2007 年法国的涉毒死亡：估计和影响”，《药物使用和滥用》，第 46 卷，第 12 (2011) 号，第 1495-1501 页。

^b Francesco Grippo 等人, “药物诱发死亡：对意大利死亡原因登记簿使用多重原因的方法”，《流行病学生物统计和公共健康》，第 12 卷，第 1 期 (2015 年)。

过 700 起涉芬太尼的死亡事件。令人堪忧的是海洛因在出售前常常被掺入芬太尼，因此，海洛因吸毒者不知道自己消费了芬太尼。美国最近的海洛因吸毒增加有可能使得情况更加严重。¹²²

监狱是传染病的高危环境

对无法控制吸毒冲动的人尤其是注射吸毒者而言，普遍结果是监禁。根据许多国家的研究，56%-90% 的注射吸毒者在某个阶段都接受过监禁。¹²³许多监狱和其他封闭环境也报告了开始吸毒和吸毒的情况。¹²⁴根据毒品和犯罪问题办公室收到的有限数据，

23% 的囚犯最近吸食过毒品（在过去 12 个月里吸毒），大麻吸毒的约为 19%，海洛因或苯丙胺吸毒的约为 5%。同样，在世界各国进行的大量研究发现，男性和女性囚犯中注射吸毒的比例很高。¹²⁵

监狱艾滋病、肝炎和结核病感染风险仍令人堪忧。囚犯的艾滋病毒负担可能比普通人群高 50 倍，¹²⁶

第 451-479 页；以及 S. Chu 和 K. Peddle, 《皮肤下面：监狱针头和注射器方案的个人案例》（多伦多，加拿大艾滋病毒/艾滋病法律框架，2010 年）。

¹²⁵ Anne Marie DiCenso、Giselle Dias 和 Jacqueline Gahagan, 《解放未来：全国妇女、狱中艾滋病毒和丙型肝炎调查》（多伦多，囚犯艾滋病毒/艾滋病支助行动网，2003 年）；Ruth E. Martin 等人, “吸毒和血源性传染病风险：不列颠哥伦比亚女囚调查”，《加拿大公共卫生期刊》，第 96 卷，第 2 期 (2005 年)，第 97-101 页；以及 Kate Dolan 等人, “监狱注射吸毒者：艾滋病毒的流行、传播和预防”，《国际药物政策杂志》，第 26 卷，增刊第 1 期 (2015 年)，S12-S15 页；Chloé Carpentier 等人, “欧洲囚犯非法吸毒状况监测十年：问题和挑战”，《霍华德刑事司法杂志》，51:37-66. doi:10.1111/j.1468-2311.2011.00677.x (2012 年)。

¹²⁶ 《GAP 报告》，2014 年（见脚注 98）。

¹²² 《2015 年国家毒品威胁评估摘要》。

¹²³ 世卫组织，毒品注射与艾滋病毒感染风险的多城市研究：代表世卫组织国际合作小组编写的报告（WHO/PSA/94.4 号文件）；Chris Beyrer 等人, “泰国吸毒状况、监禁率上升及监狱相关的艾滋病毒风险”，《艾滋病与行为》，第 7 卷，第 2 期 (2003 年)，第 153-161 页；以及 Sheila M. Gore 等人, “Glenochil 监狱囚犯注射吸毒状况和艾滋病毒流行率”，《英国医学杂志》，第 310 卷，第 6975 期 (1995 年)，第 293-296 页。

¹²⁴ Rhidian Hughes 和 Meg Huby, “狱中生活：注射吸毒者观察”，《异常行为》，第 21 卷，第 5 期 (2000 年)，

表 1 | 囚犯出狱后的涉毒死亡率与普通人群各种原因的死亡率之比

国家或地区	出狱后时间							
	1 周	2 周	45 天	1 年	3 年	4-5 年	7-8 年	15 年
联合国 ^a	37.1	12.4						
美国		129						
丹麦		61.9						
瑞士			50					
中国台湾省					29.3			
美国 ^b						10.3		
美国								3.5
联合国 ^a	男性	28.9	15.8					
	女性	68.9	56.3					
澳大利亚 ^c	男性						14.5	
	女性						50.3	
法国	15-34 岁男性			124.1				
	35-54 岁男性			274.2				

资料来源：世卫组织，《预防刑事司法系统中的毒品过量死亡》（哥本哈根，2014 年）。

注：所列数字是标准化死亡率，表示囚犯出狱后的涉毒死亡率与普通可比年龄和性别人群中各种原因的死亡率之比。

^a 第一周和第二周分开计算。^b 没有时间限制（中位数=4.4 年）。^c 没有时间限制（中位数=7.7 年）。

结核病的发病率平均比普通人群高 23 倍，¹²⁷ 估计每三名注射毒品囚犯就有两人感染丙型肝炎。¹²⁸

尽管属于高危环境并且有治疗吸毒疾患以及预防和
治疗艾滋病毒、丙型肝炎和结核病方面的干预措施
有效性的科学证据，¹²⁹ 但全世界大多数监狱中的这
些服务存在很大差距。监狱等封闭环境常常缺乏适
当的卫生服务、私密性和隐私；另外，强制性（非
自愿）艾滋病毒检测仍是一种惯常做法。¹³⁰

现有证据显示，可在监狱中有效实施戒毒治疗和减
少危害措施而不影响安保或增加吸毒现象。¹³¹ 但一
些国家的监狱引入或扩大这些服务尚有政策、法律
和管理障碍。2014 年，只有 43 个国家的监狱提供
阿片剂替代疗法，80 个国家报告社区提供此种疗法。
只有 8 个国家报告监狱提供针头和注射器方案，90

个国家报告社区提供此种方案。上述 8 个国家大都
在欧洲和中亚，并非所有监狱都有此种干预措施。¹³²

从监狱获释后短期内的涉毒死亡风险大幅升高

从监狱获释后短期内涉毒死亡（主要因毒品过量）
风险大幅升高，死亡率比普通人群因各种原因导致
的死亡率高很多。¹³³ 从监狱获释后前两周尤为脆弱，
涉毒死亡风险比随后 10 周高 3-8 倍。¹³⁴ 此外，已
发现从监狱获释后的涉毒死亡率比普通人群的死亡
率高 50-100 倍。尽管现有数据非常有限，却显示
出获释女性似乎比获释男性结果更糟，较年轻囚犯
比较年轻囚犯结果更糟。这可能反映了获释囚犯的
吸毒史和吸毒模式随性别和年龄不同而不同。

从监狱获释后短期内的涉毒死亡风险加大主要有
两个原因：首先，在监狱里吸毒可能较少发生，毒
品的纯度也比外面的低，经过一段时间相对的节制
后，对毒品尤其是海洛因的耐受性降低了；其次，
从监狱获释后使用多种毒品，尤其是将抑制剂（尤
尤其是苯二氮卓类和酒精）与海洛因一起使用有可
能大大增加过量致死的风险。¹³⁵

¹²⁷ Iacopo Baussano 等人，“监狱结核病发病率：系统综
述”，《公共科学图书馆—医学》，第 7 卷，第 12 期（2010
年）。

¹²⁸ Sarah 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。

¹²⁹ 毒品和犯罪问题办公室/劳工组织/开发署/世卫组织/艾滋
病规划署题为“监狱和其他封闭环境中的艾滋病预防、
治疗和护理：综合干预措施成套方案”政策简介（2013
年）。

¹³⁰ 艾滋病规划署，《艾滋病规划署 2016-2021 年战略：快
速消除艾滋病毒》（2015 年）。

¹³¹ Thomas Kerr 等人，“在监狱中减少危害：一种‘基于权
利的分析’”，《重要的公共卫生问题》，第 14 卷，第
4 期（2004 年），第 4-16 页。

¹³² 国际减少危害协会，《2014 年全球减少危害状况》，Katie
Stone 编辑（伦敦，2014 年）。

¹³³ 世卫组织，《预防刑事司法系统中的吸毒过量死亡》（哥
本哈根，2014 年）。

¹³⁴ Elizabeth L. C. Merrall 等人，“从监狱获释后短期
内涉毒死亡的综合分析”，《毒瘾》，第 105 卷，第 9 期
（2010 年），第 1545-1554 页。

¹³⁵ 《预防吸毒过量死亡》（见脚注 133）。

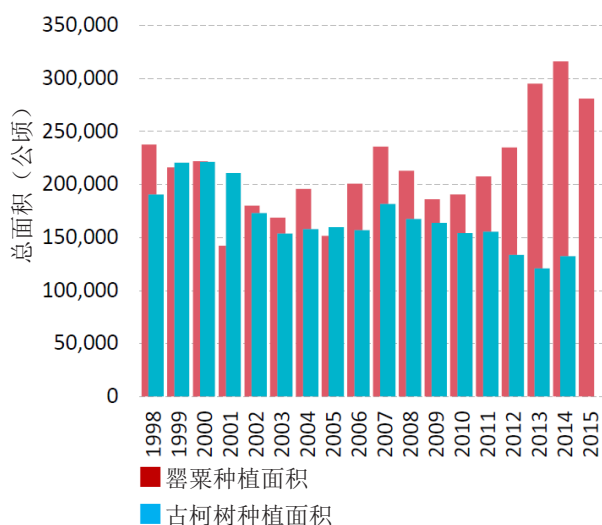
C. 毒品供应状况

2009-2014 年期间有 129 个国家向毒品和犯罪问题办公室报告了大麻种植情况，远高于报告罂粟种植情况的 49 个国家（大都在亚洲和美洲）和报告古柯树种植的 7 个国家（位于美洲）。¹³⁶根据毒品和犯罪问题办公室的最新估计，大麻仍是种植面积最广泛的毒品作物，¹³⁷特别是在计入野生大麻的情况下。¹³⁸然而，由于缺乏系统衡量标准，难以评价大麻种植和生产的状况和趋势。

尽管罂粟和古柯树种植的趋势出现分化，但鸦片和可卡因产量回到了 1990 年代末的水平

古柯树和罂粟非法种植面积信息大体依据经科学验证的调查，因此比大麻植株种植面积信息更加可靠。2015 年罂粟种植的总面积虽有波动，但仍高于大会举行上届世界毒品问题特别会议的 1998 年（18%）；自 2009 年通过《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》以来，

图. 19 | 1998-2015 年估计罂粟和古柯树种植面积



资料来源：毒品和犯罪问题办公室对各国的古柯和鸦片调查；对年度报告调查表的答复；以及美国国务院，《国际麻醉品管制战略报告》（各年度）。

¹³⁶ 基于各国关于大麻、罂粟和古柯植株种植、铲除和缉获的报告，缉获的主要是国内生产的毒品。

¹³⁷ 《2009 年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.09.XI.12）。

¹³⁸ 联合国国际药物管制规划署研究部门，“非法麻醉品作物大麻：全球大麻消费、贩运和生产情况综述”，《麻醉品公报》，第 XLIX 卷，第 1 和 2 期（1997 年），以及 L 卷，第 1 和 2 期（1998 年）（联合国出版物），第 45-83 页。

罂粟种植总面积急剧增加（增加了 51%），主要原因在于阿富汗种植的增加。与之相反，古柯树种植总面积呈下降趋势，自 1998 年以来下降了 31%，自 2009 年以来下降了 19%。

用于估算可卡因生产的“旧”转化率与“新”转化率对比

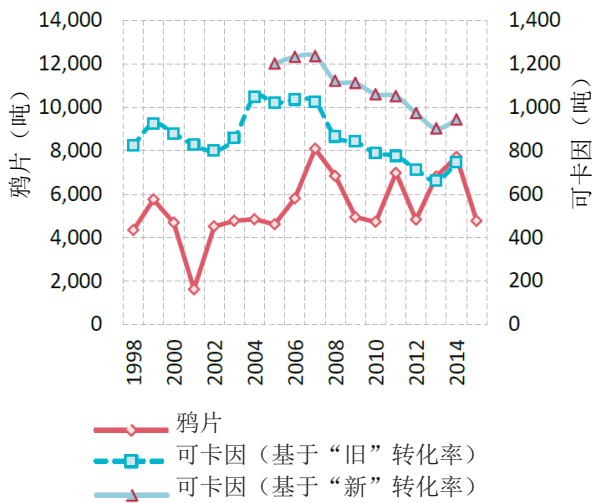
计算可卡因生产的最后一步要求各生产国估计用于将古柯叶转化为盐酸可卡因的系数。在本报告中，对全球估计数使用了两个转化系数：(一)一个是“旧”的转化率，正如美国缉毒局对 1990 年代的多民族玻利维亚国和秘鲁以及哥伦比亚政府和毒品和犯罪问题办公室的一项研究对哥伦比亚估计的；(二)一个是“新”的转化率，依据是美国缉毒局 2005 年在秘鲁以及 2007-2008 年在多民族玻利维亚国进行的研究。不过，这些比率没有在国家研究中得到再次确认。“新”比率还考虑了 2004 年确定的用于哥伦比亚的转化率。（更多细节见《2010 年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.10.XI.13，第 251 和 252 页）和本报告的在线方法部分）。

全球估计数显示，非法鸦片生产在 2015 年锐减至 4,770 吨，减少了 38%，回落到 1990 年代末的水平。估计其中部分被制成了海洛因，产出了出口纯度的海洛因 327 吨，这些海洛因大部分在阿富汗生产。2014 年的可卡因产量估计为 746 吨（根据“旧”转化率）或 943 吨（根据“新”转化率）纯盐酸可卡因，可卡因的产量在 2007-2014 年期间也下降了，回落到 1998 年的水平。因此，尽管古柯树种植大幅减少，但可卡因产量与 1998 年水平相比并未下降，主要因为安第斯分区域可卡因加工点效率的提高。

全球合成毒品的贩运强劲增长

虽然 2014 年就有 234 种物质受到国际管制（2016 年 1 月为 244 种），但缉获数据显示大量贩运仅涉及少数几种物质。各种形式的大麻仍然是 2014 年贩运最广泛的毒品（因为 2014 年 95% 的报告国都缉获了大麻，大麻缉获案件占当年向毒品和犯罪问题办公室报告的 220 万起缉获案件的一半以上）；其次是苯丙胺类兴奋剂（16%）、类阿片和古柯相关物质（各占 12%）。

图. 20 | 1998-2015 年全球鸦片和可卡因产量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室对各国的古柯和鸦片调查；对年度报告调查表的答复；以及美国国务院，《国际麻醉品管制战略报告》（各年度）。

全球大麻、可卡因、海洛因和吗啡的缉获量在 1998-2008 年期间几乎翻了一番。但自那以后保持大体稳定。相反，苯丙胺类兴奋剂缉获量自 1998 年以来上升了七倍多，表明毒品贩运增长更多地涉及合成兴奋剂而不是通常的植物制成的毒品。甲基苯丙胺缉获量增长尤为迅猛，其次是苯丙胺缉获量。

前体管制的加强使“摇头丸”缉获量从 2008 年的水平下降到 2011 年的低点，但最近“摇头丸”生产方面的创新（尤其是使用不受国际管制的前体化学品）已经在市场上初露端倪，这在 2011-2014 年缉获量翻番中可见一斑。

毒品缉获量解读

禁毒执法活动的一个直接指标就是毒品缉获量，而缉获是最终截获毒品的成功行动结果，因此受执法能力和优先事项的影响。与此同时，毒品缉获量是了解非法毒品市场的动态、毒品供应以及毒品贩运模式和趋势的关键要素之一，尤其是在考虑了地理分布广泛的实体以及分析了长周期的情况下。

图. 21 | 2014 年按毒品种类分列的全世界所报告毒品缉获案件



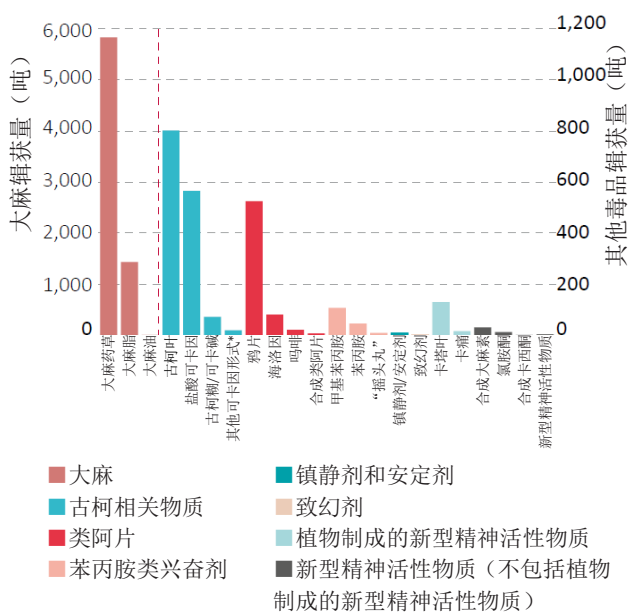
- 大麻药草, 39%
- 大麻脂, 11%
- 其他形式大麻, 4%
- 甲基苯丙胺, 11%
- 苯丙胺, 3%
- “摇头丸”, 2%
- 其他苯丙胺类兴奋剂, 1%
- 盐酸可卡因, 6%
- 古柯糊和可卡碱, 5%
- 其他古柯相关物质, 1%
- 海洛因, 10%
- 其他类阿片, 2%
- 新型精神活性物质, 3%
- 镇静剂和安定剂, 1%
- /// 其他, 1%

资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：图中信息基于 63 个国家向毒品和犯罪问题办公室报告的 220 万起缉获案件。

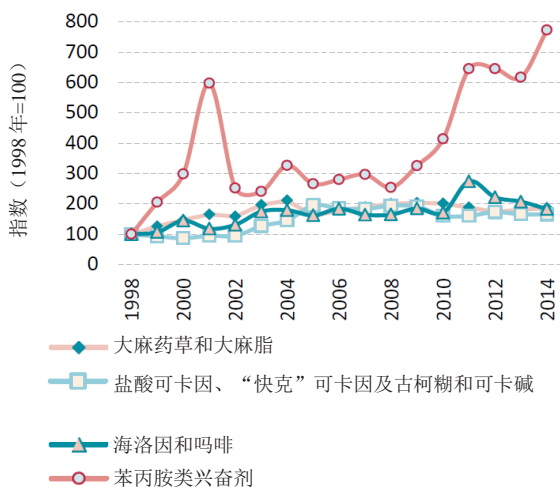
近年来，新型精神活性物质类贩运的增加甚至更多。2014 年，所缉获新型精神活性物质占有毒品缉获案件的 3%，仍相对较少（但比 2009 年的 1% 和 1998 年的 0.1% 增多了）。就缉获量而言，新型精神活性物质（不包括植物制成的新型精神活性物质，如卡塔叶（阿拉伯草）和卡痛（美丽帽柱木））缉获量在 1998-2014 年期间增加了 15 倍。氯胺酮和合成大麻素缉获量最大；全球氯胺酮缉获总量从 1998-2008 年期间年均 3 吨升至 2009-2014 年期间的 10 吨。

图 22 2014 年各类毒品的全球缉获量



*包括“快克”。
资料来源：对年度报告调查表的答复。
注：基于 120 个国家的数据。

图 23 1998-2014 年全球毒品缉获量趋势



资料来源：对年度报告调查表的答复。

毒品犯罪、种植和性别

涉毒犯罪男性多于女性

所有国家因持有毒品供个人使用和贩毒而正式面临刑事司法系统管制的男性多于女性。1998-2014 年，据报告因涉毒犯罪而遭逮捕的女性绝对数有所增加（向毒品和犯罪问题办公室提交两性逮捕数据的国家也增加了），但女性占涉毒案件的比例虽有所波动，却呈现出下降趋势，尤其是就在贩毒罪方面。

图 24 2010-2014 年按毒品种类分列的因贩毒而正式面临刑事司法系统管制的女性比例



资料来源：对年度报告调查表的答复。

根据来自 100 个国家的信息，2010-2014 年期间，在所有因涉毒犯罪而正式面临刑事司法系统管制的案件中，女性约占 10%。在持有毒品供个人使用的案件中，该比例略低（9%），在贩毒案件中，该比例略高（11%）；不过，这些比例远远低于吸毒女性的比例（约占吸毒总人数的三分之一）。

大洋洲（19%）和美洲（15%）贩毒案件中正式面临刑事司法系统管制的女性比例显然高于全球平均数（12%），非洲（2%）则低于该平均数。亚洲数据显示，东亚和东南亚（13%）的该比例高于全球平均数，而亚洲其他分区域的该比例低于全球平均数（近东和中东及南亚不到 1%）。欧洲数据显示，正式面临刑事司法系统管制的女性比例（10%）低于平均数，其中东欧（12%）比例高于平均数，西欧和中欧（9%）以及东南欧（6%）比例低于平均数。

罂粟种植业的女性：态度、看法和实践

近东和中东国家妇女在贩毒中的作用有限（不到 1%），但她们参与毒品作物的非法种植，尤其是阿富汗的罂粟种植。作为毒品和犯罪问题办公室和阿富汗政府开展的年度鸦片调查的一部分，2015 年首次在北方四省与妇女举行了重点群体讨论，目的是更多了解其态度和参与罂粟种植和生产的情况。

讨论显示，阿富汗妇女参与许多劳动密集型罂粟生产流程，例如除草和清理田地，以及切下及随后（在

室内)割破罂粟蒴果,去除和清洗种子,制备用于销售的鸦片胶以及加工副产品,例如油和肥皂。男性主要参与耕田、种植以及切下蒴果。

在阿富汗的大多数农村社区,妇女的权能不如男性,在决策中只发挥有限的作用。因此,关于罂粟种植的决定主要由男性作出,尽管似乎征求女性意见的情况越来越多,包括关于种植罂粟的决定。

在尚无充分卫生保健设施的情况下,阿富汗北部农村地区的妇女世代代使用鸦片来治疗儿童中最常见的小病,例如咳嗽、疝气、各种疼痛、烦躁不安和腹泻。用鸦片自我药疗仍是成年人中治疗各种小病的一种习惯做法,例如各种疼痛、失眠和大概是呼吸系统疾病引起的胸痛。较年轻女性可能更经常地使用鸦片或者依赖于鸦片,但较年轻女性越来越意识到经常使用鸦片可能会造成依赖,因此,可能的话,往往更多地依靠“现代医学”来治疗常见病。

讨论还显示,阿富汗女性一般都知道鸦片可产生依赖,并且其所信奉的宗教禁止非医疗使用鸦片。她们还担心自己的下一代会变得依赖于鸦片,尽管解决经济问题仍是她们的主要关切。在缺乏经济机会或替代手段的情况下,妇女们认为来自罂粟生产的收入可用于支付家庭开支,可用于购买粮食之类的必需品,以及家具、衣服和珠宝,家庭能够用这些收入偿还债务并支付子女的教育和结婚费用。

罂粟生产不仅给家庭带来现金收入,而且还是农村地区的一项重要物资,罂粟籽被用于榨取食用油,罂粟秆在厨房中被作为燃料使用,罂粟还可用于制作肥皂和烹制罂粟茶。

通过“暗网”购买毒品的情况日益严重

最近几年,通过互联网特别是“暗网”购买毒品的情况有所增加。这一趋势令人堪忧,因为“暗网”方便用户在一个尽管非法但可避免与犯罪分子和执法当局直接接触的环境中获取毒品,有可能吸引新的吸毒群体。由于不能通过传统的网络搜索进入“暗网”,买方和卖方要通过“洋葱头路由”进入“暗网”以确保隐藏其身份。产品一般用比特币或其他密码货币支付,并且常常通过邮政服务发货。

近年来,全世界为关闭“暗网”交易平台展开了一些成功的执法行动,例如2013年10月的“丝绸之路”或2014年11月的“丝绸之路2.0”,都是由欧

洲警察组织协调的“Onymous行动”的一部分。该行动促使关闭了“暗网”上的其他网站,包括33个知名度很高的市场。执法压力还引发了一些“自愿”临时关闭举动,例如2015年8月“Agora”的关闭。不过,在一个市场关闭时,下一个最可信的市场往往会吸收大多数迁移的业务。¹³⁹

2014年年末在50个国家对超过10万名互联网用户(其中四分之三服用过非法药物)进行的一次全球调查¹⁴⁰显示,通过互联网购买毒品的吸毒者比例从2000年的1.2%上升至2009年的4.9%、2013年的16.4%和2014年的25.3%。利用“暗网”购买毒品的互联网用户比例也上升了,2014年达到6.4%(一生中),其中4.5%(6.4%中的70%)过去12个月在“暗网”上购买过毒品(从不到1%到18%不等)。

从2013年到2014年,“最近”吸毒者的这一比例上升了逾25%(从4.6%到5.8%)。2012-2014年期间,在澳大利亚(从4.3%到10.4%)和联合王国(从8.0%到15.1%),该比例翻了一番,2013-2014年期间,在美国的“最近吸毒者”中,该比例也上升了(从2013年的7.7%上升至2014年的9.6%)。

调查对象报告了在“暗网”上购买毒品的若干好处。一些与毒品本身有关,据报告其质量一般较好,且更容易获得。其他好处包括买卖双方互动为虚拟,从而降低了交易期间人身安全风险,比如不存在遭受身体暴力的危险;此外,被执法当局逮捕的风险明显降低。¹⁴¹这可能有助于解释为什么吸毒者似乎一般都情愿为通过“暗网”购买毒品支付溢价,¹⁴²以及为什么以前从不吸毒的人有可能忍不住在网上购买毒品:调查显示,大约4%的“暗网”吸毒者在通过“暗网”获取毒品之前没有使用过任何毒品。¹⁴³同时,30%通过“暗网”购买毒品者称,与通过“暗网”购买毒品前相比,其毒品消费范围更广泛了。

¹³⁹ 基于关于在欧洲联盟开展联合调查以打击通过虚拟市场(“暗网”)贩毒的国际会议成果, Bad Erlach, 奥地利, 2015年11月10-12日。

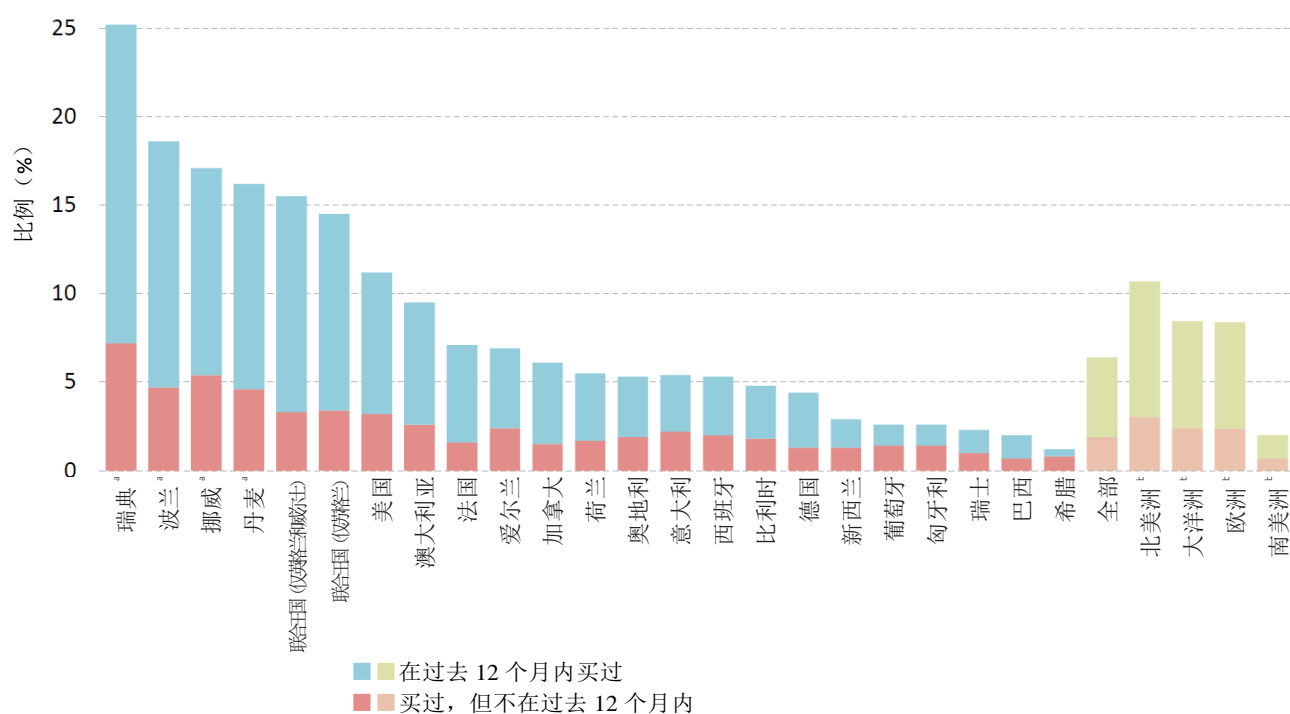
¹⁴⁰ 《2015年全球毒品调查》的结果(www.globaldrugssurvey.com)。

¹⁴¹ 同上。

¹⁴² 基于关于在欧洲联盟开展联合调查以打击通过虚拟市场(“暗网”)贩毒的国际会议成果, Bad Erlach, 奥地利, 2015年11月10-12日。

¹⁴³ 《2015年全球毒品调查》(见脚注140)。

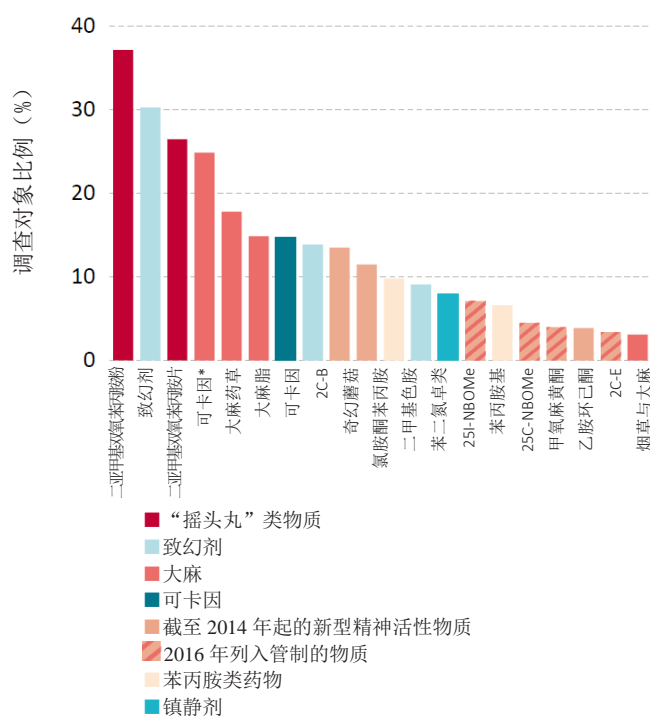
图 25 2014 年按国家和地区分的通过“暗网”购买毒品的调查对象比例



资料来源：《2015 年全球毒品调查》（www.globaldrugsurvey.com）。

注：该图显示的是在 2014 年 11 月到 12 月通过“暗网”购买过毒品的全球毒品调查参与者的比例。^a 根据不到 600 名调查对象的答复。^b 区域结果显示按人口进行加权计算的国家（及国家以下级别）结果。

图 26 2014 年在“黑网”购买各种毒品情况



* 水培大麻。

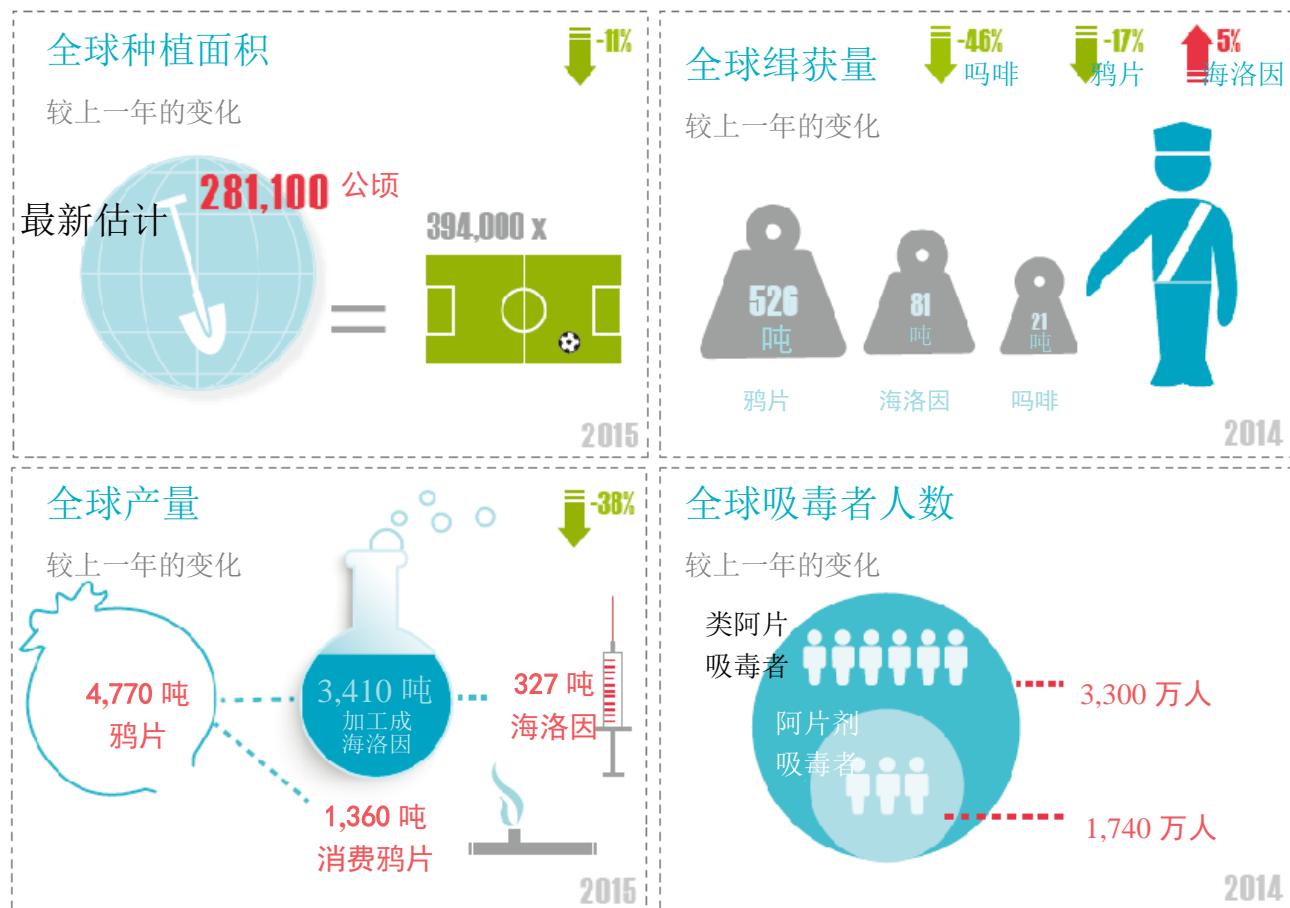
资料来源：《2015 年全球毒品调查》（www.globaldrugsurvey.com）。

注：2014 年 11 月至 12 月全球毒品调查的调查对象中在“暗网”购买各种毒品的比例。

D. 各类毒品市场分析

阿片剂

关键数字



注：类阿片包括非医疗使用处方类阿片和阿片剂（阿片剂包括鸦片和海洛因）。

阿片剂市场动态

2015 年特殊条件使全球鸦片产量减少了 38%

阿片剂主要产区位于三个分区域。西南亚国家（主要是阿富汗）供应邻国以及欧洲、近东和中东、非洲和南亚国家市场，少部分去往东亚和东南亚、北美洲和大洋洲。东南亚国家（主要是缅甸以及老挝人民民主共和国少量）供应东亚和东南亚以及大洋洲市场，少部分去往南亚。拉丁美洲国家（主要是墨西哥、哥伦比亚和危地马拉）供应北美洲国家市场（加拿大除外，供应加拿大市场的主要是来自阿富汗的阿片剂）和南美洲较为有限的市场。此外，一些国家为国内市场种植了大量罂粟（如印度）。因此鸦片非法生产分布在全世界近 50 个国家。

2015 年，全球罂粟种植总面积比上一年减少了 11%，减至约 281,000 公顷；减少主要反映了阿富汗报告的种植减少（-19%），不过，阿富汗的种植面积有 183,000 公顷，仍占鸦片非法种植总面积近三分之二。缅甸占总面积的 20%（55,500 公顷），墨西哥占 9%，老挝人民民主共和国占 2%。

2015 年全球鸦片产量比上一年减少了 38%，约为 4,770 吨¹⁴⁴，即 1990 年代后期的水平。这一减少主要是由于阿富汗的鸦片产量下降（比上一年下降了 48%），主要原因在于该国南方各省歉收。

¹⁴⁴ 2015 年数据为初步数据，因为一些较小鸦片生产国尚无资料。本报告假定从 2014 年到 2015 年全球罂粟种植和鸦片生产保持不变。

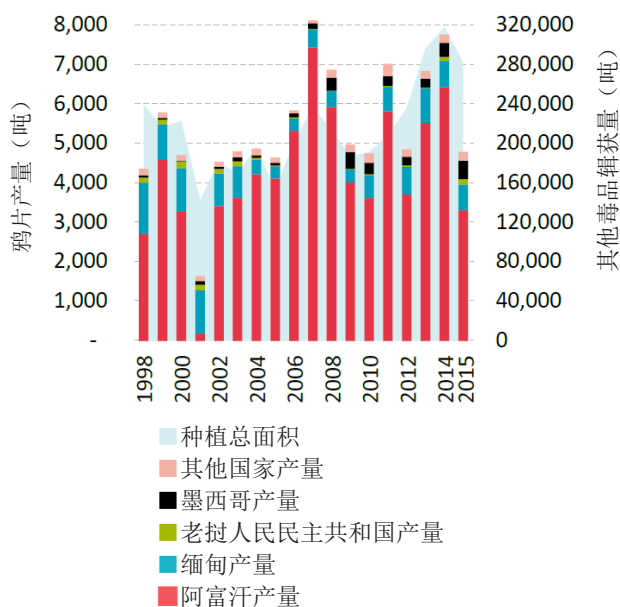
2014-2015 年墨西哥罂粟种植调查初步结果

2014-2015 年期间，墨西哥政府在毒品和犯罪问题办公室的支持下，进行了墨西哥首次罂粟联合调查。估计高达 28,100 公顷的罂粟种植面积主要位于该国西部山区。但应当注意，因方法原因，墨西哥新数据与以前公布数据不具有可比性。

该项目迄今为止未能得出鸦片产量的估计数。本报告用根据美国提供的 2001 年、2002 年和 2003 年数据确定的产量估计数来估算鸦片产量。^a 一旦作物监测项目提供新的产量数据并为鸦片产量估算制定了合适方法，将调整鸦片产量数据。

^a 墨西哥政府尚未证实 2014 年以前美国提供的这些估计数，因为这些估计数并非官方数据，而且该国尚未掌握计算这些估计数所用方法的信息。

图. 27 | 1998-2015 年罂粟种植和鸦片生产



资料来源：计算基于毒品和犯罪问题办公室非法作物监测调查和对年度报告调查表的答复。

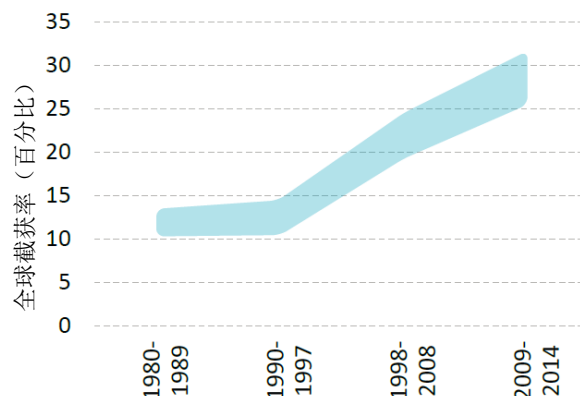
注：2015 年数据是初步数据，因为仍然缺少南美洲一些国家的产量数据。

不过，阿富汗依然是世界上最大的鸦片生产国，约占全球鸦片产量的 70%（3,300 吨）；其次是缅甸，占全球产量的 14%（650 吨）。拉丁美洲的鸦片产量在 1998-2014 年期间翻了一番，达到约 500 吨，占 2015 年全球鸦片产量估计数的近 11%。

从 2015 年生产的 4,770 吨鸦片中扣除消费的鸦片数量估计数后，用 2015 年全球收获罂粟生产的海洛因估计可能达 327 吨（出口纯度）。由于需求一般不会快速发生变化并且关于海洛因缉获量的数据显

示供应较为稳定（见本节论述），有可能向市场供应的海洛因大大高于这个数字。1998 年大会特别会议之后，数据还显示全球阿片剂截获率大幅上升，1990-1997 年至 2009-2014 年期间不止翻了一番。

图. 28 | 1980-2014 年阿片剂全球截获率趋势



资料来源：计算依据的是对年度报告调查表的答复和毒品和犯罪问题办公室的罂粟种植调查。

注：计算方法详见本报告的在线方法部分。

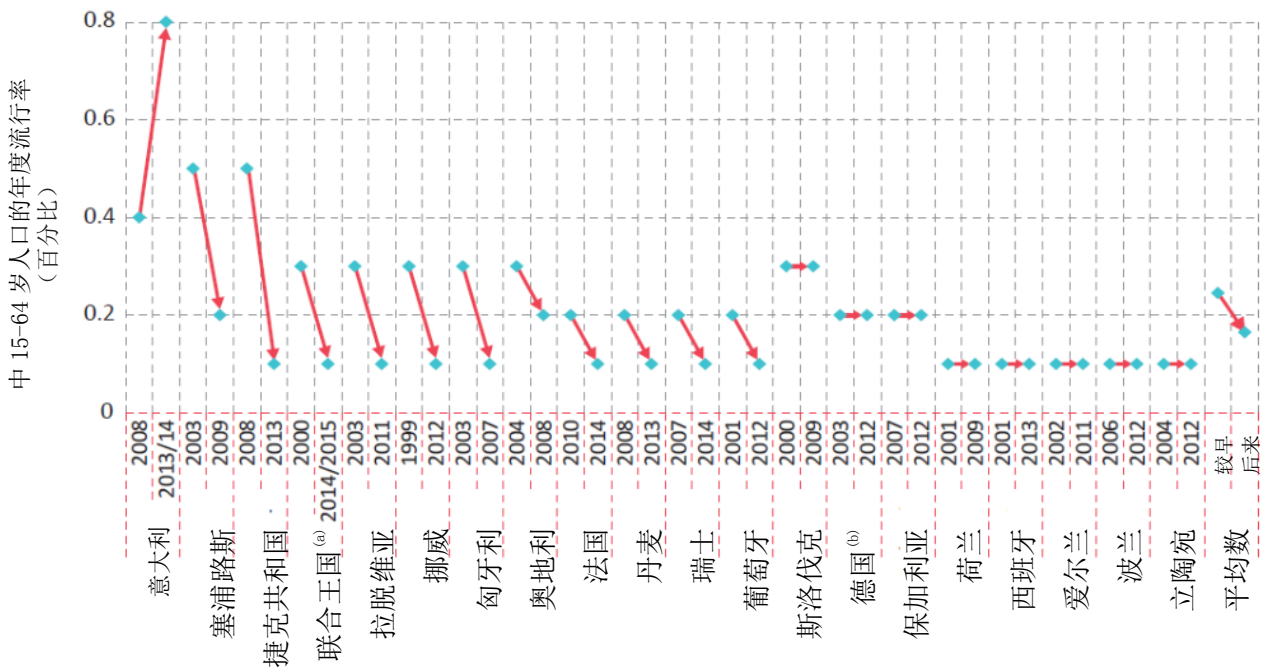
尽管区域变化巨大，但全球阿片剂市场似乎很稳定

毒品和犯罪问题办公室的估计数显示，近年来全球阿片剂（即鸦片、吗啡和海洛因）使用者人数变化不大，2014 年阿片剂吸毒仍涉及全球 15-64 岁人口的大约 0.4%，相当于约 1,700 万人。尽管仍然存在可能掩盖变化的巨大数据缺口，但阿片剂吸毒流行率十多年来没有变化，西亚（0.9%）、中亚（0.8%）、欧洲（0.56%）和北美洲（0.5%）仍相对较高。

有迹象显示，最近西欧和中欧一些市场的海洛因消费有所增加，表明海洛因吸毒的长期减少趋势可能已经结束。事实上，自 1990 年代末期以来海洛因吸毒在西欧和中欧就呈稳定或下降趋势。家庭调查数据尤其反映了这一点，尽管这些数据可能只涵盖了部分海洛因吸毒者。不过，近期缉获大案的增加以及海洛因纯度的提高表明供应可能有所增加。¹⁴⁵

¹⁴⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲警察局，《欧盟毒品市场报告》，深度分析，里斯本和海牙，2016 年，第 73-94 页。

图 29 1999-2014 年部分国家根据欧洲家庭调查的上年度海洛因流行率



(a) 仅英格兰和威尔士；16-59 岁年龄组；(b) 18-64 岁年龄组。

资料来源：对年度报告调查表的答复。

2012-2014 年期间，至少一个欧洲主要海洛因市场（联合王国）^{146,147} 的涉海洛因死亡数量也显著增加。另外，法国问题阿片剂使用者的估计数近年来呈明显增加的趋势。此外，根据家庭调查的意大利海洛因流行率在 2008-2014 年期间大幅上升。

意大利 15 岁男童海洛因吸毒日益增加

有迹象显示，意大利年轻人吸食海洛因的情况可能增加。根据最新青年吸毒状况调查（2015 年），15 岁男童中吸食海洛因的比例在 2015 年翻了一番，达到 2%，尽管 15-19 岁男童和女童中的这一比例略有下降（从 2014 年的 1.3% 下降到 2015 年的 1%）。意大利卫生当局也报告了与吸食海洛因有关的收治数量增加的情况。

2015 年，大麻和兴奋剂的使用略有增加，而可卡因和致幻剂的使用减少了。大约 1.4% 的男性和 0.6% 的女性在过去一年里注射过毒品。

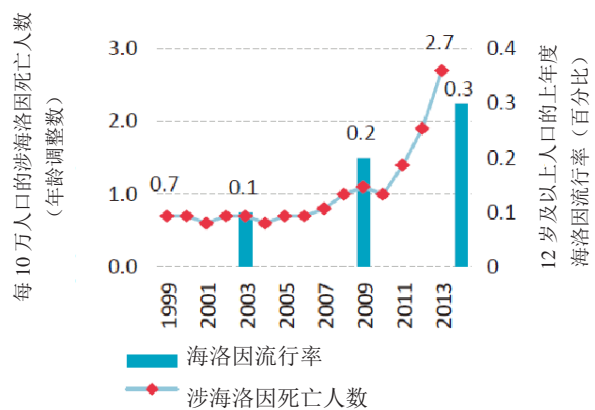
资料来源：Istituto de Fisiologia Clinica del Cnr, 《欧洲学校酒精和其他药物调查项目——意大利的报告》，Pisa, 引自 Corriere Della Sera, “欧洲学校酒精和其他药物调查项目报告——校园毒品：15 岁少年海洛因吸毒日益增加”，2016 年 4 月 8 日。

¹⁴⁶ 国家统计局，《统计公报：在英格兰和威尔士与毒品中毒有关的死亡：2014 年的登记》，2015 年 9 月 3 日。

¹⁴⁷ 苏格兰国家记录，2014 年苏格兰的涉毒死亡，2016 年 3 月 15 日修订。

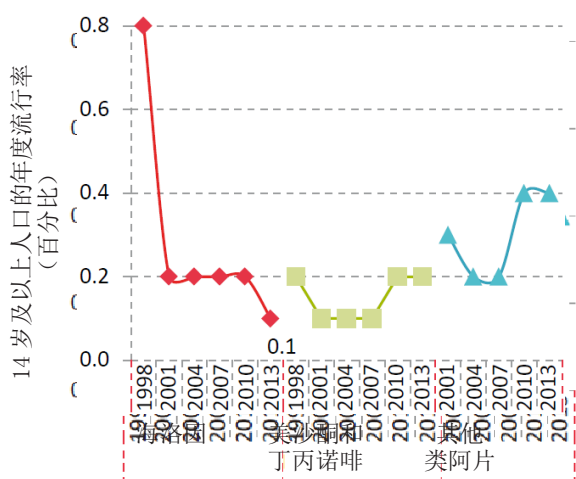
很长时间以来，北美洲的海洛因吸毒一直呈增长趋势；全国家庭调查和涉海洛因死亡人数都反映了这一点。根据向毒品和犯罪问题办公室报告的趋势看法，非洲的阿片剂使用也有所增加。

图 30 1999-2014 年美国上年度海洛因流行率及每 10 万人口的涉海洛因死亡人数



资料来源：美国行为健康统计和质量中心，《美国的行为健康趋势：2014 年全国吸毒与健康调查结果》，卫生和公众服务部出版物 SMA 15-4927 号，《全国吸毒与健康调查系列丛书》H-50 期（马里兰州罗克维尔，2015 年）；以及国家毒品管制政策办公室，《国家药物管制战略：2015 年补充数据》。

图. 31 1998-2013 年澳大利亚上年度阿片剂流行率



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

不过，在 1998-2014 年期间，专家报告的亚洲阿片剂吸毒状况大体保持不变，而大洋洲的阿片剂吸毒则有所减少。大洋洲阿片剂吸毒的减少主要反映了该区域最大的阿片剂市场——澳大利亚的变化，在这里，海洛因上年度流行率从 1998 年 0.8% 的峰值降至 2001 年的 0.2%（在紧锣密鼓的执法活动导致的“海洛因荒”之后），随后到 2013 年进一步降至 0.1%，大大抵消了非医疗使用合成类阿片方面的增长。

西亚仍是阿片剂缉获最多的区域，欧洲次之

2014 年，西南亚的阿片剂缉获量最大，其次是欧洲。在国家一级，2014 年伊朗伊斯兰共和国报告的阿片剂缉获量在全球最大，占全球鸦片缉获量的 75%、全球吗啡缉获量的 61%，全球海洛因缉获量的 17%。继伊朗之后，报告海洛因缉获量较大的国家有土耳其（占全球海洛因缉获量的 16%）、中国（12%）、巴基斯坦（9%）、肯尼亚（7%）、美国（7%）、阿富汗（5%）和俄罗斯联邦（3%）。

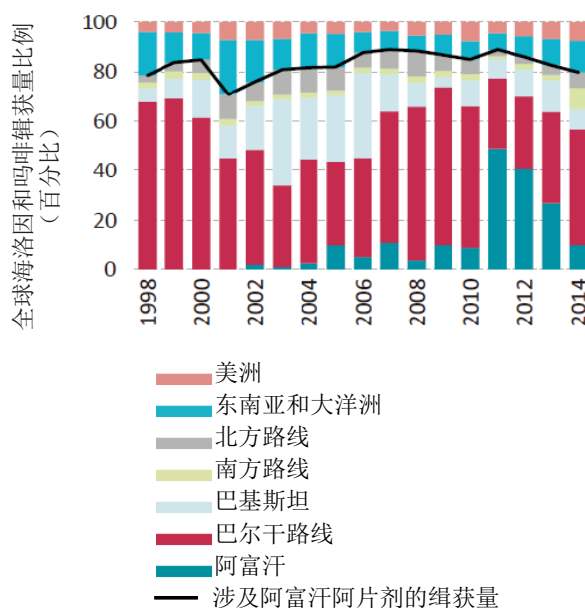
缉获量数据，尽管反映了执法的优先事项和资源，但也表明从东南亚的“金三角”向该区域非法市场贩运的阿片剂增多，以及 2007 年以来从拉丁美洲的非法罂粟种植区向美国贩运的海洛因增多了。涉及阿富汗阿片剂的缉获量占全球阿片剂缉获量的约 80%。所谓的“巴尔干路线”（经由东南欧通过伊朗伊斯兰共和国和土耳其到达西欧和中欧）、所谓的“北方路线”（通过中亚到达俄罗斯联邦）和所

谓的“南方路线”（向南到达海湾地区、南亚和非洲）上的国家近年来报告的阿片剂缉获量有所增加，原因之一是在阿富汗缉获的阿片剂减少了。不过，缉获量数据显示，占全世界海洛因和吗啡缉获总量近一半的巴尔干路线仍是世界上最重要的阿片剂贩运路线。

巴尔干路线是最重要的海洛因贩运渠道

毒品和犯罪问题办公室最近对巴尔干路线阿片剂贩

图. 32 1998-2014 年按贩运路线分列的全球海洛因和吗啡缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

运的一项研究显示，2009-2012 年期间从阿富汗输出的阿片剂大多经巴尔干路线（经由东南欧通过伊朗伊斯兰共和国和土耳其到西欧和中欧）贩运。¹⁴⁸ 2014 年，巴尔干路线的海洛因和吗啡缉获量约为 48 吨，高于 2012 年的 36 吨，但低于 2009 年的峰值 66 吨。虽然巴尔干路线是到西欧和中欧的主要海洛因贩运路线，但并非所有运到此分区域的海洛因都经该路线贩运。例如，联合王国当局报告称，尽管输入该国的海洛因大部分仍经巴尔干路线运到荷兰和法国，然后再装船运往联合王国，但每年也有大量海洛因直接从巴基斯坦空运到联合王国。同样，比利时和意大利报告称，近年有大量海洛因经南方路线贩运。

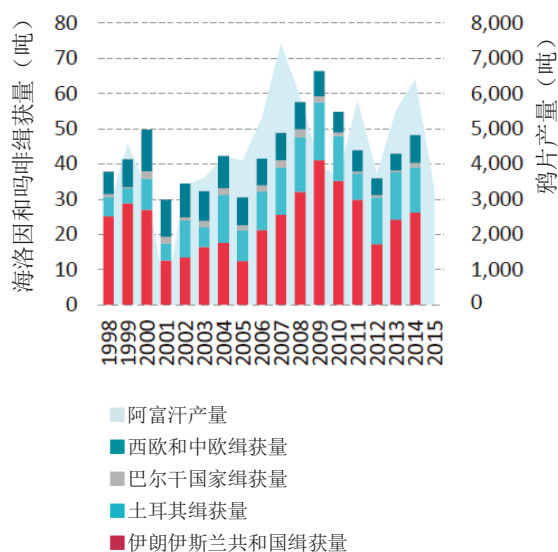
¹⁴⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《毒资：经巴尔干路线贩运阿片剂的非法所得》（维也纳，2015 年），第 72 页。

南方路线日益重要

情报报告证实的缉获量变化显示，近年经南方路线（经海路从巴基斯坦或伊朗伊斯兰共和国到海湾地区、非洲（尤其是东非）、南亚及少量到东南亚、大洋洲和北美洲）的阿富汗阿片剂增多了。¹⁴⁹

¹⁴⁹ 毒品和犯罪问题办公室，《经南方路线的阿富汗阿片剂贩运》（维也纳，2015年6月）。

图. 33 1998-2015年阿富汗鸦片产量和巴尔干路线沿线主要国家的海洛因和吗啡缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室《阿富汗鸦片调查》，2015和前几年；以及对年度报告调查表的答复。

南方路线的主要国家在亚洲、海湾地区及近东和中东邻国以及非洲。1998-2008年至2009-2014年期间，南方路线各国每年报告的海洛因和吗啡缉获量增加逾80%，达到3.6吨。增长的主要原因是非洲（主要是东非）报告的缉获量增加了六倍。南方路线的阿片剂缉获量低于巴尔干路线报告的数量，但2014年缉获了9吨海洛因和吗啡，超过了北方路线的缉获量。鉴于南方路线上许多国家的执法能力有限，这条路线的实际贩运重要性可能大于缉获量所示。

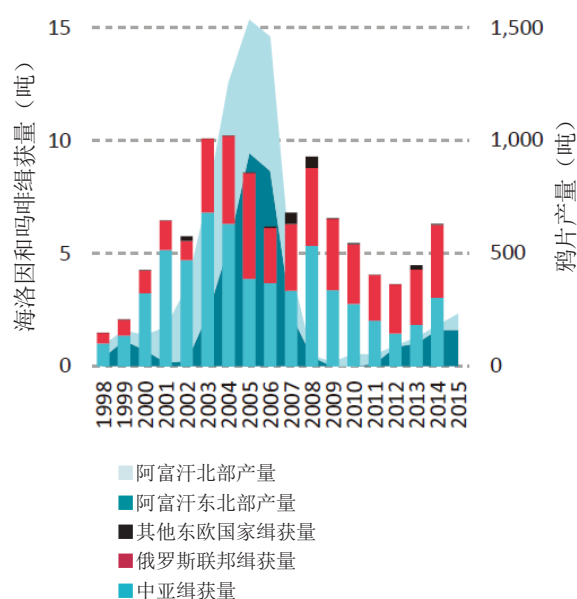
北方路线贩运在2004-2012年衰落后开始复苏

北方路线从阿富汗到中亚邻国、俄罗斯联邦以及独立国家联合体其他国家。传统上，北方路线主要贩运阿富汗东北部和北部各省生产的鸦片，尽管过去十年中该路线也贩运过阿富汗南部生产的鸦片。继1998-2004年期间贩运量随阿富汗北方鸦片产量大增出现强劲上涨后，缉获量在2004-2012年鸦片产量下降的同时有所减少，但随后几年开始回升，2014年达到6.3吨，恢复了2009年报告的水平。

金三角阿片剂贩运呈增长趋势

金三角地区输出阿片剂（主要是海洛因）的缉获量经历了2001-2008年减少之后，自2008年起开始增加，部分原因在于缅甸鸦片产量变化。海洛因和吗啡缉获量从2008年5.7吨低位增至2014年的13吨。

图. 34 1998-2015年阿富汗北部和东北部鸦片产量以及北方路线沿线主要国家和分区域的海洛因和吗啡缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

并非所有在东南亚和大洋洲缉获的阿片剂都来自缅甸。2009-2014年期间，东南亚和大洋洲各国对年度报告调查表的答复提到的所缉获阿片剂来源国或启运国中，阿富汗和巴基斯坦被提及次数占了提及各国总次数的27%，但该比例在2014年降到了11%。

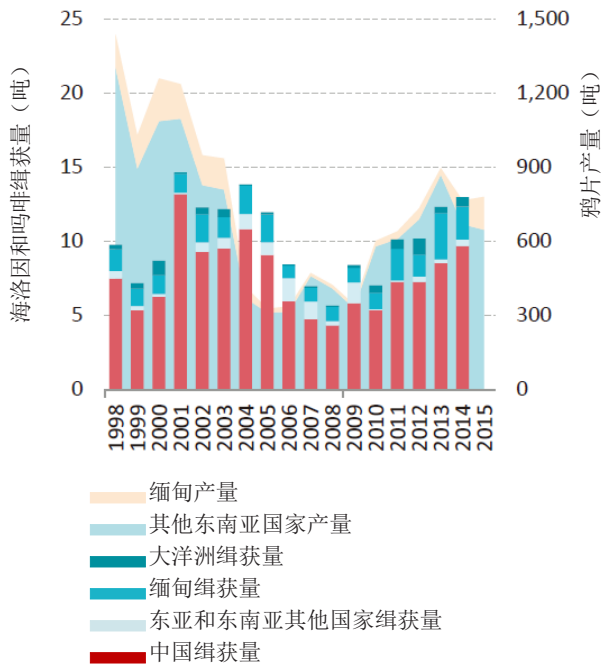
中国提供的数据显示，2010年从东南亚偷运到该国的海洛因比例下降了约70%，而来自阿富汗的海洛因比例上升了近30%。¹⁵⁰2013年来自阿富汗的海洛因比例降到了10%，到2014年，中国不再称阿富汗为其阿片剂主要来源国；其海洛因的“新”主要来源国是缅甸，其次是老挝人民民主共和国和越南。

澳大利亚根据缉获量法医分析报告了类似趋势。传统上，澳大利亚发现的几乎所有海洛因都来自东南亚。来自东南亚的海洛因在2005年占总数的79%，但该比例在2008年降至26%，随后几年有所回升，2014年1月至6月期间达到总数的72%。¹⁵¹

¹⁵⁰ 中国国家禁毒委员会，2011年及之前《中国禁毒报告》；毒品和犯罪问题办公室，《东亚和太平洋的跨国有组织犯罪：威胁评估》（2013年）；以及《阿富汗的阿片剂贩运》。

¹⁵¹ 澳大利亚打击犯罪委员会，《2013-2014年年度报告》（堪培拉，2014年）。

图. 35 1998-2014 年东南亚鸦片产量以及生产所涉及主要国家和地区的海洛因和吗啡缉获量



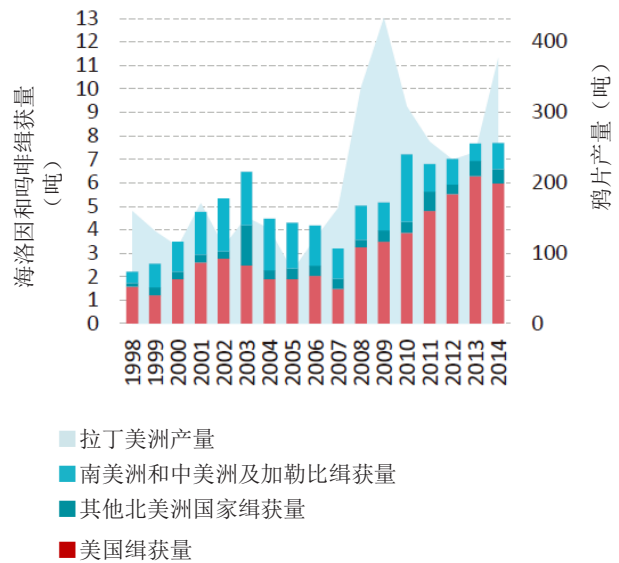
资料来源：毒品和犯罪问题办公室的东南亚鸦片调查；以及对年度报告调查表的答复。

美洲海洛因贩运继续增加

美洲的海洛因和吗啡缉获量从1998-2008年期间的年均4吨增加到2009-2014年期间的年均7吨（2014年为8吨）。与此同时，拉丁美洲报告的鸦片产量翻了一番，从1998-2008年期间的年均151吨增加至2009-2014年期间的年均309吨。

2009-2014年期间，美洲所缉获海洛因和吗啡中70%以上产自美国，而美国的海洛因和吗啡缉获量翻了一番多，从1998-2008年期间的年均约2吨增加到2009-2014年期间的年均5吨（2014年是6吨）。2015年海洛因贩运和吸毒兴起，构成了美国执法机构在毒品方面面临的主要全国威胁（作为主要威胁从2007年占有所有毒品威胁的8%上升至2015年的33%）。¹⁵²

图. 36 1998-2014 年美洲海洛因和吗啡缉获量以及拉丁美洲鸦片产量



资料来源：对年度报告调查表的答复；政府报告。

既然鸦片产量波动不定，海洛因市场又如何？

1998-2014年期间，虽然以鸦片当量（按鸦片产量扣除阿片剂缉获量计算）表示的可消费阿片剂数量每年都大幅波动（某一年可能减少75%以上，而下一年又增加四倍），但阿片剂吸毒人数的变化远没有那么明显。阿片剂吸毒人数似乎与可消费阿片剂的长期线性趋势吻合，而与鸦片供应量的年度增减无关。这怎么解释呢？

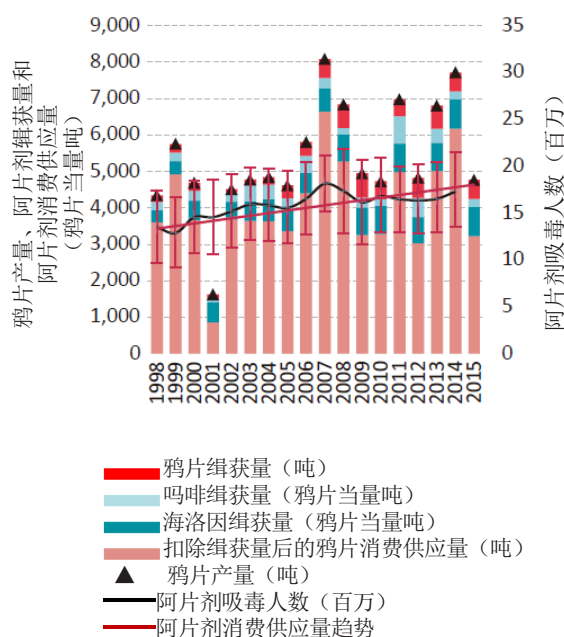
一个假设是吸毒人数随同期鸦片供应量变化，但由于数据有限，阿片剂吸毒人数的估计数并未反映这些变化。另一个假设是阿片剂吸毒人数可能没错，但人均消费量随供应量变化。第三个假设是囤积的库存抹平了同期产量变化。前两个假设主要认为阿片剂消费随同期供应变化而变化，第三个假设认为短期调整表现为供应链库存的变化。

假设 1. 阿片剂吸毒人数随鸦片供应量有规律地变化

阿片剂吸毒估计人数方面有很大误差幅度，该估计人数并不排除这样一种可能性：可能对短期供应变化进行一些调整，但在阿片剂吸毒估计人数中察觉

¹⁵² 《2015 年国家毒品威胁评估摘要》，美国司法部，缉毒局。

图. 37 1998-2015年鸦片产量、阿片剂缉获量、阿片剂消费供应量以及阿片剂吸毒人数



资料来源：计算依据是毒品和犯罪问题办公室的鸦片调查和对年度报告调查表的答复。

注：所用转化率为10公斤鸦片转化为1公斤吗啡或海洛因。2015年是初步估计数；用2014年缉获量数据代表2015年缉获量，用2014年消费量估计数代表2015年消费量。

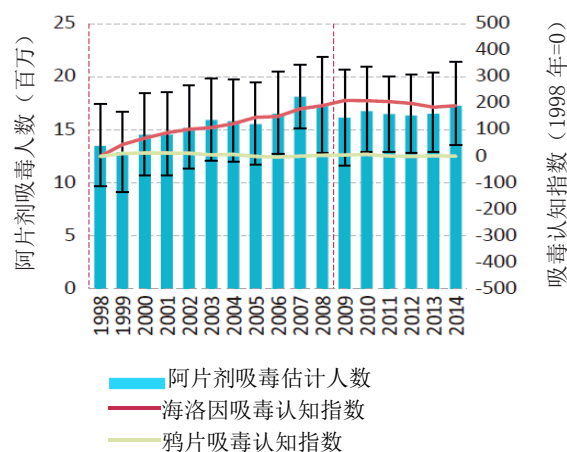
不到。毒品和犯罪问题办公室的估计数以数量有限的报告国为基础，其中大多数国家在欧洲、美洲和大洋洲，非洲的报告很少，亚洲的报告有限。这是一个问题，因为只有可供使用的间接指标（例如注册吸毒者或执法数据），而在亚洲国家（特别是中国和印度），没有针对一些可能庞大的阿片剂市场的定期监测的流行率数据。非洲大多数新兴阿片剂市场也无流行率数据，估计数依据少数国家推断。

不过，应该对涉及准确估计水平的能力的限制加以区分。供应的增加可促使毒贩扩大阿片剂市场，向新市场中新的吸毒者群体售卖阿片剂，但这样一种发展变化很可能反映在阿片剂缉获量中。鉴于阿片剂非常容易使人上瘾，较难想象数百万吸毒者在供应减少的年份会放弃消费阿片剂——并且让人完全察觉不到。

1998-2014年期间，毒品和犯罪问题办公室还从数量要多得多的国家那里获得了趋势数据。将所有回答

转化为一个简单的指数¹⁵³后发现，1998-2014年期间鸦片吸毒基本稳定，这表明经过1998-2008年期间最初一定程度的上升后，海洛因吸毒在2009-2014年期间稳定了下来。此外，这些数据未显示出与上年同期数字相比急剧上升或下降的情况，与阿片剂使用估计数（以及海洛因缉获量趋势）大体一致。

图. 38 1998-2014年上年度阿片剂吸毒人数全球趋势以及海洛因和鸦片吸毒认知指数



资料来源：《世界毒品问题报告》，2000-2016年；毒品和犯罪问题办公室，《全球非法毒品的趋势》，2001-2003年；以及对年度报告调查表的答复。

注：阿片剂吸毒估计人数的不确定区间系由毒品和犯罪问题办公室针对2007-2014年期间计算；2007年以前的数据采用了2007-2014年期间得到的不确定区间平均值。认知指数的更多详情见本报告的在线方法部分。

假设 2. 阿片剂吸毒者通过增减人均消费量而应对供应变化

阿片剂吸毒者可以根据供应量调整其消费模式。1998-2015年期间，可消费阿片剂年增长率六次超过30%，四次超过50%。这样的供应增长幅度很可能导致阿片剂纯度的大幅提高，从而导致特定年份涉毒死亡人数的增加，但并没有这方面的证据。即使是考虑到人体调节能力可能相当强，阿片剂消费的激增仍会导致涉毒死亡人数的增加。

无独有偶，人们还注意到人均阿片剂消费的大幅减少。可消费阿片剂数量与上一年相比四次减少超过30%。有人可能会认为，许多发达国家的替代疗法可能会促使吸毒者从非法海洛因吸毒转向使用可合

¹⁵³ 见本报告的在线方法部分。

法获得的类阿片。不过，这种短期转向替代疗法的情况很可能都记录在案。此外，一旦接受替代疗法，即便又可以获得海洛因，绝大多数治疗对象不会马上恢复海洛因吸毒。另外，没有来自主要消费国的关于近年来可引起此种反应模式的海洛因价格或纯度的同比巨变。同样，应反映此种变化的海洛因缉获量在 1998-2014 年期间呈现出相当平稳的趋势。

假设 3. 库存缓减了每年鸦片产量变化导致的供应波动

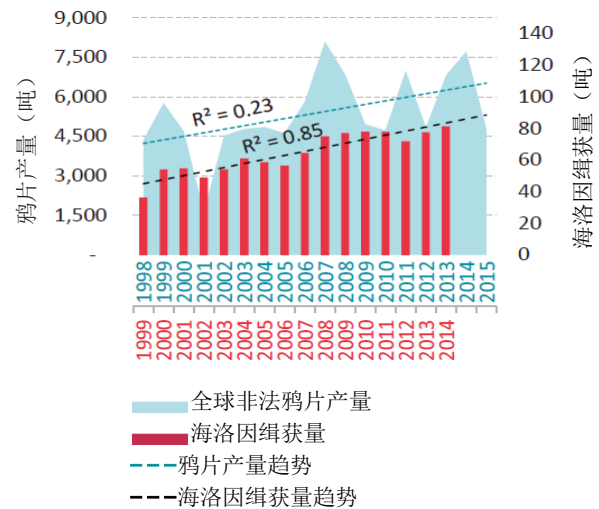
最后，有可能某个特定年份生产的鸦片并非全都用于了实际消费，因此库存会发生变化。这样的库存存在各类交易中都很常见，储存起来的批发物质被用于补充不规律的供应，以满足稳定的需求。另外，众所周知，鸦片可储存数年，并且鸦片库存可作为金融储备以及为投机目的进行囤积。¹⁵⁴

毒品和犯罪问题办公室以及世界银行的几项研究表明阿富汗有鸦片库存，只有在考虑此种库存的情况下才能解释 1998 年以来阿富汗鸦片价格的变化。¹⁵⁵ 鸦片库存的作用在 2001 年表现得最为明显。当时在塔利班控制地区实行了鸦片禁令，导致阿富汗鸦片产量大幅减少，全球鸦片产量减少了 65%。然而，全球消费量并没有减少如此之多，全球海洛因缉获总量也没有减少。甚至在一年之后，即 2002 年，海洛因缉获量仅仅减少了 11%，之后，在 2003 年又回升了。所有这一切只能用以前积累的大量阿富汗鸦片库存来解释，这些库存后来被用于保障向消费市场供应海洛因。因此，年复一年，尽管全球鸦片产量剧烈波动，但海洛因缉获量没有大的变化。

¹⁵⁴ Doris Buddenberg 和 William A. Byrd 编辑，《阿富汗毒品产业：结构、运作、动态和对禁毒政策的影响》（毒品和犯罪问题办公室及世界银行，2006 年）；William A. Byrd，“应对阿富汗鸦片经济挑战：发展方面的经验教训和政策影响”，政策研究工作文件第 4545 号（哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2008 年 3 月）。

¹⁵⁵ 《阿富汗鸦片经济：国际问题》（联合国出版物，出售品编号：E.03.X.6）；William A. 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；《阿富汗毒品产业》：“应对阿富汗鸦片经济挑战”；毒品和犯罪问题办公室及阿富汗禁毒部，《阿富汗鸦片调查：冬季快速评估》（2008 年 2 月）；《2010 年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.10.XI.13）；《毒瘾、犯罪和叛乱：阿富汗鸦片的跨国威胁》。（联合国出版物，出售品编号：E.09.IV.15）；《全球阿富汗鸦片贸易：威胁评估》（联合国出版物，出售品编号：E.11.XI.11）；以及《2014 年世界毒品报告》。

图. 39 | 21998-2015 年非法鸦片产量与下一年海洛因缉获量对比



资料来源：毒品和犯罪问题办公室主要鸦片生产国鸦片调查；以及对年度报告调查表的答复。

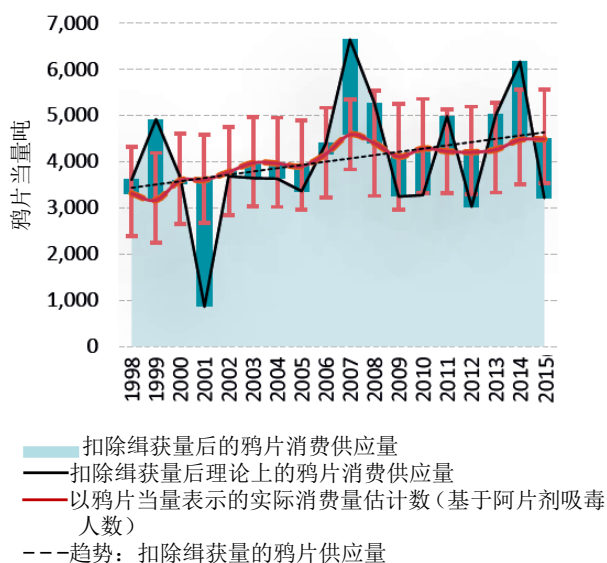
注：1998-2014 年期间与去年同期相比变化的标准差：鸦片产量：0.53；海洛因缉获量：0.14。

海洛因缉获量与阿片剂吸毒人数之间存在很强的相关性（1998-2014 年期间， $r=0.82$ ），暗示了共同的根本原因（供应）。鸦片产量与鸦片缉获量之间也存在正相关关系（ $r=0.63$ ）。不过，鸦片产量与海洛因缉获量之间的关系很弱（ $r=0.45$ ），但一旦鸦片产量与下一年海洛因缉获量相关联，该关系会得到加强（ $r=0.59$ ），这与转化为海洛因的鸦片达到主要消费市场常常要花费一年（甚至更多时间）的报告相符。不过，在鸦片四年平均产量与一年后海洛因缉获量之间存在很强的相关性（ $r=0.81$ ）。

所有这一切都表明进入市场的海洛因供应可能恒定，与某个特定年份鸦片的收成无关。鉴于可保存数年的鸦片的耐久性，有可能大多数库存都是鸦片形式，而不是吗啡或海洛因。鸦片而不是海洛因或吗啡的单项缉获量大也说明了这一点。

图 40 所示模型中鸦片消费供应量的差异表明特定年份对库存的积累或消耗。

图. 40 1998-2015 年阿片剂消费供应量、阿片剂消费量和库存变化模型



资料来源：计算依据是毒品和犯罪问题办公室的鸦片调查以及对年度报告调查表的答复。

注：所用转化率为 10 公斤鸦片转化为 1 公斤吗啡或海洛因。2015 年是初步估计数；用 2014 年缉获量数据代表 2015 年缉获量，用 2014 年消费量估计数代表 2015 年消费量。计算方法详见本报告的在线方法部分。

由于鸦片密度很大，维持这样的库存量似乎并非不可能。与其他常规货物相比，其体积和重量相对较小。2009-2015 年期间，全球年均鸦片产量总计约 5,800 吨（范围：4,730-7,720 吨）。这相当于平均 233 个集装箱（范围：189-309 个集装箱），因为一个 20 英尺的干通用集装箱的容积约为 25 吨。由于最大的现代化集装箱船可容纳超过 19,000 个集装箱，储存全世界一年内所生产的全部鸦片只需要这样一艘船容量的 1.2%（2009-2015 年期间是 1.0-1.6%）。

库存无需由一个人或组织持有；库存可分散在大量参与者手中，包括罂粟种植者、加工点所有者、大中小规模的鸦片贩运者（鸦片生产国境内和境外）或地方军阀。尚无关于阿富汗可能的鸦片库存的最新信息。不过，毒品和犯罪问题办公室以及世界银行 2005 年的研究显示，在拥有库存的时候，罂粟种植者（阿富汗有几十万罂粟种植者）一般会储存 2-10 公斤鸦片作为金融储备，这往往需要几年的积累。研究还显示，收购的鸦片中约有 40% 是待售库存，一直要持有到下次收获前，并且每年购买 2 吨鸦片的大毒贩在过去 4-5 年里可能积累了总共至少 1 吨

的长期库存。¹⁵⁶

2015 年鸦片产量的锐减不大可能导致全球海洛因市场的严重短缺

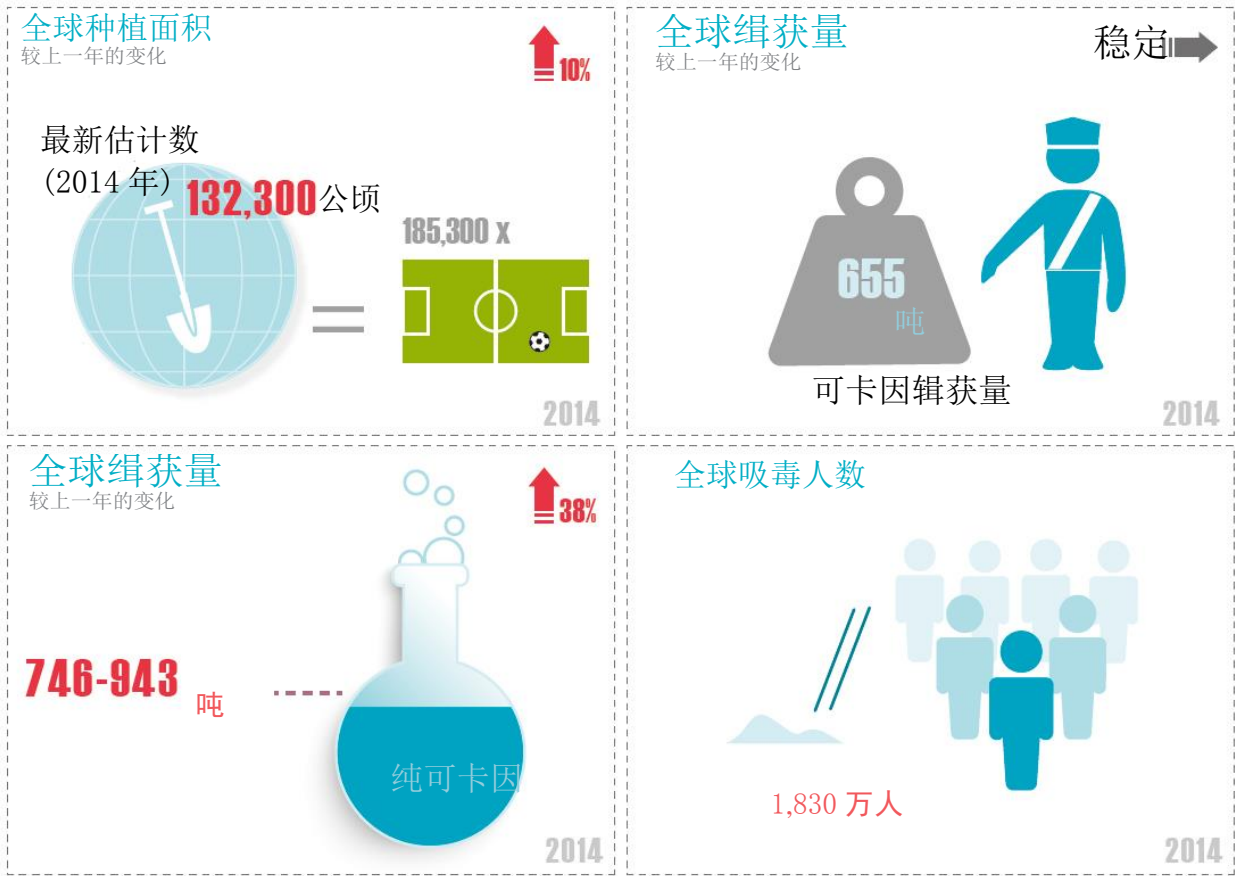
对鸦片供应变化反应模式的三种可能假设都不可能完全被驳倒。事实上，这些假设并不相互排斥。所有这三种假设都有助于解释市场如何对供应变化做出反应。有可能通过阿片剂吸毒人数的变化、人均消费量的增减以及积累或消耗库存来适应供应方面的变化。

2015 年鸦片产量大幅减少了将近 40%，不过，这不太可能导致一年中全球阿片剂吸毒人数或阿片剂人均消费量也减少这么多。似乎更有可能的是前几年所积累的阿片剂库存将被用于保障海洛因的生产（每年需要约 450 吨海洛因来满足年消费），鸦片产量在一段时期内持续减少才有可能对全球海洛因市场产生实际影响。

¹⁵⁶ 《阿富汗毒品产业》，第 86-87 页（见前一脚注）。

可卡因

关键数字



可卡因市场动态

1998年以来古柯树种植大幅减少

虽然 2014 年全球古柯树种植面积比上一年增加了 10%，全球种植总面积为 132,300 公顷，但该年仍是 1980 年代末期以来古柯树种植面积第二少的年份。2014 年全球古柯树种植面积比 2009 年少 19%，比 2000 年的峰值少 40%，比 1998 年少 31%。¹⁵⁷

在三个主要古柯树种植国，哥伦比亚古柯树种植总面积自 2000 年达到峰值后减少的幅度最大(-58%)；种植减少最初与普遍的空中喷洒有关，其次与人工铲除有关，2007 年以后与加大替代发展努力有关。不过，2014 年哥伦比亚古柯树种植总面积出现了强劲增长(44%)，价格也上涨了，并且农民们预计

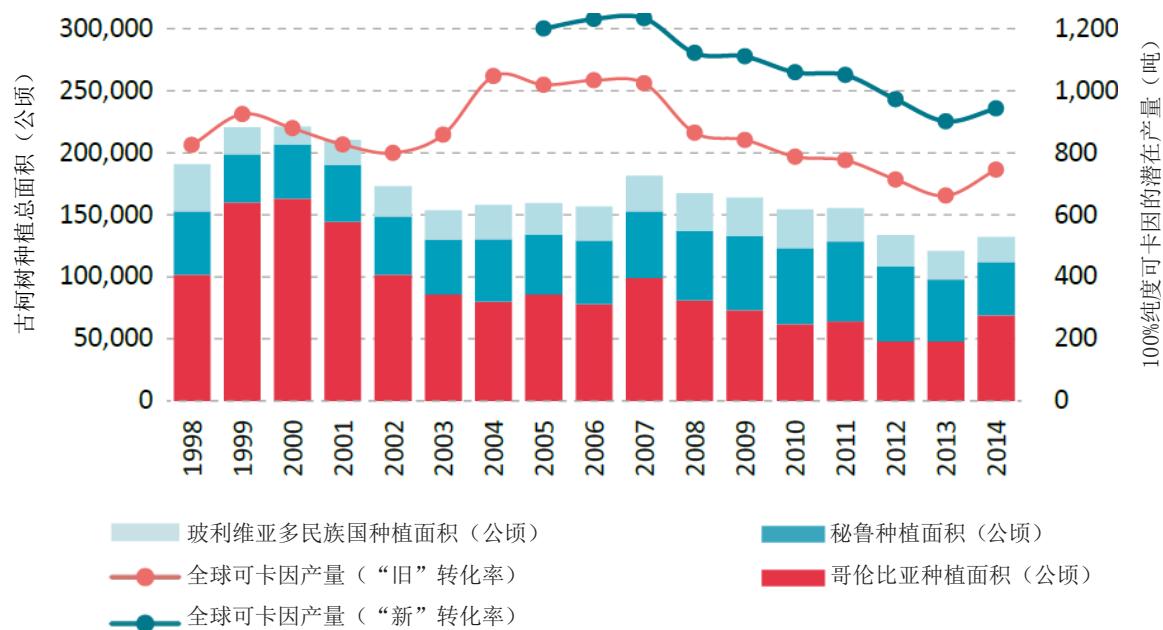
如果在和平谈判期间种植古柯树，则可从替代发展中获益更多。¹⁵⁸还有迹象显示，哥伦比亚古柯树种植方面新出现的上升趋势延续到了 2015 年。2014 年，哥伦比亚古柯树种植总面积共计 69,000 公顷，占全球古柯树种植的 52%。

秘鲁古柯树种植在 1990 年代有所减少，原因涉及古柯糊或可卡碱从秘鲁种植区到哥伦比亚可卡因加工点的所谓“空中桥梁”受到干扰以及因此导致的可卡因价格下降。不过，由于停止采用“空中桥梁”战略以及古柯价格随之上涨，秘鲁古柯树种植在 2000-2011 年期间增长了 44%。2011-2014 年期间，秘鲁古柯树种植总面积再次下降(-31%)。秘鲁古柯树种植面积如今为 42,900 公顷(占全球古柯树种植面积的 32%)，回落到其 2000 年水平。最近的减少可能与实现替代发展及加大铲除工作力度有关。

¹⁵⁷ 在比较数年的平均数时可以发现相同的模式。比较 1990-1997 年期间与 1998-2008 年期间，年均古柯树种植减少了 12%，比较 1998-2008 年期间与 2009-2014 年期间，减少了 19%。

¹⁵⁸ 毒品和犯罪问题办公室及哥伦比亚政府，《哥伦比亚：2014 年古柯种植调查》(波哥大，2015 年 7 月)，第 13 页。

图. 41 1998-2014 年全球古柯树种植和可卡因生产



资料来源：毒品和犯罪问题办公室 2014 年及之前在多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁进行的古柯树种植调查。

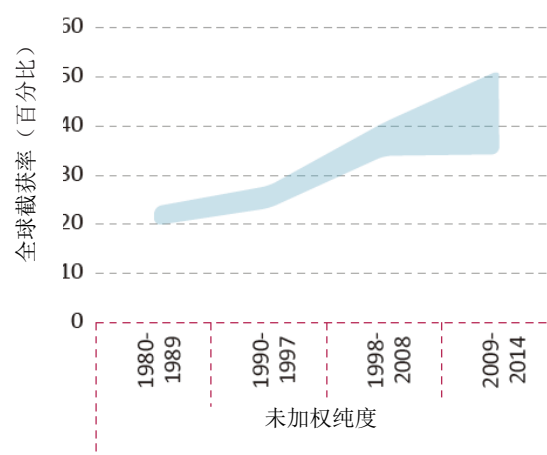
注：见题为“毒品供应状况”的部分关于可卡因转化率的框注（第 21 页）。

多民族玻利维亚国古柯树种植总面积在 1990 年代末期减少了，原因是政府干预力度加大，包括能够依靠强大的外部援助的替代发展形式的干预（《Dignidad 计划》）。不过，其种植总面积在 2000-2010 年翻了一番，随后在 2010-2014 年期间再次下降（下降了 34%）。最近的下降与替代发展努力（在外部援助非常有限的情况下作出的）¹⁵⁹以及当局和工会为将古柯树种植限制在每户 1 凯托(0.16 公顷)以下而向古柯树种植者施加强大的社会压力有关。2014 年，该国古柯树种植总面积（20,400 公顷，占全球总数的 15%）比 1990-1997 年期间的种植总面积少了一半，但仍比 2000 年高 40%。

2014 年全球可卡因产量（以 100% 的纯度表示）估计为 746 吨（利用“旧”转化率）和 943 吨（利用“新”转化率）；这些数值略高于前一年，但仍比 2007 年的峰值低 24-27%，因此回落到了 1990 年代末期报告的水平。不过，有迹象表明 2014 年的总体上升趋势延伸到了 2015 年。

数据显示，基于可卡因产量估计数和可卡因缉获量的全球可卡因截获率在 2014 年达到了 43%-68% 的水平。

图. 42 1980-2014 年全球可卡因截获率



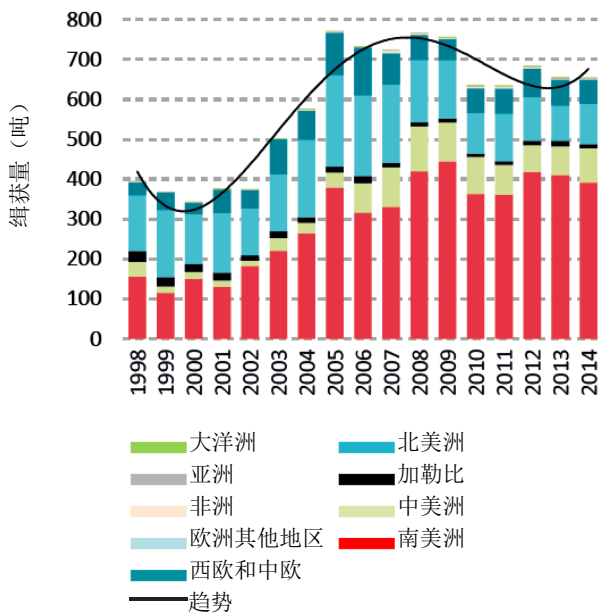
资料来源：毒品和犯罪问题办公室的古柯树种植调查、对年度报告调查表的答复以及政府报告。

注：计算方法详见本报告的在线方法部分。

全球可卡因截获率的上升大都发生在 1998 年之后，当时大会专门为共同应对世界毒品问题举行了第二十届特别会议。全球可卡因截获率在 1990-1997 年期间至 2009-2014 年期间几乎翻了一番。

¹⁵⁹ 《2015 年世界毒品问题报告》，第二章。

图. 43 1998-2014 年各区域可卡因缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：所缉获可卡因形式包括盐酸可卡因、古柯糊和可卡碱以及快克可卡因，没有针对纯度调整缉获量。

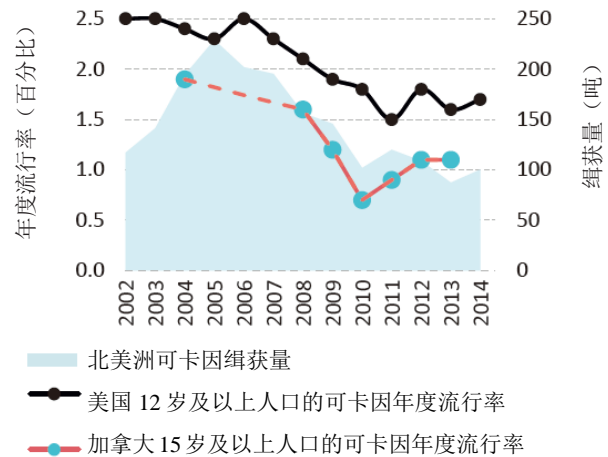
可卡因仍主要从南美洲贩运到北美洲和西欧及中欧

总共 153 个国家在 2009-2014 年期间报告了可卡因缉获量。不过，大多数可卡因贩运仍是从安第斯分区域到北美洲和欧洲。2014 年，大多数可卡因缉获量发生在美洲，占全球可卡因缉获量的 90%（尤其是南美洲（60%））。西欧和中欧的可卡因缉获量占全球可卡因缉获量的 9%。

南美洲可卡因贩运的稳定化

1998-2014 年期间南美洲可卡因缉获总量翻了一番多（2014 年达到 392 吨），但最近的数据显示趋于平稳。2009-2014 年期间，哥伦比亚占南美洲可卡因缉获总量的 56%（占全球可卡因缉获量三分之一以上）；其次是厄瓜多尔（占南美洲可卡因缉获总量的 10%）、巴西（约占 7%）、多民族玻利维亚国（约占 7%）、秘鲁（约占 7%）和委内瑞拉玻利瓦尔共和国（6%）。1998-2008 年期间至 2009-2014 年期间厄瓜多尔可卡因缉获量的增加尤其明显，这与紧锣密鼓的执法活动有关。巴西可卡因缉获量的增加是执法工作加强、国内可卡因市场增长以及运往海外的可卡因增多的共同结果。

图. 44 2002-2014 年北美洲可卡因缉获量及加拿大和美国上年度可卡因流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复，美国全国家庭药物使用与健康调查以及加拿大吸烟、酗酒和吸毒调查。

注：以 2002 年数据为基准数据，因为美国全国家庭调查在 1998-2002 年期间几度改变方法。

经过一次下滑后北美洲可卡因近年来大体稳定

多年来，北美洲一直是世界最大的可卡因市场。由于哥伦比亚可卡因产量下降以及与墨西哥贩毒集团有关的暴力活动增加，¹⁶⁰ 向加拿大和美国供应的可卡因减少了。这使得可卡因的按纯度调整的价格上涨并导致消费减少。美国普通人群上年度可卡因流行率在 2006-2014 年期间减少了 32%，涉可卡因死亡人数在 2006-2013 年（有数据的最近一年）期间减少了 34%，与吸食可卡因有关的收治数量在 2006-2012 年（有数据的最近一年）期间减少了 54%，¹⁶¹ 普通劳动者尿检时可卡因呈阳性的据报告在 2006-2014 年期间也减少了 66%。同一时期，北美洲可卡因缉获量减少了约 50%，为 100 吨。

2009-2014 年期间，美国（占北美洲缉获量的 90%）、墨西哥（8%）和加拿大（2%）报告了北美洲最大的可卡因缉获量。2009-2014 年期间，美国占全球可卡因缉获量的 15%，仅次于哥伦比亚。

根据缉毒局的可卡因特征程序，¹⁶² 超过 90% 贩运到北美洲的可卡因来自哥伦比亚。可卡因通常由船或半潜式船只直接偷运到墨西哥或经由中美洲偷运到墨西哥，然后由陆路运至美国和加拿大。驻扎在墨

¹⁶⁰ 另见关于暴力问题的第二章。

¹⁶¹ 《2015 年国家毒品威胁评估摘要》（见脚注 30）。

¹⁶² 同上。

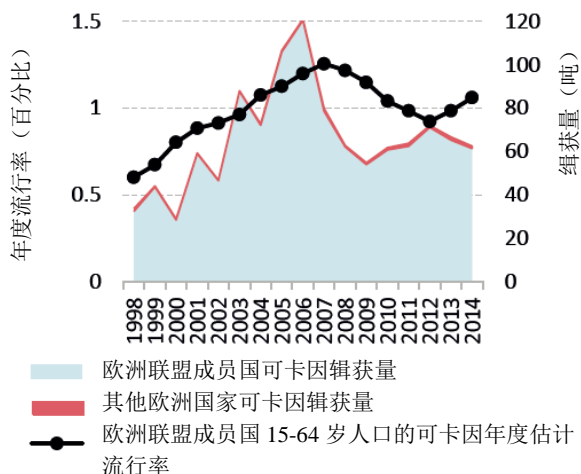
西哥的有组织犯罪集团仍然控制着跨越边界进入美国的可卡因运输以及美国的大规模可卡因运输，向当地的有组织犯罪集团供货。尽管可卡因的数量在下降，但美国对 2014 年的估计数显示，87%的可卡因仍然通过中美洲—墨西哥走廊运输，而约 13%的进入美国的可卡因是通过加勒比分区域，主要经由多米尼加共和国和波多黎各。¹⁶³

欧洲可卡因市场正日渐萧条

1998-2006 年期间，与欧洲可卡因市场大幅增长的报告一致，欧洲可卡因缉获量翻了两番，达到约 120 吨，随后在 2014 年降至 62 吨。2009-2014 年期间，欧洲联盟成员国占欧洲可卡因截获总量的 98%。

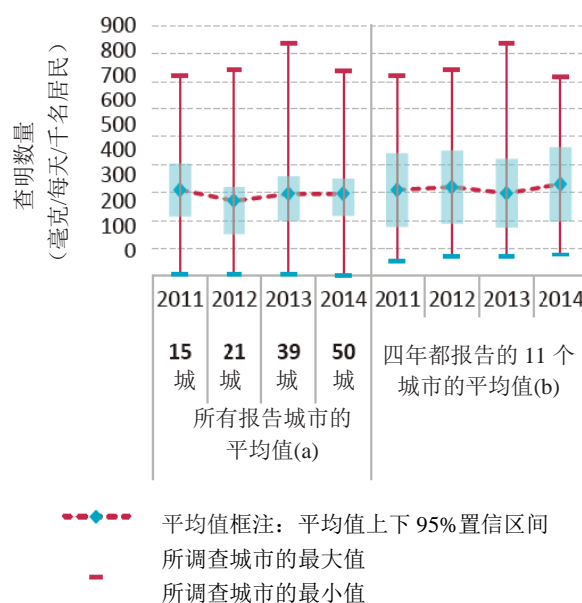
欧洲联盟成员国可卡因流行率从 2007 年的峰值下降了，如今相当稳定，占 15-64 岁人口的约 1%。不过，这掩盖了分区域和国家层面的趋势和模式；尤其是，几个西欧国家可卡因流行率一般要高于平均水平，而欧洲其他地区则较低，可卡因流行率高的几个国家呈下降趋势，而一些流行率低的较小国家则呈上升趋势。

图. 45 | 1998-2014 年欧洲可卡因缉获量和欧洲联盟成员国上年度可卡因流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复及来自欧洲毒品和毒瘾监测中心的数据。

图. 46 | 2011-2014 年 67 个欧洲城市废水中发现的苯甲酰爱康宁（一种可卡因代谢物）：平均数和范围



资料来源：欧洲废水分析核心小组（SCORE）。

注：(a)这些城市在下列国家：比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、克罗地亚、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、意大利、荷兰、挪威、葡萄牙、塞尔维亚、斯洛伐克、西班牙、瑞典、瑞士和联合王国。各城市分析以 7 天内废水中发现的苯甲酰爱康宁的数量为基础，按废水排水区的人口进行加权计算。(b)位于比利时、克罗地亚、法国、意大利、荷兰、挪威和西班牙的每年提交报告的 11 个位于废水排水区的城市的人口加权平均数。

根据西欧、中欧和东南欧 20 个国家 67 个城市提供的信息对废水中的甲酰爱康宁——一种可卡因代谢物——进行的分析表明，各个城市在可卡因消费量和趋势方面存在明显差异，还表明 2011-2014 年期间可卡因的消费水平总体稳定。¹⁶⁴

在主要古柯生产国中，运往欧洲的可卡因主要来源国或启运国仍是哥伦比亚（2009-2014 年期间年度报告调查表中欧洲国家 42% 的回复中提到了哥伦比亚），其次是秘鲁（31%）和多民族玻利维亚国。不过，与 1998-2008 年期间相比，哥伦比亚可卡因在欧洲的重要性一直在降低。

2009-2014 年期间，最常被提及的欧洲以外的可卡因启运国是巴西，其次是哥伦比亚、厄瓜多尔、多米尼加共和国、阿根廷和哥斯达黎加。对年度报告调查表的答复中有 10% 提到了 2009-2014 年期间欧洲

¹⁶³ 同上。第 55-63 页。

¹⁶⁴ 关于分析中所用数据以及计算详情，见本报告的在线方法部分。

以外作为过境国的非洲国家（主要在西非）。欧洲的主要入境点是伊比利亚半岛上的国家，尤其是西班牙，其次是荷兰和比利时。

经由非洲的可卡因贩运可能正卷土重来

非洲的可卡因缉获量从 1998 年的 0.8 吨增加至 2007 年的 5.5 吨，反映了西非作为一个过境地区正在以飞快的速度变得日益重要。2014 年，非洲的可卡因缉获量降至 1.9 吨。鉴于执法能力有限，2014 年缉获量的下降不一定反映了非洲可卡因贩运的减少，不过在缉获量减少的同时，提及非洲为过境地区的欧洲报告也减少了。与此同时，情况有可能再次发生了变化：2014 年 12 月至 2016 年 3 月期间，在南美洲经由西非到达欧洲的路线上缉获了至少 22 吨可卡因，但缉获大都发生在非洲之外。¹⁶⁵

2009-2014 年期间，西非占非洲可卡因缉获总量的比例升至 78%；北非占非洲可卡因缉获量的 11%。佛得角报告的可卡因缉获量最大，其次是冈比亚、尼日利亚和加纳。

供应非洲的可卡因常常来自巴西（在 2009-2014 年期间非洲国家对年度报告调查表的回复中，提及巴西的次数占提及南美洲国家总次数的 51%）、哥伦比亚（18%）、秘鲁（13%）和智利（9%）。作为非洲境内可卡因启运国或过境国最常被（其他非洲国家）提及的非洲国家是尼日利亚，其次是加纳、马里和几内亚。

贩运到非洲的可卡因的主要最终目的地国在欧洲（占提及总次数的 58%；尤其是意大利、西班牙、法国、联合王国和荷兰）、非洲（26%）、北美洲（尤其是美国（12%））和亚洲（3%，尤其是中国和马来西亚）。经非洲的可卡因货物大多数都空运出了该区域。近年来，从尼日利亚运往其他国家的可卡因货物中 50-70% 都空运出了该国，20% 沿陆路出境运往了邻国，5% 船运出去了；比较而言，报告

指出，从加纳离境的可卡因货物中 61% 系船运出境，39% 为空运出境。

偷运到亚洲的可卡因有增多的迹象

亚洲的可卡因缉获量从 1998-2008 年期间的年均 0.4 吨上升至 2009-2014 年的 1.5 吨，增加了两倍，这与较为发达的亚洲国家上流社会中可卡因消费开始增多的迹象相符。

2009-2014 年期间亚洲的可卡因缉获大都发生在东亚和东南亚（59%）以及中东（39%）。不过，2014 年，中东的可卡因缉获量上升到了 49%。

2009-2014 年期间作为运往亚洲的可卡因货物来源国、启运国和过境国而最经常被提及的拉丁美洲国家是巴西，其次是哥伦比亚、秘鲁、多民族玻利维亚国、阿根廷和墨西哥。被用作过境国的非洲国家主要是尼日利亚和南非，亚洲启运国和过境国大都在中东（阿拉伯联合酋长国，其次是约旦和黎巴嫩）以及南亚和东南亚（泰国，其次是马来西亚、菲律宾和印度）。最经常被提及的亚洲最终目的地是以色列，其次是中国。

大洋洲可卡因市场在过去十年快速增长

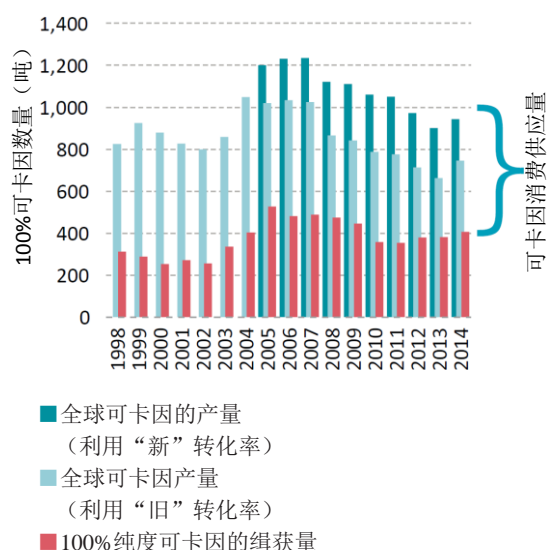
大洋洲可卡因缉获量翻了一番多，从 1998-2008 年期间的年均 0.5 吨增加至 2009-2014 年期间 1.2 吨，澳大利亚占 1998-2014 年期间该区域可卡因缉获总量的 99%。缉获量的增长与可卡因流行率快速提高的报告一致：澳大利亚普通人群（14 岁及以上）的上年度可卡因流行率从 2004 年的 1% 上升到 2010 年的 2.1%，提高了一倍，2013 年维持在这一水平。

全球可卡因市场在萎缩？

1998-2014 年期间，估计全球古柯树种植减少了逾 30%——自 2000 年达到峰值后减少了 40%。可卡因产量估计数的减少远没那么明显，反映出产量和安第斯分区域加工点效率的提高。1998-2014 年期间，按照“旧”转化率（对这两个年份都有效）计算，可卡因产量减少了 10%，但对比基于“新”转化率的 2014 年估计数与 1998 年估计数（基于“旧”转化率在 1998 年也许依然正确的假设）表明，可卡因产量略有提高（1998-2014 年期间提高了约 14%）。

¹⁶⁵ 毒品和犯罪问题办公室西非和中非区域办事处在 2016 年 2 月报告了下述情况：在 2015 年靠近佛得角的两次行动中，西班牙当局缉获了约 3 吨可卡因；2015 年 3 月，玻利维亚当局逮捕了两名西非人，缉获了 5.9 吨正运往西非国家（主要是加纳和布基纳法索）的可卡因；2016 年年初，在毛里塔尼亚缉获了超过 1.4 吨可卡因；2016 年 1 月，玻利维亚当局报告缉获了 8 吨经由阿根廷和乌拉圭运往西非（科特迪瓦）的可卡因（隐藏在 80 吨硫酸钡中）；2015 年在贝宁（将近 0.3 吨）、冈比亚（0.2 吨）和几内亚（81 公斤）缉获了不到 1 吨的可卡因货物——主要由尼日利亚犯罪集团组织从巴西发运。

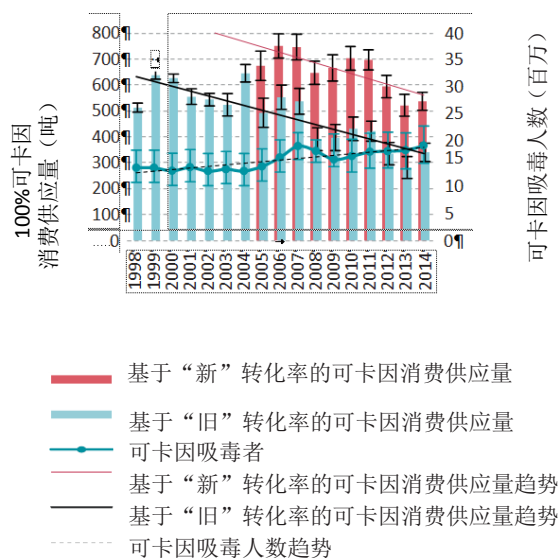
图. 47 1998-2014 年全球可卡因产量和缉获量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室 2014 年及往年在多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁进行的古柯树种植调查。

注：正如产量以纯可卡因当量显示一样，报告缉获量为纯度调整数。向毒品和犯罪问题办公室报告的单项缉获量指所缉获的可卡因（以数量计）99%以上在批发层面截获。因此缉获量按照批发时纯度进行了调整，以纯可卡因数量表示。

图. 48 1998-2014 年可卡因消费供应量



资料来源：毒品和犯罪问题办公室在 2014 年及往年进行的古柯树种植调查、对年度报告调查表的答复以及政府报告。

可卡因产量扣除纯度调整缉获量后的数量减少表明可卡因长期消费供应量有所减少，这与估计数基于“旧”或“新”可卡因转化率无关。

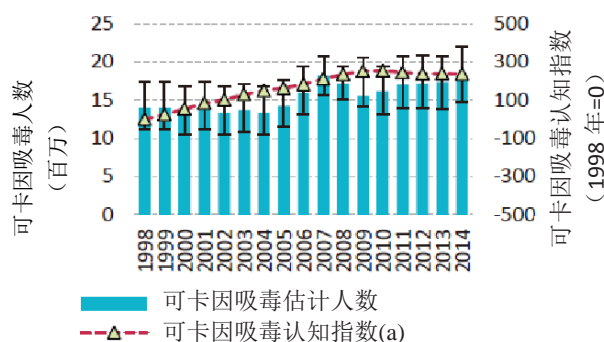
与此同时，1998-2014 年期间，全球 15-64 岁人口的上年度可卡因流行率仍大体稳定，在 0.3% 和 0.4% 之间波动，而可卡因吸毒人数从 1998 年的约 1,400 万增加到 2014 年的 1,830 万（增加了 30%）。可卡因吸毒人数的增加可归因于人口增长。

1998-2014 年期间可卡因消费供应量减少了，而同一时期（2007-2014 年期间吸毒人数大体稳定）可卡因吸毒人数增加了（30%），这似乎有点矛盾。三个不同的假设可能有助于解释这一发展变化。

假设 1. 可卡因吸毒人数没有增长

一个假设可能是 1998-2014 年期间可卡因吸毒人数实际上并未增长，并且 2007-2014 年期间该数字甚至有可能下降了。流行率估计数的误差幅度很大，主要反映了非洲和亚洲可靠信息的缺乏；因此，不能彻底排除 1998-2014 年期间可卡因吸毒人数没有增长的可能性。不过，该假设未得到会员国报告的感知吸毒情况数据的支持，数据表明可卡因吸毒（包括在非洲和亚洲）呈明显增长趋势，尤其是在 1998-2008 年期间，随后自 2009 年以来是一段稳定化和小幅下降的时期。

图. 49 1998-2014 年全球上年度可卡因吸毒人数趋势以及可卡因吸毒认知指数



资料来源：《世界毒品问题报告》，2000-2016 年；毒品和犯罪问题办公室，《全球非法毒品的趋势》，2001-2003 年；以及对年度报告调查表的答复。

注：关于认知指数的更多详情，见本报告在线方法部分。

假设 2. 可卡因吸毒者人均消费量减少（从成熟市场转向新兴市场）

另一个假设是可卡因吸毒者人均消费量可能减少了，一些指标与这一假设相符。

表 2 1998 年、2007 年和 2014 年可卡因吸毒者人均纯可卡因消费量

年份	可卡因消费供应量 (吨)	(每年) 可卡因吸毒人数 (百万)	每名吸毒者年均纯可卡因消费量 (克)
1998 年	512	14.0	36.6
2007 年	747	18.2	41.0
2014 年	537	18.8	28.6

资料来源：毒品和犯罪问题办公室根据会员国提供的信息进行的计算。

可卡因吸毒群体的构成似乎发生了变化，由于地理变化，偶然吸毒人数相对于频繁吸毒者或有毒瘾吸毒人数有所上升。

表 2 可卡因消费供应量和可卡因吸毒人数显示了每名可卡因吸毒者的可卡因平均消费量在 1998-2007 年期间有所增加，从每名吸毒者 37 克增加到 41 克，随后到 2014 年减少到每名吸毒者 29 克。¹⁶⁶

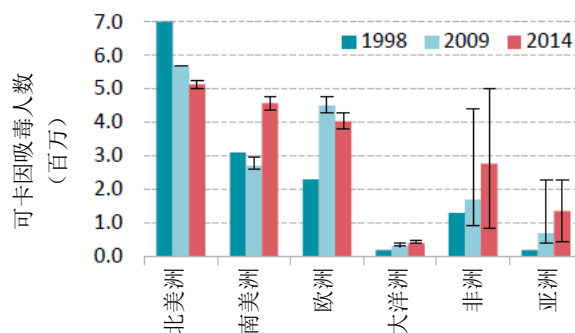
人均消费量的此种变化有可能发生，因为在人均消费量高的成熟市场上可卡因吸毒减少了，在人均消费量仍低的新兴市场上可卡因吸毒增加了，因为在新兴市场上可卡因流行仍处在早期阶段。

2007-2014 年期间，可卡因吸毒人数在北美洲显著减少，在欧洲减少的不那么明显。相反，在南美洲新兴市场上可以发现可卡因吸毒的增加，尤其是在 2009-2014 年期间，在大洋洲以及，很有可能，在非洲和亚洲（尽管对于这两个区域来说数量证据很弱）也是如此。

毒品和犯罪问题办公室根据 2002-2003 年期间数据对非法毒品市场的零售和批发价值所作的一项分析¹⁶⁷显示，北美洲人均可卡因消费量（每名吸毒者 44 克）高于全球平均数（每名吸毒者 37 克）。在人均消费量低于全球平均数的其他区域，可卡因吸毒有所增加。这意味着大量可卡因消费集中在北美洲，在美国因吸食可卡因而接受治疗的吸毒者比例相对较高以及可卡因致死者比例较高间接证实了

这一点。这很重要，因为——与此同时——北美洲指数表明，过去十年里不论是就为娱乐目的吸食可卡因而言，还是就大量吸食可卡因而言，可卡因吸毒都大幅减少了。美国估计数显示，上个月有四天或四天以上消费可卡因的“长期可卡因吸毒”人数在 2006-2010 年期间减少了 22%¹⁶⁸（即几乎与这一期间上年度可卡因吸毒总人数一样多），并且随后几年没有向相反方向发展变化的迹象。¹⁶⁹

图. 50 1998-2014 年各区域上年度可卡因吸毒人数



资料来源：《世界毒品问题报告》（各年度）。

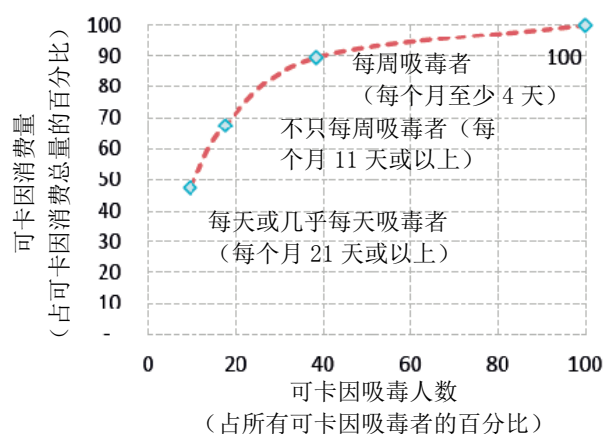
¹⁶⁶ 这样的水平与以前毒品和犯罪问题办公室的调查结果相似。根据 2002-2003 年期间的数据进行的一项关于非法毒品市场价值研究得出全球范围内每名吸毒者人均消费的纯可卡因水平是 37 克（《2005 年世界毒品报告》，第 1 卷：分析（联合国出版物，出售品编号：E.05.XI.10），表 3，第 131 页）。毒品和犯罪问题办公室指出全球范围内每名吸毒者人均消费量减少到了 30 克（《2010 年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.10.XI.13），表 8，第 71 页）。

¹⁶⁷ 《2005 年世界毒品报告》，表 3，第 131 页。

¹⁶⁸ Beau Kilmer 等人，《美国吸毒者的非法毒品花费：2000-2010 年》，《研究报告丛书》，RR-534-ONDCP 号文件（加利福尼亚州圣塔莫尼卡，兰德公司，2014 年），第 5 页。

¹⁶⁹ 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，《2014 年全国吸毒与健康调查结果：详表》（马里兰州罗克维尔，2015 年），表 7.2A。

图 51 2010 年美国可卡因消费的分布



资料来源：毒品和犯罪问题办公室基于 ONDCP 计算，《美国吸毒者的非法毒品花费：2000-2010 年》，2014 年 2 月。

重度可卡因吸毒者尽管只占吸毒总人数的一小部分，却消费了大部分可卡因。早些时候的美国可卡因市场分析显示，可卡因呈柏拉图分布，四分之一可卡因吸毒者消费了三分之二可卡因。¹⁷⁰最近的最新数字¹⁷¹显示，不只每周消费可卡因的吸毒者（2010 年占所有可卡因吸毒者的 18%）占 2010 年美洲可卡因消费总量的三分之二。

因此，重度可卡因吸毒人数的减少能够有效缩小可卡因市场。美国最近的一项研究显示，2000-2010 年期间（主要是 2006-2010 年期间），可卡因的消费和在可卡因上的花费减少了 50%。高频率可卡因吸毒者（“不只每周”吸毒者）这个小群体中花费的减少占 2000-2010 年期间支出以及可卡因消费减少总数的大约 75%。¹⁷²美国的变化有可能影响了全球可卡因市场的规模，从而影响了全球人均消费水平。

假设 3. 供应方面的估计数不准确

不能排除可卡因产量估计不准确的可能性。事实上，就可卡因产量估计数而言确实存在了解不够的情况，这一点早就得到了毒品和犯罪问题办公室的承认。关于可卡因生产总量的“准确”估计数可能存在争论，但 1998-2014 年期间可卡因产量大幅增长

似乎不大可能。首先，除了安第斯分区域中的那些，过去二十年里不大可能出现了任何新的古柯种植园；如果出现了，对这样一种发展变化不会完全没有察觉。其次，安第斯分区域的古柯树种植总面积的规模减少了（超过 30%），正如经过科学验证的遥感调查所显示的。即使产量有变化并且加工点的效率提高了，可卡因总产量也不可能增加逾 30%（与可卡因吸毒人数的增长相对应）。

不应满足于全球可卡因市场的萎缩

在分析了所有三种假设后，最大的可能是全球可卡因市场的确一直在萎缩，其原因是主要与安第斯分区域可卡因产量减少有关的可卡因消费供应的减少以及北美洲以及一定程度上欧洲可卡因消费的减少。如果正如可卡因吸毒流行率估计数所显示，可卡因吸毒人数没有减少，那么如今人均消费的可卡因比前些年少了。

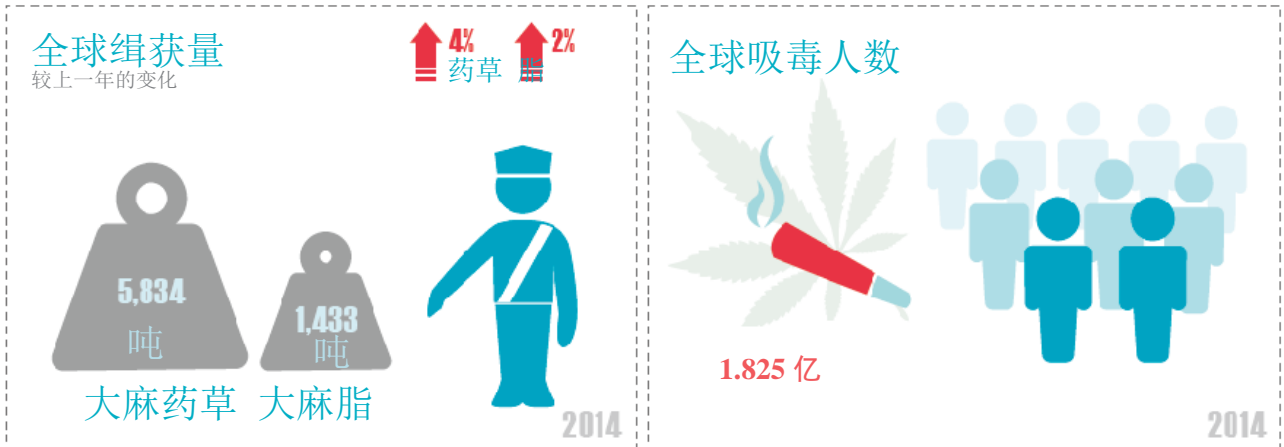
短期内其最终结果应是在减少涉毒犯罪方面是积极的，在健康影响方面是消极的，因为重度可卡因吸毒者占吸食可卡因造成的伤害的大多数。不过，由于全世界体验可卡因的人数增多，尤其是在发展中国家，其中一部分人可能最终会发展为重度吸毒者，这从一些国家出现的模式中已经可以看出来。由于许多如今正在兴起可卡因消费的国家没有应对此种问题的卫生和社会基础设施，绝不应对全球可卡因市场的萎缩感到自满。此外，全球可卡因产量的总体下降趋势可能已经结束，这加大了许多发展中国家的脆弱性。

¹⁷⁰ 美国总统行政办公室，《国家药物管制战略：1996 年》（哥伦比亚特区华盛顿，国家毒品管制政策办公室，1996 年），第 25 页和前面几页。

¹⁷¹ 《美国吸毒者的非法毒品花费》（见脚注 168）。

¹⁷² 同上，第 34 页。

大麻
关键数字



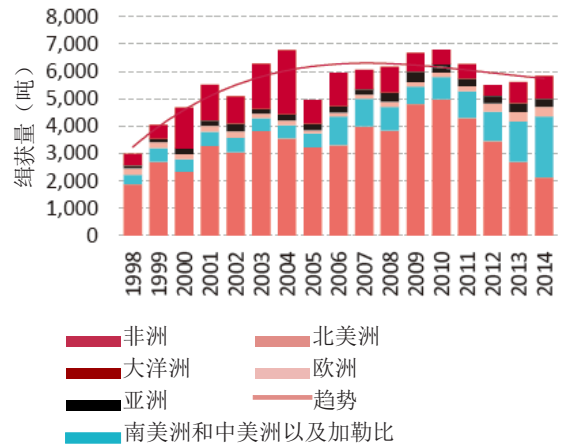
大麻市场动态

全球最广泛种植、生产、贩运和消费的毒品仍是大麻

2009-2014 年期间有 129 个国家领土报告了大麻植株的种植——通过直接指标（种植或铲除大麻植株）或通过间接指标（大麻植株缉获量，作为缉获来源指出的国内大麻产量等）。然而，鉴于缺乏系统测量，大麻种植和生产范围和趋势难以估计。大多数间接指标来自执法当局，在一定程度上反映了其优先事项和活动，¹⁷³ 并不只是反映存在大麻种植和生产。1998 年以来，铲除大麻植株的总面积（以公顷表示）尽管有波动，但实际上是减少了，正如大麻植株缉获量一样。这些趋势与大麻药草和大麻脂的缉获量形成对比，大麻药草和大麻脂的缉获量在 1998-2004 年期间增长了两倍后保持大体稳定。

2009-2014 年期间成员国关于大麻脂来源国的报告显示，世界最大的大麻脂生产国仍然是摩洛哥，其次是阿富汗，以及少量生产的黎巴嫩、印度和巴基斯坦。利用大麻缉获量（反映执法活动，以及大麻产量）、当地大麻市场规模（根据吸毒人数推断）以及关于所消费的大麻来源的信息，可以认为世界上的大麻药草主要是在北美洲生产的。在北美洲，大麻药草主要产自墨西哥和美国，供分区域消费使用，而水培大麻植株似乎集中在加拿大和美国。2009-2014 年期间会员国报告表明，阿尔巴尼亚、哥伦比亚、牙买加、荷兰和巴拉圭是国际市场所出售大麻药草的重要来源国。

图. 52 | 1998-2014 年各区域大麻药草缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复以及政府报告。

美洲仍是大麻药草的主要市场，其次是非洲

2014 年，美洲占全球大麻药草缉获总量约四分之三，非洲占 14%，欧洲占 6%。在分区域一级，大麻药草缉获量最大的是北美洲（2014 年占全球大麻药草缉获量 37%）、南美洲（24%）和加勒比（13%）。尽管大麻吸毒增多，但北美洲大麻药草缉获量在 2010 年达到峰值后一直在减少，反映出墨西哥报告的大麻产量减少以及美国一些州为娱乐目的使用大麻的非刑罪化和合法化，以及禁止大麻吸毒在美国变得不太重要的事实。不过，世界其他地方尤其是南美洲、加勒比和非洲大麻脂缉获量实际有所增加。

欧洲、北非以及近东和中东仍是大麻脂的主要市场

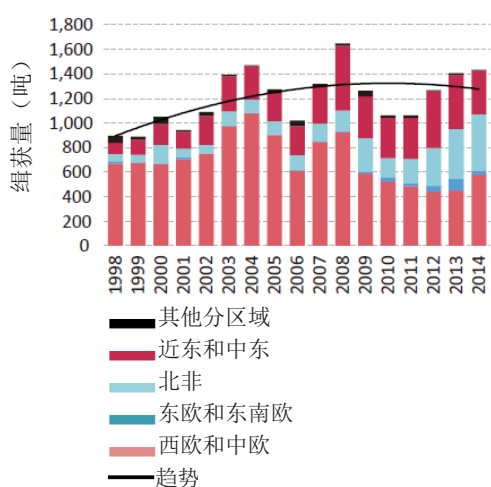
2014 年大麻脂缉获量最多的分区域仍是西欧和中欧，占全球大麻脂缉获量的 40%（仅西班牙就占世

¹⁷³ 关于讨论，见《2015 年世界毒品问题报告》题为“诠释毒品缉获”的框注，第 37 页。

界总量的 26%)；北非国家占世界总量的 32% (主要是摩洛哥和阿尔及利亚)，近东和中东国家 (主要是巴基斯坦，其次是伊朗伊斯兰共和国和阿富汗) 占 25%。欧洲在全球大麻脂缉获量中所占的比例从 1998 年占世界总量的 77% 降至 2014 年的 43%，这反映出大麻脂在欧洲大麻市场上所占份额的下降，在这一市场上，国内生产的大麻药草越来越流行。

正如前几年一样，摩洛哥大麻脂主要运往欧洲和北非其他国家，而阿富汗大麻脂仍运往邻国，尤其是巴基斯坦和伊朗伊斯兰共和国。在近东地区，黎巴嫩生产的大麻脂则供应该分区域的其他市场。

图. 53 | 1998-2014 年各区域大麻脂缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复以及政府报告。

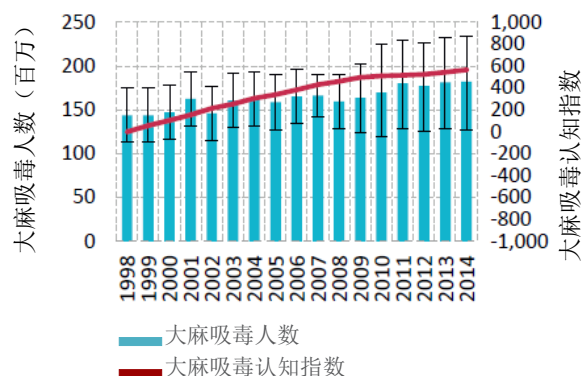
尽管区域变化巨大，但全球大麻消费近年来相当稳定

2014 年，全球人口大约 3.8% 使用大麻。这是 1998 年以来的稳定比例，意味着 2014 年估计有 1.83 亿人使用大麻 (范围：从 1.28 亿到 2.34 亿人)。这个数字比 1998 年高约 27%，反映了 1998-2014 年期间全球人口的增长。鉴于误差范围大，考虑该数字时必须小心谨慎；不过，分析对使用方面的变化的看法，正如会员国所报告，显示出类似的模式，表明在 2009 年以前大麻吸毒增多，但之后增长放缓了。

大洋洲是唯一一个自 1998 年以来大麻吸毒从相对较高水平显著减少的区域，主要反映了澳大利亚大麻消费减少。欧洲继 1990 年代初期以后增长了两倍，2009 年之后大麻吸毒暂时减少，直至 2013 年和 2014 年再度增加，回到 2009 年报告的水平。¹⁷⁴

¹⁷⁴ 欧洲晴雨表调查也显示 2011-2014 年期间欧洲联盟年轻人大麻流行率小幅上扬 (这一期间上个月流行率从 6.2%

图. 54 | 1998-2014 年全球上年度大麻吸毒人数趋势和大麻吸毒认知指数



资料来源：《世界毒品问题报告》，2000-2016 年；毒品和犯罪问题办公室，《全球非法毒品趋势》，2001-2003 年；以及对年度报告调查表的答复。

注：阿片剂吸毒估计人数的不确定区间由毒品和犯罪问题办公室针对 2007-2014 年期间计算；2007 年以前数据采用了 2007-2009 年期间得到的不确定区间三年平均值。认知指数的更多详情见本报告的在线方法部分。

2009 年以来，美洲大麻消费一直在增加。尽管美国仍是美洲最大的大麻市场，但如今与 1970 年代末期相比大麻在该国远没有那么流行了。非洲也报告了大麻吸毒的增加，但这些报告是基于有限数据，因此在考虑这些报告时应持谨慎态度。

各国大麻合法化动态

过去四年，美国和乌拉圭四个司法管辖区通过了允许为非医疗目的 (即为娱乐目的) 生产、分销和销售大麻的法律，这有违国际药物管制公约的精神。

美国

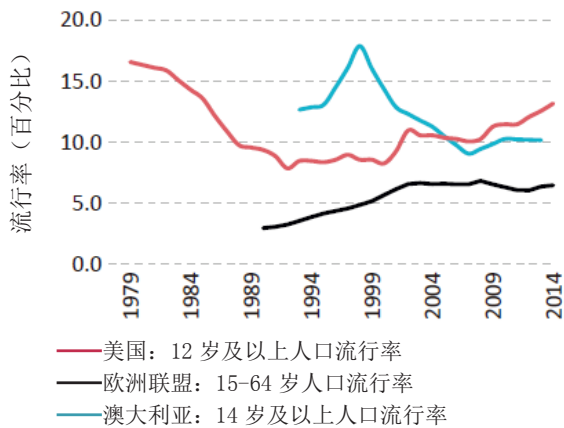
美国联邦将大麻作为《管制物质法》表一中的物质予以了禁止。¹⁷⁵但科罗拉多州和华盛顿州在 2012 年 11 月通过投票倡议后，成为了该国首批将成年人 (21 岁及以上人口) 大规模商业化生产娱乐用大麻合法化的司法管辖区；科罗拉多州还允许在家里种植大麻。2014 年 11 月，阿拉斯加州和俄勒冈州投票人批准了类似的倡议。哥伦比亚特区华盛顿采取了一

上升至 7.0% (盖洛普咨询公司，《青年对毒品的态度：分析报告》，《欧洲晴雨表闪电调查汇编》第 330 号文件 (欧洲联盟委员会，2011 年 7 月)；以及欧洲联盟委员会，《年轻人与毒品》，《欧洲晴雨表闪电调查汇编》第 401 号文件，2014 年 8 月)。

¹⁷⁵ Rosalie L. Pacula 等人，“评估药用大麻法对大麻吸毒的影响：挖掘真相”，《政策分析和管理杂志》，第 34 卷，第 1 期 (2015 年)，第 7-31 页。

种较为保守的方式，仅实现了持有和在家里种植大麻的合法化。

图. 55 | 1970-2014 年澳大利亚、美国和欧洲联盟上年度大麻流行率



资料来源：对年度报告调查表的答复以及来自欧洲毒品和毒瘾监测中心的数据。

虽然将大麻合法化的各个司法管辖区以前都批准了医用大麻法，但只有科罗拉多州、俄勒冈州和哥伦比亚特区华盛顿对医用大麻企业进行监管。¹⁷⁶ 科罗拉多州将初次申请娱乐用大麻执照限制在已经获得销售医用大麻执照的企业，2014年1月1日开办了第一个娱乐用大麻商店。从2015年10月开始，俄勒冈州暂时允许通过现有医药药房销售娱乐用大麻，尽管预计2016年年底之前都不会有娱乐用大麻持照商店开业。华盛顿州有庞大的医用大麻行业，包括许多公开营业但不受监管的实体药房。在预计到2016年年底有执照的商店开业前，阿拉斯加州不会有娱乐用大麻出售。为了制定和执行针对合法大麻行业的条例，各州都指定了一个监管机构。各司法管辖区的监管细节各不相同，包括限制能够持有或购买的数量以及市场结构（各司法管辖区的监管细节见本报告附件第 xxv 页上的表）。^{177, 178}

¹⁷⁶ 同上。

¹⁷⁷ Bryce Pardo, “美洲的大麻政策改革：科罗拉多州、华盛顿州和乌拉圭的对比分析”，《国际药物政策杂志》，第25卷，第4期（2014年），第727-735页。

¹⁷⁸ Becky Bohrer, “阿拉斯加州监管部门率先对在卖大麻的商店吸食大麻开绿灯”，《大新闻》（阿拉斯加朱诺），2015年11月20日。

乌拉圭

2012年年中，乌拉圭宣布允许成年居民（18岁及以上人口）为娱乐目的生产和分销大麻。2013年12月颁布了第19.172号法律，2014年5月颁布了新行业条例。¹⁷⁹ 该法律及该法律的辅助条例允许通过药房销售大麻，在大麻监管机构注册的人每个月可非医疗使用大麻最多40克。

乌拉圭的合法化情况与美国动态大不相同。乌拉圭立法机构自己发起了相关法律，而民众的支持有限（仅三分之一的乌拉圭人支持）。^{180, 181} 乌拉圭以前并没有针对医用大麻的监管措施（持有大麻并非刑事犯罪），也没有大量生产非法大麻的情况。¹⁸²

乌拉圭规定了三个获得大麻的合法渠道：家里种植、参加社会俱乐部；以及零售药房。个人只可利用一种供应方式，他们必须在大麻登记处登记时宣布该方式。

该法律颁布已经将近两年了，分销系统的关键部分还有待建立。2015年10月，仅有两家私人企业获得了种植大麻的执照，迄今为止尚无大麻在药房出售。官员们估计首批收获的大麻要到2016年年中才可用于出售。到2016年2月，大约4,300人为在家里种植大麻进行了登记，21个大麻俱乐部获得了执照。最近调查显示，该国40%的大麻吸毒者对在系统中注册以便获得大麻感到犹豫，¹⁸³剩下的人则表示他们打算进行登记并通过药房获得大麻。¹⁸⁴

¹⁷⁹ Pardo, “美洲的大麻政策改革”（见脚注177）。

¹⁸⁰ Maria F. Boidi 等人, “乌拉圭及其他地方大麻合法化”（美国迈阿密，佛罗里达国际大学拉丁美洲和加勒比中心，拉丁美洲大麻研究倡议，2015年）。

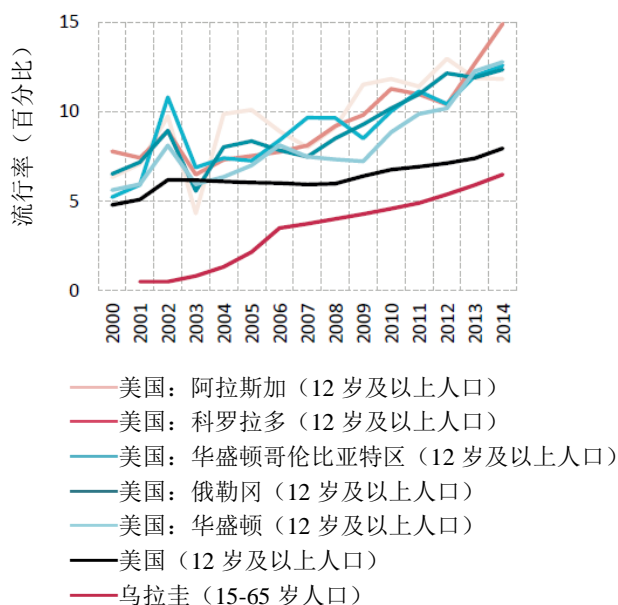
¹⁸¹ John Walsh 和 Geoff Ramsey, “乌拉圭毒品政策：大创新，大挑战”（哥伦比亚特区华盛顿，布鲁金斯研究所，2015年）。

¹⁸² 乌拉圭国家药监局, “大麻市场管控：一种替代刑事管控和用户入罪的方法”，可查阅 www.infodrogas.gub.uy。

¹⁸³ Maria F. Boidi, Rosario Queirolo 和 Jos é M. Cruz, “蒙得维的亚经常性消费者中的大麻消费模式”，国际毒品政策研究学会第九次会议上提交的文件，比利时根特，2015年5月19-22日。

¹⁸⁴ Daniela Kreher, “乌拉圭：大麻法律修订两年后”（蒙得维的亚，IEPES，2016年）。可查阅 <http://esiglesia.org/>。

图. 56 | 2000-2014年美国（包括某些地区）以及乌拉圭普通人群上个月大麻流行率



资料来源：美国卫生和公众服务部物质滥用和精神健康服务管理局，《全国吸毒与健康调查结果》；以及乌拉圭，国家药品局，“大麻市场管控：一种替代刑事管控和用户入罪的方法”。

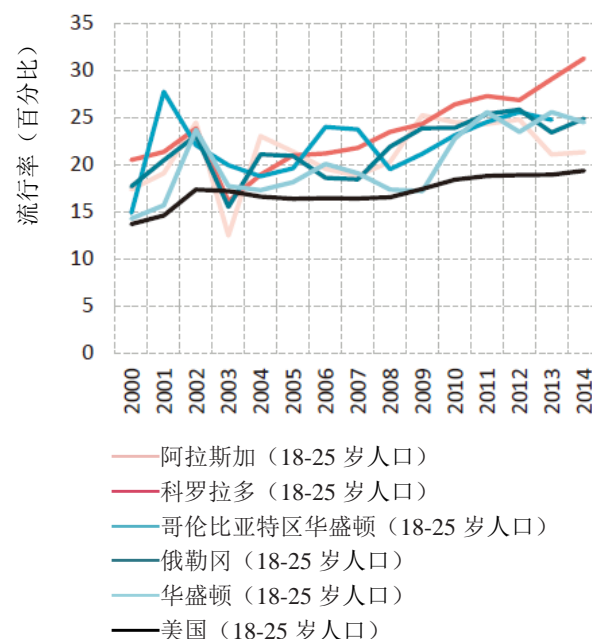
结果

尽管自首批关于合法大麻的条例在科罗拉多州和华盛顿州已生效三年半了，但这些司法管辖区大麻合法化的结果仍不十分明确，或许会长期如此。有些结果可能会在更长时间里显现出来，尤其是随着法规的发展以及市场的成熟。美国尤其难以估计大麻合法化的影响，因为许多州在过去几年对其大麻法律进行了渐进式变革，这有可能影响娱乐用大麻合法化之前的结果趋势。目前，关于大麻合法化结果的最佳数据来自科罗拉多和华盛顿这两个早就通过了大麻立法的州。美国其他司法管辖区（阿拉斯加、俄勒冈州和哥伦比亚特区华盛顿）或乌拉圭则不然，还有待全面建立其零售系统。

大麻吸毒

美国《全国吸毒与健康调查结果》显示，12岁及以上人口上个月大麻流行率从2000年代中期的大约6%上升到2013-2014年期间的8%。不过，在上个月大麻流行率历来较高的实现了娱乐用大麻合法化的司法管辖区，这一期间，上个月流行率的上升速度超过了全国水平。可用数据显示，上个月大麻流行率的上升受青壮年（18-25岁）大麻吸毒增多的驱动，这在科罗拉多州更加明显。该州上个月大麻流

图. 57 | 2000-2014年美国（包括某些地区）青壮年上个月大麻流行率



资料来源：美国卫生和公众服务部物质滥用和精神健康服务管理局，《全国吸毒与健康调查结果》。

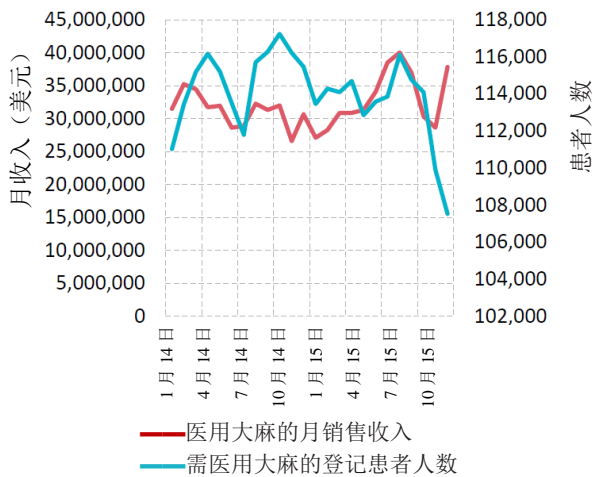
行率从2011年的大约27%上升到2014年的31%。乌拉圭大麻流行率要低得多，但家庭调查显示，甚至在大麻吸毒合法化之前就呈持续上升趋势。作为对价格、供应和社会规范的反应，大麻吸毒趋势可能随需求曲线的变化而改变。

美国大麻合法化之后的医用大麻市场

不清楚娱乐用大麻合法化是否会对医用大麻市场规模产生明显影响。医用大麻法的最初目的是向那些有合法医疗需求的人提供获得大麻的途径。由于娱乐用大麻的合法化，个人如今可以在无处方和不提交个人资料以便录入州立数据库的情况下获得大麻。不过，大多数司法管辖区目前娱乐用大麻市场的价格都较高（税后），并且其零售店常常比现有的医用大麻市场的少。对于已注册或符合资格的患者而言，受管制的娱乐用大麻市场的引入可能并不构成让其放弃医用大麻使用者身份的额外动机。¹⁸⁵

¹⁸⁵ Clinton W. Saloga, “科罗拉多州零售大麻合法化对医用大麻需求的影响”，为国际毒品政策研究学会会议编写的文件，比利时根特，2015年5月19-22日。

图 58 2014-2015 年美国科罗拉多州医用大麻市场



资料来源：科罗拉多州公共卫生和环境局和科罗拉多州税务局。

非医疗使用大麻合法化后，科罗拉多州强制性医用大麻患者登记簿上的患者人数相当稳定，而且在2015年最后一个季度还有所减少。此外，合法化以来两年间，医用大麻的月销量并未出现下降趋势。鉴于市场不断发生变化以及医用大麻用户识别卡的有效期是一年，在既有医用大麻市场也有娱乐用大麻市场的司法管辖区，合法化对医用大麻市场的影响可能需要更长时间才会显现。

在科罗拉多州以及目前在俄勒冈州，大麻商店可同时经营娱乐用大麻和医用大麻，但从长远看，尚不清楚这两个系统将分开还是合并，亦或将其中一个并入另一个，正如在华盛顿州一样。

产品和效力

美国大麻效力在过去三十年一直不断增强，尤其是在允许医药药房出售大麻的司法管辖区。¹⁸⁶与11%（2002-2008年数据）的全国水平相比，¹⁸⁷华盛顿州和科罗拉多州出售的娱乐用大麻药草的平均四氢大麻酚含量将近17%，一些样本高达30%。乌拉圭关于大麻效力的数据很少，因为乌拉圭当局最近才开始分析所缉获大麻，¹⁸⁸但政府讨论过将药房出售的

大麻产品的四氢大麻酚含量限制在15%。当局表示，施加这一限制是为了减少大麻吸毒带来的健康风险。

商业市场创新使所供应的各种大麻产品增多，尤其是浓缩大麻提取物和掺了大麻的食品，这引起了更多对公共健康的担忧。2014年，这样的产品估计占科罗拉多州娱乐用大麻零售额的35%。¹⁸⁹以萃取为基础的强效浓缩物，例如油、“蜡”或“粉”，其四氢大麻酚含量能够高达80-90%；“涂抹”或汽化这些产品意味着迅速吸入大量四氢大麻酚，就连有经验的吸毒者也难以确定合适的剂量，因而可能吸毒过量。而食品药效缓慢，中毒时间长，也有可能增加吸毒过量的风险，尤其是对吸毒新手或没有经验的吸毒者而言。¹⁹⁰

对于此种产品的监管，通用方式是规定严格的包装盒标记要求。美国四个州要求掺有大麻的食品应根据四氢大麻酚含量打包成标定的一人份：华盛顿州和科罗拉多州规定食用分量为10毫克四氢大麻酚；在阿拉斯加州和俄勒冈州，条例草案建议最多为5毫克。¹⁹¹此外，华盛顿州要求所有掺有大麻的食品在获得批准前要经过一个程序以确定其对儿童是否有吸引力，¹⁹²俄勒冈州正考虑一项类似规定。¹⁹³

健康后果

浓缩大麻提取物以及掺有大麻的食品在合法市场上的激增引起了对意外摄取或吸毒过量的担忧，尤其是在儿童和吸毒新手中，因为这些产品可能常常与

¹⁸⁶ Eric L. Seigny、Rosalie L. Pacula 和 Paul Heaton, “医用大麻法律对药力的影响”, 《国际药物政策杂志》, 第25卷, 第2期(2014年), 第308-319页。

¹⁸⁷ Zlatko 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”, 《法医学杂志》, 第55卷, 第5期(2010年), 第1209-1217页。

¹⁸⁸ Inés Acosta 和 Emilio Godoy, “大麻、阴影实验室”, 国际新闻社, 2013年9月24日。

¹⁸⁹ Adam Orens 等人, “分量和剂量中的大麻等价性: 科罗拉多州大麻生产和消费中物质与药理学关系的评估”(科罗拉多州博尔德, 科罗拉多州博尔德大学利兹商学院大麻政策小组, 2015年)。

¹⁹⁰ Mark A. R. Kleiman, “科罗拉多州和华盛顿州合法商用大麻的销售: 我们能认识到什么?”(哥伦比亚特区华盛顿, 布鲁金斯研究所, 2015年)。

¹⁹¹ 美国俄勒冈州务卿办公室, 《俄勒冈州行政法规》(塞勒姆, 俄勒冈州卫生局公共卫生司, 2015年), 第333章, 第7部分。

¹⁹² 美国政府问责局, 《州大麻合法化: 司法部应记录其监测合法化影响的方法》, 政府问责局的报告 GAO-16-1(哥伦比亚特区华盛顿, 2015年12月)。

¹⁹³ 俄勒冈州酒类控制委员会, 娱乐用大麻, 包装和标记预先批准。可查阅 www.oregon.gov/olcc/。 www.oregon.gov/olcc/marijuana/Pages/PackagingLabelingPre-Approval.aspx。

人们熟悉的甜食类似。¹⁹⁴自娱乐用大麻在科罗拉多州和华盛顿州合法化以来，幼儿意外摄入大麻的事件有所增加。在科罗拉多州，幼儿接触含四氢大麻酚食品的案件数量增加了将近四倍，从2013年的19起增加到2014年的95起，华盛顿毒品中心所接涉及20岁以下人员接触大麻的电话数量自2010-2011年期间以来翻了一番。¹⁹⁵尚不清楚娱乐用大麻合法化对这类案件的影响有多大，因为在娱乐用大麻合法化之前，监管松懈的医用大麻市场上掺有大麻的食品以及浓缩大麻提取物在某种程度上存在了很长时间。

娱乐用大麻合法化也可能会增加与大麻吸毒或中毒有关的事件或伤害数量。2014年，娱乐用大麻合法化一年内，科罗拉多州涉大麻急诊数量增加了29%，涉大麻住院数量增加了38%。¹⁹⁶

大麻吸毒疾患的治疗数据喜忧参半：科罗拉多州这方面的收治数量在2011-2014年期间保持稳定，而华盛顿州和全国的这一数字自2009年以来持续减少。不过，美国大麻吸毒治疗数量减少可能与刑事司法系统采用的转介程序改变有关（见本章中题为“吸毒状况”部分关于大麻吸毒治疗的论述）。目前尚无乌拉圭大麻吸毒疾患收治方面的数据。

公共安全

娱乐用大麻供应增多有可能增加在大麻的影响下驾驶机动车辆的吸毒人数。研究显示，在驾驶障碍方面，大麻比酒精的危害小，但在既饮酒又吸食大麻时要危险得多。^{197、198、199}来自科罗拉多州和华盛顿州的

¹⁹⁴ Robert J. MacCoun 和 Michelle M. Mello, “尚不成熟: 大麻食品的零售促销”, 《新英格兰医学杂志》, 第 372 卷, 第 11 期 (2015 年), 第 989-991 页。

¹⁹⁵ 美国洛基山高密度贩毒区, 《科罗拉多州大麻合法化: 影响》, 第 3 卷 (2015 年 9 月)。

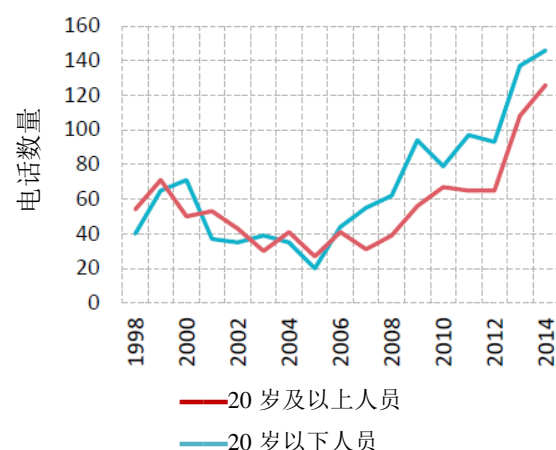
¹⁹⁶ 同上。

¹⁹⁷ Richard P. Compton 和 Amy Berning, “毒驾和酒驾的事故风险”, 报告号 DOT HS 812117 (哥伦比亚特区华盛顿, 美国交通部国家公路交通安全管理局行为安全研究办公室, 2015 年 2 月)。

¹⁹⁸ Rebecca L. Hartman 等人, “饮酒和未饮酒情况下大麻对驾驶操控的影响”, 《药物和酒精依赖》, 第 154 卷 (2015 年), 第 25-37 页。

¹⁹⁹ Johannes G. Ramaekers、Hindrik W. J. Robbe 和 James F. O'Hanlon, “大麻、酒精和实际驾驶表现”, 《人类精神药理学: 临床和试验》, 第 15 卷, 第 7 期 (2000 年), 第 551-558 页。

图. 59 | 1998-2014 年美国华盛顿州华盛顿毒品中心所接涉大麻电话



资料来源: 华盛顿毒品中心。

数据显示，发生交通事故或因毒驾被捕的驾驶员大麻检测呈阳性的案件数量大幅上升。不过，这可能是源于执法检查的加强。

大麻市场

尽管娱乐用大麻的使用已经合法化了，但在科罗拉多州和华盛顿州，非法大麻市场没有完全被取代。在华盛顿，医用大麻市场、娱乐用大麻市场和非法大麻市场各占该州大麻销售的约三分之一，²⁰⁰而科罗拉多州2014年非法大麻市场仍为满足该州大麻总需求供应了估计40%的大麻。

短期内，娱乐用大麻市场的大麻价格可能高于医用大麻市场和非法大麻市场，其部分原因是供应有限、税费较高及监管负担。尽管医用大麻市场已一定程度商业化了，但随着竞争加剧以及企业实现规模经济，合法大麻市场的成熟已经大大拉低了零售价格。²⁰¹自2014年以来，华盛顿州的价格有所下降。²⁰²在科罗拉多州，八分之一盎司（3.5克，最常见的购买量）大麻的平均价格从2014年年中的近60美元锐减至2015年11月的25-40美元。²⁰³乌拉圭政策尚

²⁰⁰ Mark A. R. Kleiman 等人, “华盛顿州医用大麻市场的估计规模” (加利福尼亚州洛杉矶, BOTEC 分析公司, 2015 年)。

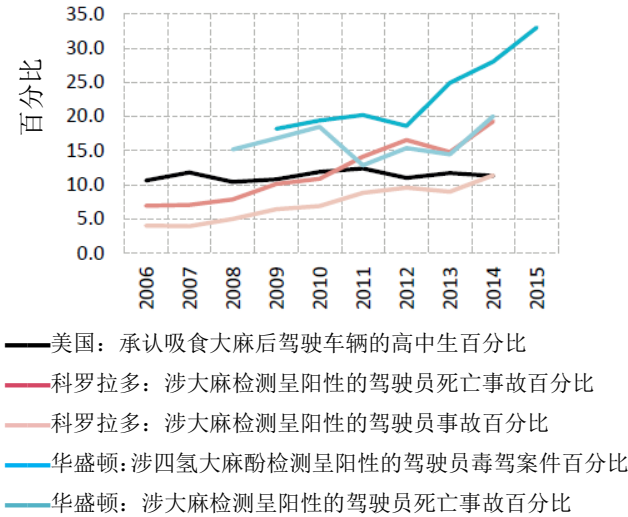
²⁰¹ Jonathan P. Caulkins, “合法大麻的估计生产成本”, 工作文件号 WR-764-RC (加利福尼亚州圣塔莫尼卡, 兰德公司, 2010 年)。

²⁰² B. Smith, 华盛顿州酒类和 hemp 委员会, “关于 LCB 价格的数据”, 电子邮件通信, 2016 年。

²⁰³ Jessica Rabe, “大麻商店调查和 2015 年第四季度行业展

未定价，但预计定价将为每克大麻 1.20 美元至 1.30 美元。²⁰⁴

图. 60 | 2006-2015 年在美国（包括某些州）所有交通事故和死亡中涉大麻交通事故和死亡比例

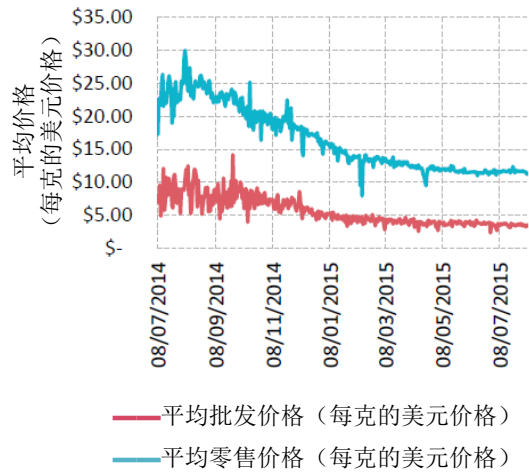


资料来源：《监测未来》；国家公路交通安全管理局死亡分析报告系统；科罗拉多州交通部；以及华盛顿州毒物学实验室。

实现大麻合法化的各个司法管辖区制定了对合法大麻的独特课税计划（见本报告附件第 xxv 页表格）。科罗拉多州和华盛顿州自制定这样的计划以来，娱乐用大麻市场大幅增长。科罗拉多州娱乐用大麻市场的利润在 2015 年达到了近 6 亿美元，而 2014 年为 3.13 亿美元。该州娱乐用大麻税收收入 2014 年为 5,600 万美元，2015 年超过 1.14 亿美元。虽然这些数字很大，但仅占该州总收入极小的一部分，2014 财年该州的收入总额近 110 亿美元。²⁰⁵科罗拉多州依法将前 4,000 万美元的消费税收入用于了公立学校。额外收入主要分配给大麻执法部门和公共卫生方案，如物质滥用干预和预防方案以及教育运动。²⁰⁶

华盛顿州 2015 财年（2014 年 7 月-2015 年 6 月）合法大麻销售额共计 2.56 亿美元。2016 财年仅前八个月销售额就翻了一番多，接近 5.8 亿美元。华盛顿

图. 61 | 2014 年 12 月-2015 年 12 月美国华盛顿州娱乐用大麻市场的税后价格



资料来源：华盛顿州酒类和和大麻委员会。

州 2015 财年税收为 6,500 万美元（占该州总收入 0.3%）。2016 财年前八个月超过 1 亿美元。^{207、208}娱乐用大麻生产和销售的所有税收全存入华盛顿州普通基金，分配给某些方案的除外：给华盛顿州酒类和和大麻委员会 500 万美元用于监管该行业；给华盛顿州健康青年调查 50 万美元；20 万美元用于大麻合法化对经济、公共健康和公共安全的影响的成本效益分析；给华盛顿大学酒精和毒品滥用计划 2 万美元，用于发布医学和科学上准确的大麻信息。

俄勒冈州尚无销售额或税收的初始数据，但俄勒冈州酒类控制委员会指出，娱乐用大麻营业税收入扣除监管费用后将作如下分配：40%给公立学校基金；20%给心理健康、酗酒和吸毒治疗服务；15%给州警察局；5%给俄勒冈州卫生当局供预防酗酒和吸毒。

乌拉圭推迟了对大麻销售征税，但 IRCAA 将来可能征税。虽然科罗拉多州和华盛顿州表明大麻合法化税收可能很高，但设计、实施和监管合法大麻市场与目前禁止大麻成本的比较尚不清楚。合法化的一个重要考虑事项是执行禁令成本是否超出监管预算成本。最近一项研究显示，2014 年佛蒙特州估计花了约 100 万美元执行禁止大麻的刑法，而建立和维

望”，2015 年 12 月 18 日。可查阅 www.convergex.com/。

²⁰⁴ “药店 8 月开始出售大麻：价格为 1.20 美元”，《国家报》（蒙得维的亚），2015 年 10 月 2 日。可查阅 <http://www.elpais.com.uy/informacion/cannabis-llega-farmacias-meses-tres.html>。

²⁰⁵ 美国科罗拉多州税务局，《2014 年年度报告》（2015 年）。

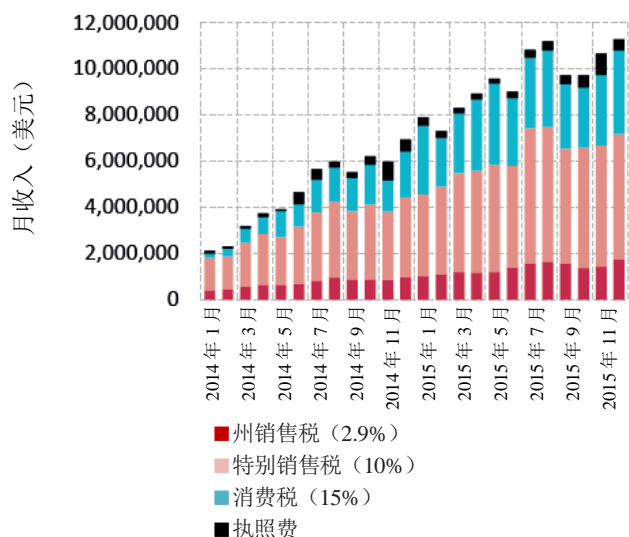
²⁰⁶ Larson Silbuagh, “大麻税收分配”，问题浅析第 15-10 号（丹佛，科罗拉多州立法委员会工作人员，2015 年）。

²⁰⁷ 华盛顿州酒类和和大麻委员会，“每周大麻报告”，2016 年 4 月 6 日。可查阅 www.lcb.wa.gov/。

²⁰⁸ 华盛顿州税务局，研究和财政分析司，“2015 年税收统计”，2015 年 12 月。可查阅 www.dor.wa.gov/。

持监管系统的费用估计为几百万美元。²⁰⁹但需按收入衡量费用，包括持续监管费用和其他外部费用，如不列入监管机构预算的治疗和预防费用增加。

图. 62 | 2014-2015 年零售大麻: 美国科罗拉多州的销
售税、消费税及执照费和申请费月收入



资料来源: 科罗拉多州税务局。

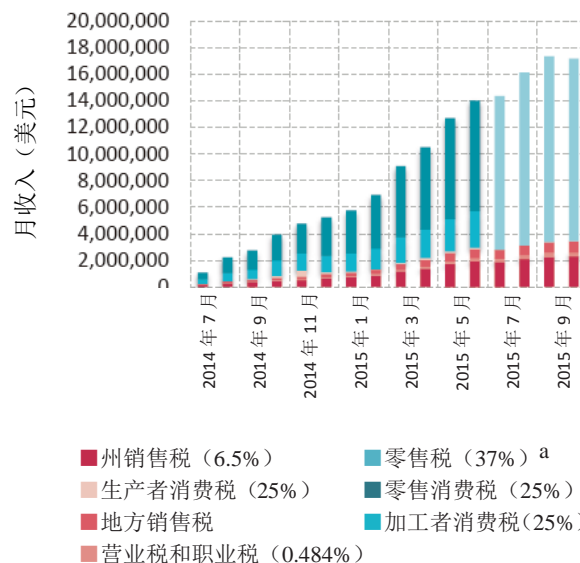
刑事司法

大麻合法化后，各州涉大麻犯罪的逮捕和诉讼案件大幅减少。但应指出，这一趋势反映了刑事司法系统记录的犯罪，合法化之前，涉大麻犯罪不一定会遭到起诉或判刑。尚无其他涉大麻警务活动的数据，如传讯或对公开消费的口头警告。乌拉圭不按照涉毒犯罪分列其刑事司法数据，但总体而言过去十年中每年涉毒拘留数基本保持稳定。²¹⁰合法化是否或如何影响其他类别犯罪或逮捕情况还有待观察。

在娱乐用大麻合法化的司法管辖权，合法和非法生产的大麻都可能用于供应临近司法辖区的非法大麻市场，但难以估计大麻合法化导致走私增加的程度。不过，2014年12月，内布拉斯加州和俄克拉荷马州要求美国最高法院推翻科罗拉多州大麻合法化的决定，抱怨说科罗拉多州的新法律导致了临近司法辖区大麻贩运的增多。²¹¹同样，阿根廷和

巴西官员在乌拉圭大麻合法化之后表示了担忧。²¹²从2011年到2014年拦截的来自科罗拉多州的大麻增多了，²¹³但这可能是执法搜查增多的结果。来自乌拉圭警官的早期报告显示，大麻贩运保持不变，在零售药房系统建立之前，有组织犯罪集团可能在最初阶段有利可图。²¹⁴

图. 63 | 2014 年 7 月-2015 年 10 月美国华盛顿州娱乐用大麻销售月收入



资料来源: 华盛顿州酒类和 hemp 委员会; 华盛顿州税务局。

^a 2015年7月1日，消费税更改为37%。

²⁰⁹ Jonathan P. Caulkins 等人，《考虑大麻合法化：对佛蒙特和其他司法辖区的思考》（加利福尼亚州圣塔莫尼卡，兰德公司，2015年），第150页。

²¹⁰ 乌拉圭国家毒品管理局乌拉圭毒品观察站，“供应控制指标（2012年5月）”。

²¹¹ Caulkins 等人，《考虑大麻合法化》，第4页（见脚注

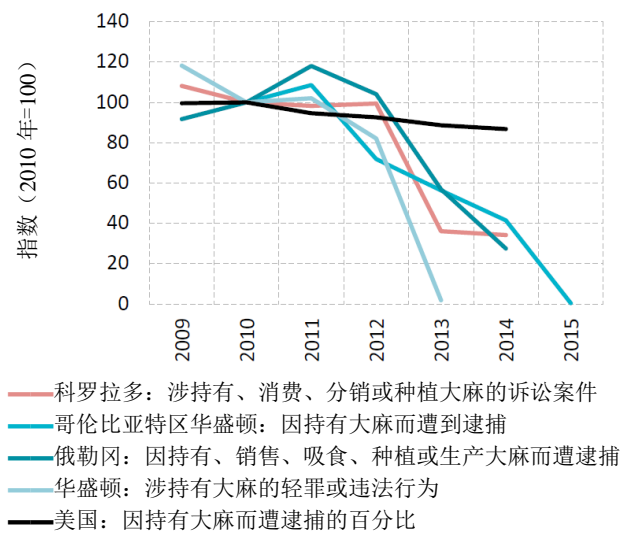
209）。

²¹² “区域大麻合法化建议”，《国家报》（蒙得维的亚），2013年12月9日。

²¹³ 《科罗拉多州大麻合法化》（见脚注195）。

²¹⁴ “警方：非法大麻交易时有发生但无变化”，《国家报》（蒙得维的亚），2016年1月28日。

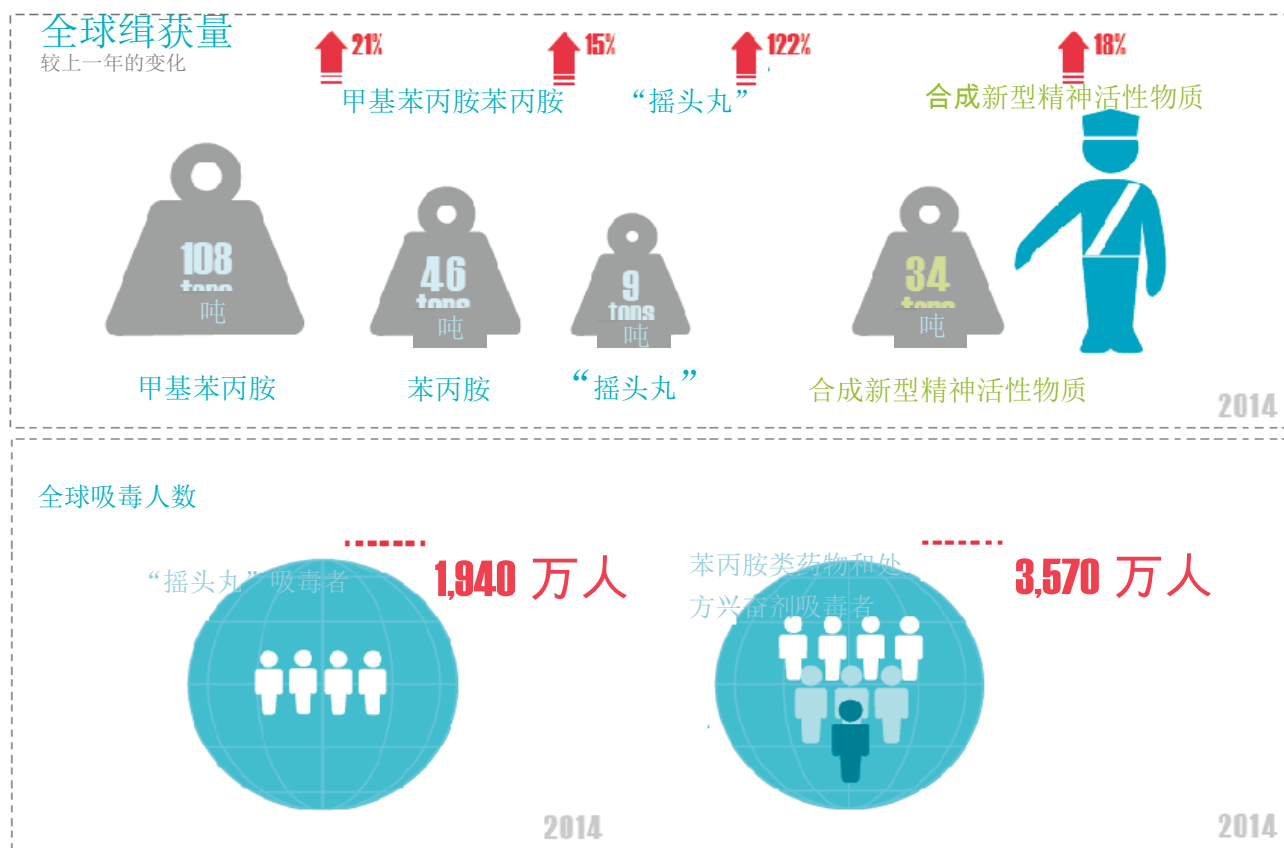
图. 64 | 2009-2015 年美国（包括某些地区）涉大麻的逮捕、指控和犯罪



资料来源: 科罗拉多州司法部门; 华盛顿州法院行政办公室; 哥伦比亚特区警察局; 以及俄勒冈州年度统一犯罪报告。

合成毒品：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质

关键数字



注：苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。合成新型精神活性物质缉获量仅指合成新型精神活性物质，不包括植物制成的物质和氯胺酮的缉获量。

苯丙胺类兴奋剂：市场动态

苯丙胺类兴奋剂是合成毒品，理论上任何地方都可生产。苯丙胺类兴奋剂不同于海洛因和可卡因，无需从有必要种植和生长条件的植物中提取活性成分。有些所谓“厨房加工点”利用简单的“食谱”便可小规模生产苯丙胺类兴奋剂，这些苯丙胺类兴奋剂用于本地出售和消费，此外，秘密加工点利用各种化学前体和合成途径及尖端生产设备进行的大规模苯丙胺类兴奋剂生产同样发挥着重要作用。任何对苯丙胺类兴奋剂市场的分析都因苯丙胺类兴奋剂生产信息有限而变得复杂，有限的信息让人无法估计全球苯丙胺类兴奋剂生产量。东亚和东南亚等一些主要市场的苯丙胺类兴奋剂吸毒数据也有限，而以传统苯丙胺类兴奋剂名称售卖的新型精神活性物质的出现使情况愈加复杂。

全球苯丙胺类兴奋剂缉获量达到新的峰值

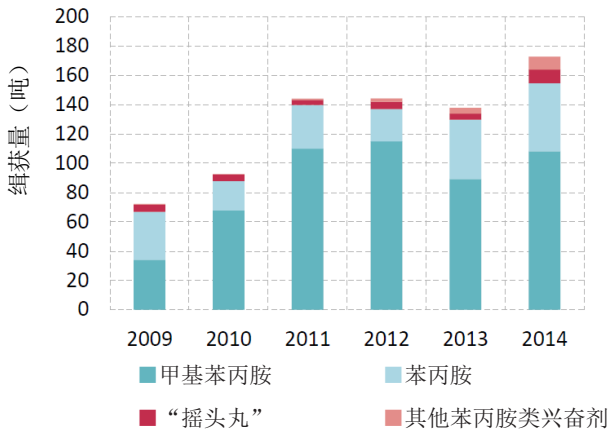
从2009年的72吨到2011年的144吨，全球苯丙胺类兴奋剂缉获量几乎翻了一番。经过三年的相对稳

定后，苯丙胺类兴奋剂缉获量在2014年达到了173吨的新峰值。过去几年，甲基苯丙胺缉获量占全球苯丙胺类兴奋剂缉获量的最大份额。2009年以来，每年全球苯丙胺的缉获量在20吨至46吨之间浮动。2014年，“摇头丸”缉获量翻了一番多，达到9吨，而2009-2013年期间每年为4-5吨。

甲基苯丙胺仍在北美洲、东亚和东南亚以及大洋洲苯丙胺类兴奋剂市场上独占鳌头

尽管甲基苯丙胺是全世界苯丙胺类兴奋剂市场上的主角，但甲基苯丙胺尤其在东亚和东南亚以及北美洲占据着主导地位。2009年以来，北美洲和东亚以及东南亚合计占全世界缉获的甲基苯丙胺的大部分。北美洲报告的每年缉获的甲基苯丙胺的数量一直是最多的。2009-2014年期间，在东亚和东南亚缉获的甲基苯丙胺的数量几乎翻了两番。

图. 65 2009-2014 年全球苯丙胺类兴奋剂缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

注：图中数据不包括处方兴奋剂和 2014 年后受国际管制物质的缉获量。

东亚和东南亚苯丙胺类兴奋剂市场供应两种形式的甲基苯丙胺：甲基苯丙胺晶体和甲基苯丙胺片剂。该分区域的甲基苯丙胺小片剂俗称“亚巴”，一般纯度低，形状和颜色各异。甲基苯丙胺片剂主要产自东亚和东南亚湄公河地区，缉获报告显示，此种片剂主要供应该分区域市场。甲基苯丙胺晶体仍在东亚和东南亚大规模生产，也从其他分区域贩运。²¹⁵

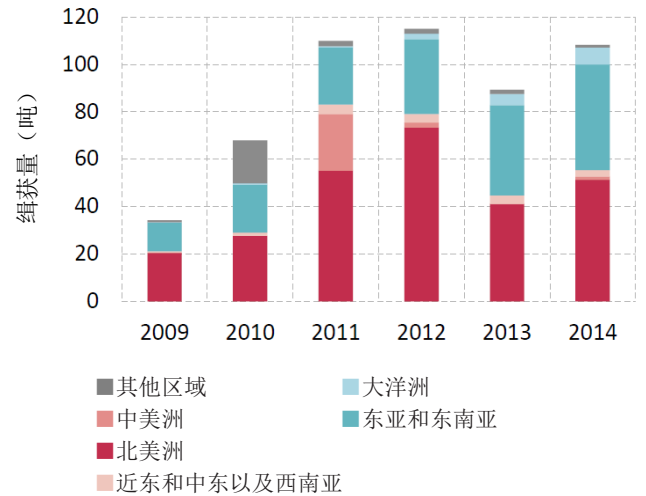
东亚和东南亚甲基苯丙胺片剂和甲基苯丙胺晶体市场都很大且日益扩张。2014 年，文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、印度尼西亚、日本、菲律宾和大韩民国令人堪忧的主要毒品是甲基苯丙胺晶体，而老挝人民民主共和国和泰国的主要毒品是甲基苯丙胺片剂。此外，专家们当年发现柬埔寨、中国、日本、马来西亚、菲律宾和越南的甲基苯丙胺晶体使用增多，而柬埔寨、中国、马来西亚、缅甸和越南的甲基苯丙胺片剂使用增多。东亚和东南亚吸毒治疗数据显示，甲基苯丙胺吸毒越来越令人担忧。2014 年，文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、老挝人民民主共和国、菲律宾、新加坡和泰国因甲基苯丙胺而接受治疗者占因吸毒而接受治疗者的比例最大。²¹⁶ 尽管这些数据显示了两种甲基苯丙胺的重要性，但治疗数据不代表东亚和东南亚甲基苯丙胺的总体流行情况以及涉

²¹⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《东亚和东南亚合成毒品的挑战：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质的趋势和模式》（维也纳，2015 年）。

²¹⁶ 根据菲律宾 2014 年对年度报告调查表的答复，以及亚洲及太平洋药物滥用信息网络中反映的有关主要毒品使用的专家意见。

甲基苯丙胺的治疗需求。

图. 66 2009-2014 年全球甲基苯丙胺缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

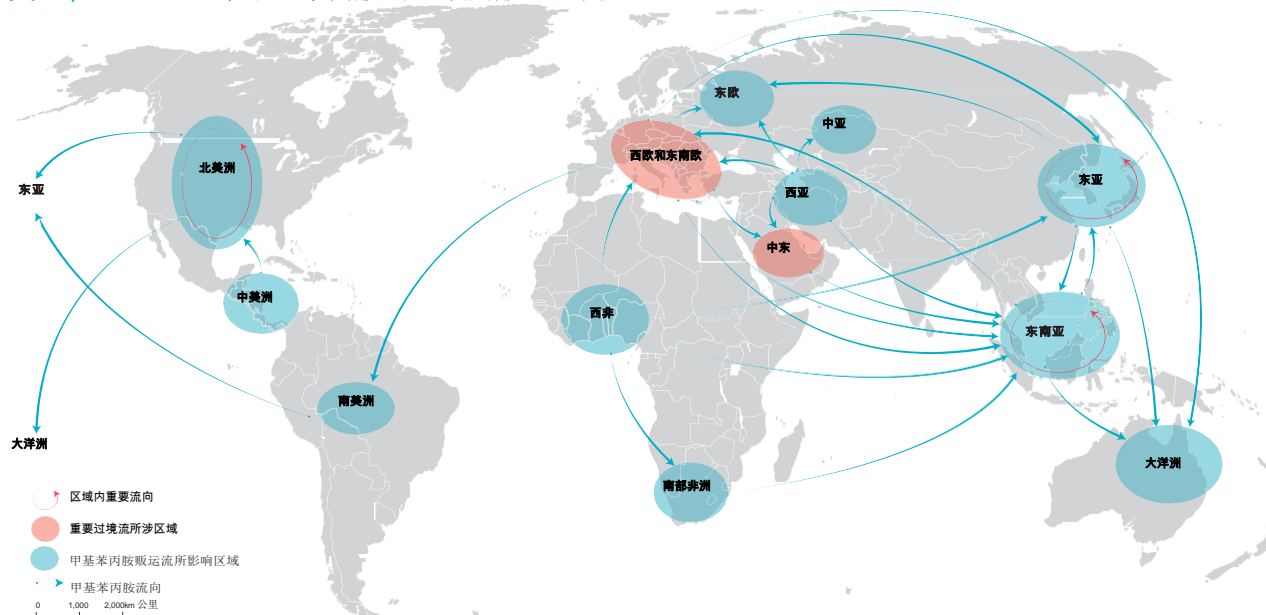
2012 年以来，大洋洲的澳大利亚和新西兰都出现了甲基苯丙胺缉获量的激增。澳大利亚存在甲基苯丙胺的非法生产，此外还有大量甲基苯丙胺晶体经海运到澳大利亚。一份政府报告强调说，澳大利亚的甲基苯丙胺吸毒人数越来越多，某些吸毒群体的吸毒频率有所增加，另外，甲基苯丙胺的纯度有所提高，而按纯度调整的价格则下降了，所有这一切都可能加大吸食甲基苯丙胺对个人健康和社会的不良影响。²¹⁷

虽然多年来的苯丙胺类兴奋剂需求主要靠同一分区域的生产来满足，但最近报告了连接以前独立的分区域的新贩运流向，尤其是甲基苯丙胺的贩运。²¹⁸ 2011-2014 年期间，据报告，甲基苯丙胺主要来自西非、北美洲、西亚和东亚和东南亚。东南亚和大洋洲是全世界贩运的甲基苯丙胺的主要接收地，而中东和欧洲大部分地区主要起着甲基苯丙胺贩运转运区的作用。存在非法甲基苯丙胺市场的所有区域也都有非法甲基苯丙胺生产。

²¹⁷ 澳大利亚总理内阁部，《2015 年国家冰毒特别小组最终报告》（堪培拉，2015 年）。

²¹⁸ 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）。

地图 2 | 2011-2014 年甲基苯丙胺的区域间贩运流向



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

注：这些箭头并不意味着该区域任何特定国家的参与，也不意味着任何甲基苯丙胺贩运流向的重要程度。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。

苯丙胺：区域内供应机制

全球缉获量报告表明，苯丙胺与甲基苯丙胺不同，主要在区域内贩运和供应，苯丙胺市场少有区域间联系。这在欧洲和中东尤为明显，欧洲和中东各国仍报告有大量苯丙胺缉获。

近年来，中东报告的苯丙胺缉获量主要表明该区域内的贩运动态。2013 年和 2014 年，在中东缉获的大多数苯丙胺来自黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国。同一时期，中东一些报告苯丙胺缉获量的国家当局发现这些货物的目的地是区域内的其他国家，例如约旦和沙特阿拉伯。此外，以色列、约旦、黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国被认为是 2013 年和 2014 年中东缉获的苯丙胺货物的主要过境国。

据报告，尤其是在 2014 年 3 月至 2015 年 11 月期间，中东缉获了大量标有“芬乃他林”²¹⁹商标名称的苯丙胺片剂。虽然中东主要报告的是“芬乃他林”片剂的区域内贩运，但也报告有大量“芬乃他林”片剂从黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国贩运到该区域外

的国家，如苏丹和土耳其。

尽管黎巴嫩是中东地区唯一一个报告 2009-2014 年期间发现苯丙胺秘密加工点的国家，但化学前体的供应以及该分区域一些国家政府控制不力是苯丙胺生产的潜在风险因素。

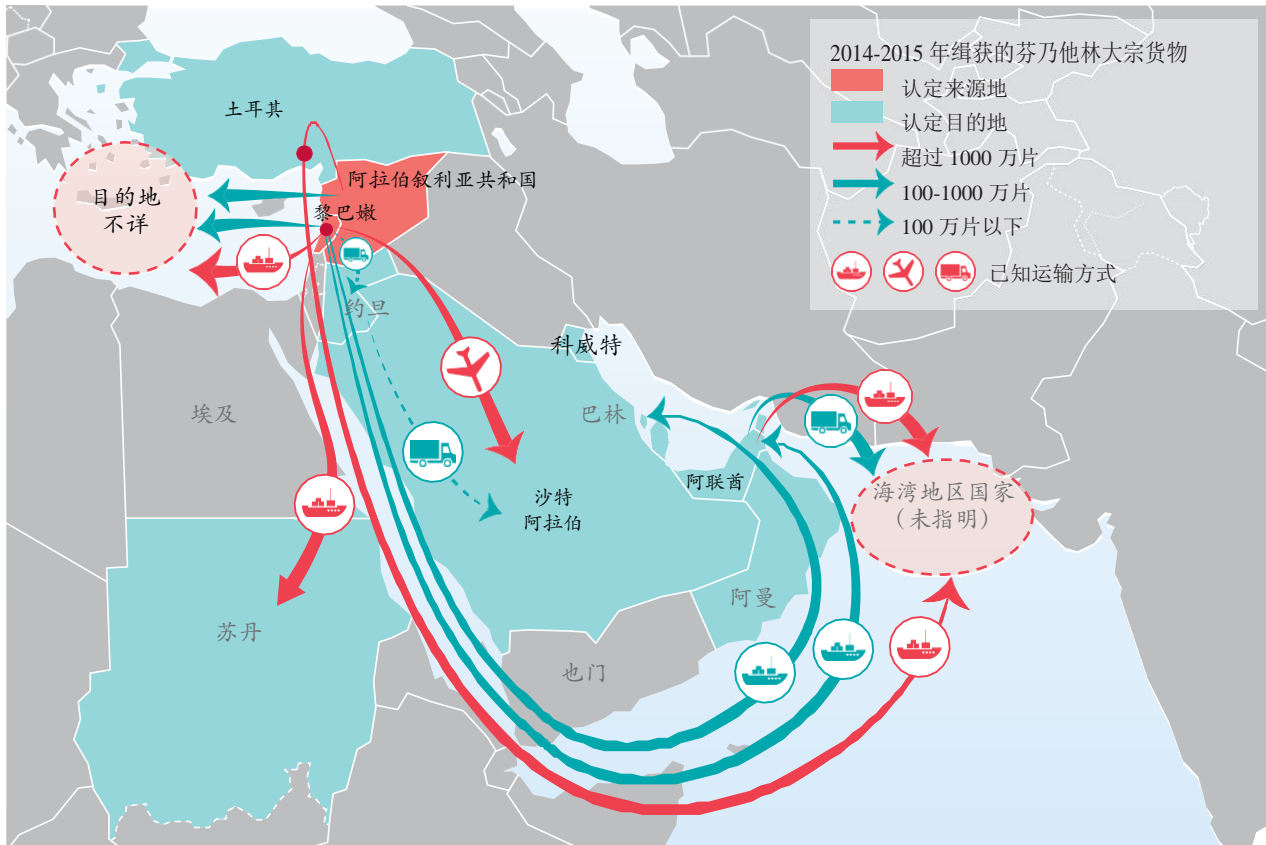
“摇头丸”纯度和成分变化

近年来，有迹象表明“摇头丸”市场越来越多样化，主要有三种不同产品：几乎不含 3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（二亚甲基双氧苯丙胺）的“摇头丸”片剂；二亚甲基双氧苯丙胺的含量极高的“摇头丸”片剂；以及以粉末形式出售的含有高纯度二亚甲基双氧苯丙胺的“摇头丸”。尤其是在普遍大量存在“摇头丸”的欧洲以及东亚和东南亚及大洋洲的合成毒品非法市场上发现了普遍大量存在片剂的这些组成成分。

市场上存在不同“摇头丸”产品的原因多样。二亚甲基双氧苯丙胺制造所用主要化学前体管制得到加强的同时，其他物质常常被用作二亚甲基双氧苯丙胺的替代品。2013 年，东亚和东南亚（文莱达鲁萨兰国；中国香港（包括新型精神活性物质）；印度尼西亚（包括新型精神活性物质）；中国澳门；

²¹⁹ 芬乃他林最初是一种含芬乙茶碱的药物制剂商标名，是一种合成兴奋剂。过去几年中，作为“芬乃他林”缉获的片剂大都含有苯丙胺，一般是与咖啡因结合，有时与其他掺杂物结合（2010 年《世界毒品报告》，第 114 页）。

地图 3 | 2014 年 3 月-2015 年 11 月媒体报告的中东区域芬乃他林主要缉获案



资料来源：基于 2015 年 12 月媒体报告的缉获量。

注：箭头并不代表实际路线。报告的目的地国家可能不是货物原定的最终目的地。

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。目的地国可能不是所缉获的货物的最终目的地。箭头代表单个案件，不是路线或流向。

马来西亚；大韩民国；新加坡（包括新型精神活性物质）；和泰国）以及大洋洲（新西兰（包括新型精神活性物质））报告缉获了几乎不含二亚甲基双氧苯丙胺的“摇头丸”片剂以及主要包括不受管制物质混合物的“摇头丸”片剂，有时含新型精神活性物质。在欧洲，2014 年，当死亡报告与使用作为“摇头丸”出售的片剂有关时，有几个国家在发出了健康风险警告，这些片剂含聚甲基丙烯酸甲酯，有时与二亚甲基双氧苯丙胺相结合。²²⁰

近年来，二亚甲基双氧苯丙胺含量较高的“摇头丸”片剂供应似乎增多，尤其是在欧洲。虽然“摇头丸”致死案例很少，但大剂量消费仍可因直接中

毒或由于高热和脱水而导致死亡。²²¹ 据欧洲毒品和毒瘾监测中心称，有迹象表明，非法二亚甲基双氧苯丙胺的制造集中在比利时和荷兰，因而捣毁了这两个国家大规模制造非法二亚甲基双氧苯丙胺的非法加工点。²²² 整个欧洲都有二亚甲基双氧苯丙胺含量较高的“摇头丸”片剂出售，采用了区别于其他“摇头丸”片剂的独特形状和标识。²²³

除二亚甲基双氧苯丙胺含量较高的“摇头丸”片剂供应增多之外，似乎出现了粉末或晶体二亚甲基双氧苯丙胺的细分市场。澳大利亚“摇头丸”及相关

²²⁰ 毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询。“2015 年 2 月——联合国：作为‘摇头丸’出售的大剂量聚甲基丙烯酸甲酯可能仍有供应”，可查阅。www.unodc.org/。

²²¹ 《毒品术语和资料》（联合国出版物，出售品编号：E.16.XI.8）。

²²² 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲毒品报告：2015 年趋势与动态》（卢森堡，欧洲联盟出版局，2015 年）。

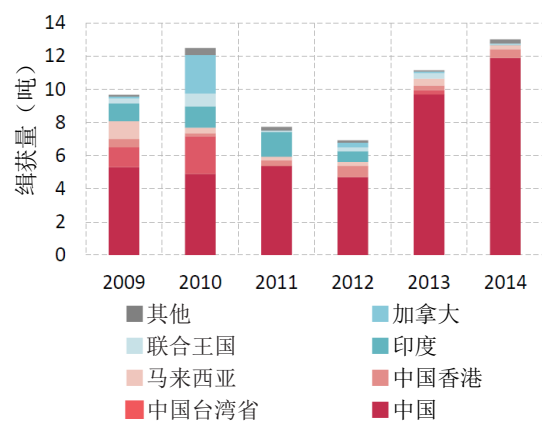
²²³ 同上。

药物报告系统²²⁴发现，该国 2014 年大约有一半“摇头丸”吸毒者使用过含二亚甲基双氧苯丙胺粉末或晶体的“摇头丸”胶囊（53%）或二亚甲基双氧苯丙胺“晶体/石块”形式的“摇头丸”（49%，比 2013 年上升了 10%），而片剂仍是绝大多数“摇头丸”吸毒者采用的形式（92%）。据报告，澳大利亚的“摇头丸”吸毒者服用二亚甲基双氧苯丙胺“晶体/石块”的主要方式是吞咽（87%），其次是鼻吸（13%）。总的来说，澳大利亚“摇头丸”吸毒比例（年度流行率）从 2013 年的 3% 下降到了 2014 年的 2.5%。

东亚和东南亚推动全球氯胺酮缉获量的上升

多年以来，全球氯胺酮缉获量大幅波动。2012 年以来报告的全球氯胺酮缉获量的大幅上升主要因为东亚和东南亚，其氯胺酮缉获量翻了一番多，从 6 吨上升至 2014 年的超过 12 吨。专家认为，东亚和东南亚还有氯胺酮非医疗使用增加的迹象。近年来，东亚和东南亚报告了捣毁氯胺酮加工点的情况。例如，中国捣毁的氯胺酮加工点数量从 2012 年的 81 处增加至 2013 年的 122 处；中国香港 2012 年报告捣毁了一个氯胺酮加工点。

图. 67 | 2009-2014 年全球氯胺酮缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

据世卫组织报告，越来越多的证据表明，娱乐用氯胺酮吸毒者长时间或大剂量使用氯胺酮后会出现氯胺酮依赖症状及不良健康影响，特别是泌尿和胆道问题。²²⁵一些特定吸毒群体报告了与氯胺酮吸毒有

²²⁴ 可能有多份答复(Natasha Sindicich 和 Lucy Burns, 《2014 年摇头丸及相关药物报告系统概述》(悉尼, 新南威尔士大学国家毒品和酒精研究中心, 2015 年 10 月))。

²²⁵ 向世卫组织药瘾问题专家委员会第三十七次会议提交的

关的高危注射行为比率增高的情况。²²⁶

新型精神活性物质：市场动态

全球新型精神活性物质市场仍在扩张。这些物质的出现和持续模式显示出国家和区域之间的巨大差异。许多吸毒群体中都出现了以多种方式和形式出售的新型精神活性物质。新型精神活性物质吸毒对人体的影响尚不十分清楚——常常没有毒性方面的安全数据，并且长期副作用不明。市场上毒品供应的范围大概从不曾如此广泛。这种情况给预防、治疗、管制和识别工作带来了更多的挑战。

报告的新型精神活性物质更加广泛

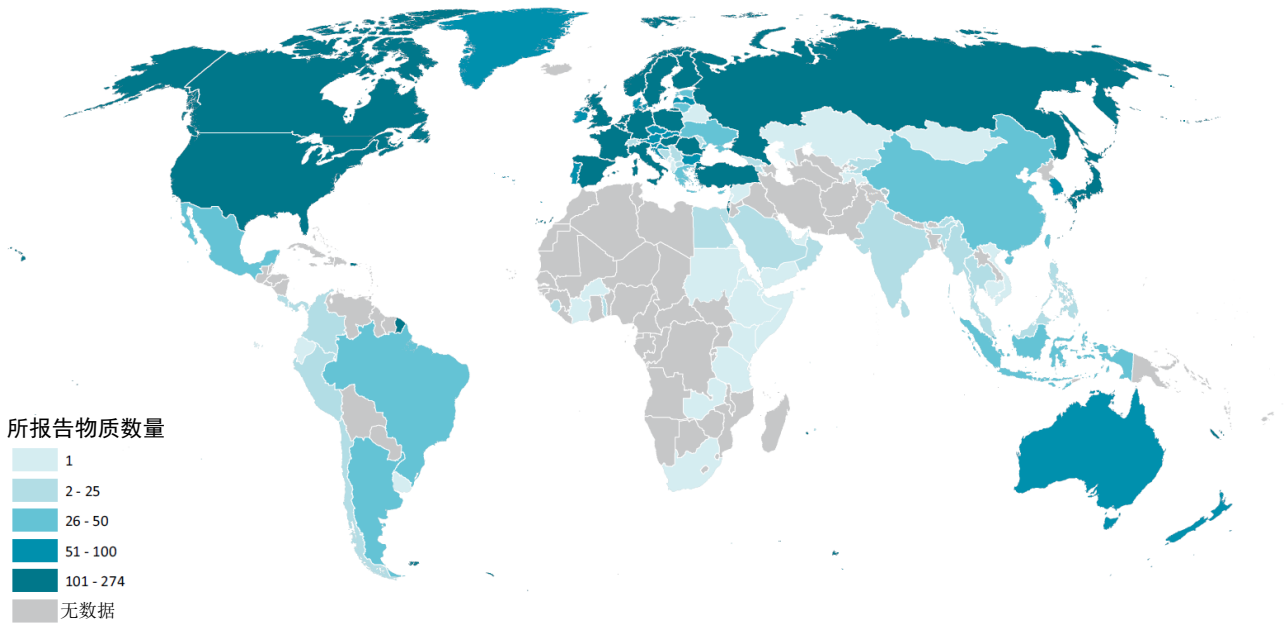
2008-2015 年期间，102 个国家和地区向毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询系统报告了总共 644 种新型精神活性物质。2015 年在吉尔吉斯斯坦和毛里求斯首次报告出现了新型精神活性物质。2015 年，预警咨询系统还登记了前几年在白俄罗斯、塞尔维亚、南非和塔吉克斯坦出现的新型精神活性物质。2015 年 12 月以前报告出现新型精神活性物质的绝大多数国家在欧洲（41 个），其次是亚洲（30 个）、非洲（16 个）、美洲（13 个）和大洋洲（2 个）。

新型精神活性物质市场的特征仍然是报告的新物质数量众多。尽管 2015 年的数据收集工作仍在进行中，但首次向毒品和犯罪问题办公室报告的新物质已有 75 种，相比之下，2014 年总共只报告了 66 种新物质。2012-2014 年期间，首次报告的物质大都属于合成大麻素一类，但迄今为止报告的 2015 年数据显示出不同的模式：首先，首次报告了 20 种合成卡西酮（有类似于可卡因或甲基苯丙胺的兴奋作用的一类物质）——几乎跟合成大麻素（21 种）一样多；其次，首次报告了 21 种“其他物质”（不属于前几年确定的任何一个大类的物质），包括合成类阿片（如芬太尼衍生物）和镇静剂（如苯二氮卓类）。

“氯胺酮：最新审查报告”，日内瓦，2015 年 11 月 16-20 日。

²²⁶ Stephen E. Lankenau 和 Michael C. Clatts, “高风险青年中的氯胺酮注射：来自纽约的初步调查结果”，《毒品问题杂志》，第 32 卷，第 3 期（2000 年），第 893-905 页；以及 Stephen E. Lankenau 等人，“首次注射：从海洛因、甲基苯丙胺、可卡因和氯胺酮开始的区分”，《毒品问题杂志》，第 40 卷，第 2 期（2010 年），第 241-261 页。

地图. 4 | 2008-2015 年各国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，2008-2015 年。

注：本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。短划线表示未确定的边界。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。

新型精神活性物质：稳定与变化

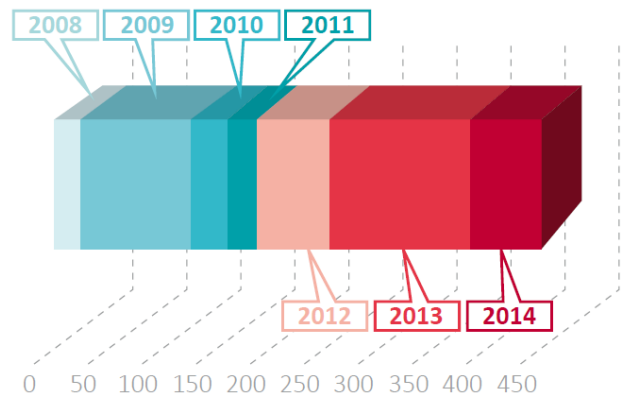
全世界许多国家和地区每年报告的新型精神活性物质越来越多。在市场上扎下根来的新型精神活性物质包括氯胺酮（有 62 个国家和地区报告）、卡塔叶（有 56 个国家和地区报告）、JWH-018（有 50 个国家和地区报告）、甲氧麻黄酮（有 49 个国家和地区报告）和敏疫朗（有 47 个国家和地区报告）。²²⁷ 其他新型精神活性物质都只是昙花一现，只有少数国家和地区在几年内予以报告。

大约 19% 的报告新型精神活性物质的国家和地区自 2008 年以来查明了超过 100 种不同的物质。与此同时，报告出现了新型精神活性物质的所有国家和地区中有超过四分之一只报告了一种物质，这可能是由于识别新型精神活性物质的技术能力有限。

一些新型精神活性物质似乎在毒品市场上稳定地存在着。2014 年毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询系统中登记的 451 种物质中的很大一部分前几年就已经报告过了。2014 年报告的物质中有二十三种是 2008 年首次报告的，自那以后每年都

会报告；这些物质包括苯乙胺、氟安非他明、合成大麻素 JWH-018 和合成卡西酮、甲氧麻黄酮。后来几年里出现的其他许多新型精神活性物质也是每年都有报告，一直到 2014 年。因此，新型精神活性物质市场上存在一种稳定因素。不过，2014 年首次向毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统报告了 66 种新物质。

图. 68 | 2014 年和首次向毒品和犯罪问题办公室报告年份所报告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。

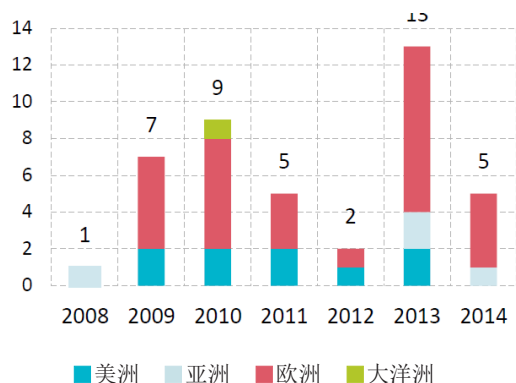
²²⁷ JWH-018、甲氧麻黄酮和敏疫朗自 2015 年起受国际管制。

少数国家只在一两年报告了其他几种新型精神活性物质。2008-2014年期间，据报告，市场上有共计569种新型精神活性物质；不过，2012年便不再报告其中26种物质的市场供应，到2013年不再报告其中69种物质的市场供应。例如，2009-2012年期间，欧洲和大洋洲六个国家报告了N-苄基-1-苯乙胺，但自那以后未再向毒品和犯罪问题办公室提交该物质的进一步报告，这意味着该物质再无供应。

许多新报告的新型精神活性物质实际上是以前报告过的物质的衍生物，只是稍微改变了一下其分子结构。一个这样的例子是2,5-二甲氧基环取代的苯乙胺(2C系列)。4-溴-2,5-二甲氧基苯乙胺(2C-B)，是1971年《精神药物公约》规定的管制物质，2014年以前在全世界报告了仿效该物质的属于2C系列的20种新型精神活性物质。不过，其中的大约一半已经从市场上消失了，只报告了短短几年。这其中包括2C-T(仅在2011年由加拿大报告)，以及2C-G和2C-N(在2011年和2012年由加拿大和波兰报告)。属于2C系列的其他物质似乎更加长久，例如2C-T-2和2C-T-7，从2009年到2014年，美洲、欧洲和大洋洲有14个国家报告了这些物质。

其他物质，如属于合成大麻素CP系列物质，自2008年以来市场供应变化很大。例如，CP-47,497-C8同族体在2008年首次由亚洲国家(日本)报告；经过几起几落后，该合成大麻素的报告在2013年达到峰值，美洲、亚洲和欧洲有13个国家报告存在该物质。

图. 69 2008-2014年各区域每年报告CP-47,497-C8同族体(一种合成大麻素)的国家数量



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。有一些影响新型精神活性物质市场的因素，例如吸毒者偏好、法律对策以及庞大吸毒群体形成之前缉获该物质的执法工作。2008年以来毒品和犯罪问题

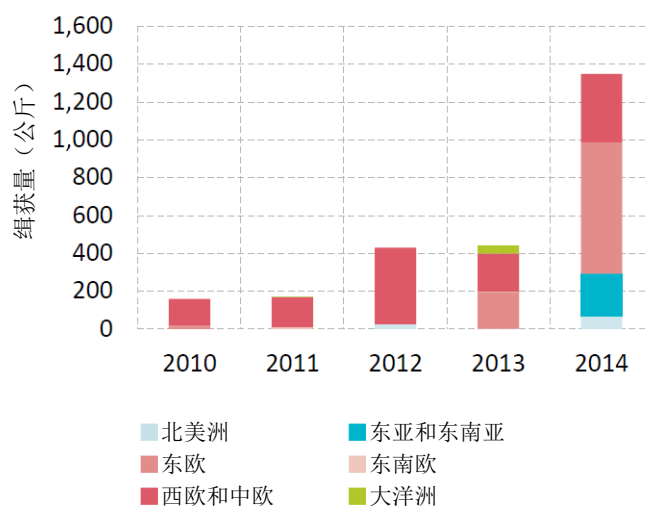
办公室对新型精神活性物质的监测显示供应相当有活力，特点是持续(物质出现、传播和存留数年)和变化(物质短暂地或仅在本地出现)。

新型精神活性物质的巨大缉获量

过去几年缉获了大量合成新型精神活性物质²²⁸，2014年达34吨。全球新型精神活性物质市场仍以合成大麻素为主，全世界缉获量最大的是北美洲，尤其是美国。2014年全球缉获32吨合成大麻素，²²⁹其中26.5吨在美国缉获。欧洲也记录了合成大麻素的巨大缉获量：2014年缉获了5.4吨合成大麻素(主要在塞浦路斯和土耳其)，2013年为1.2吨。在所有毒品类别中，合成大麻素占2012年(8.3吨)和2014年(4.4吨)塞浦路斯缉获量的最大份额；在大多数案子中，缉获的合成大麻素是AM-2201。²³⁰

自2010年首次报告以来，合成卡西酮的全球缉获量持续上升。2013-2014年期间，合成卡西酮缉获量增加了两倍，达到1.3吨。大多数合成卡西酮在东欧(在俄罗斯联邦缉获了692公斤)、西欧和中欧(在英格兰和威尔士缉获了312公斤)以及东亚和东南亚(在中国香港缉获了226公斤)缉获。2014年，俄罗斯联邦还报告缉获了大量氨基苄满(438公斤)。

图. 70 2010-2014年各区域合成卡西酮缉获量



资料来源：对年度报告调查表的答复。

²²⁸ 合成新型精神活性物质缉获量指的是不包括植物制成的物质和氯胺酮的合成新型精神活性物质的缉获量。

²²⁹ 缉获量通常与管制措施有关；因此，新型精神活性物质的缉获量上升可能反映了更多物质被置于国家管制之下的事实。

²³⁰ AM-2201自2015年起受国际管制。

所售成分各异的新型精神活性物质混合物的风险

缉获量报告显示，经常出售的成分各异的新型精神活性物质是不同化合物的混合物，包括国际管制药物、药剂和掺杂物。过去几年，欧洲和东南亚各国报告缉获了不受管制物质混合物“摇头丸”片剂，主要包括新型精神活性物质，几乎不含二亚甲基双氧苯丙胺。不过，最新缉获报告显示，包装好的新型精神活性物质产品含有各种各样新型精神活性物质化合物的混合物。混合可能是有意为之（例如，如果生产者认为一些混合物对吸毒者来说比任何单独物质效果更强烈），也可能是无意间发生的（例如，生产者缺乏生产统一纯度产品的技能或设施）。

2013年，欧洲各国报告了110多种作为一种产品出售但含有最多七种不同新型精神活性物质化合物组合的新型精神活性物质产品。在55%以上新型精神活性物质产品中发现了合成大麻素，在超过25%的产品中有合成卡西酮。²³¹

除了含有一些新型精神活性物质类物质的新型精神活性物质混合物，四个欧洲国家2013年报告了10种含有不同类别新型精神活性化学物质组合的不同新型精神活性物质产品。此种产品中最常用新型精神活性物质类别组合包括苯乙胺类与合成卡西酮结合。一般说来，合成卡西酮是新型精神活性物质产品中最常用来与各种新型精神活性物质结合的物质，常与氯胺酮和其他苯环己哌啶类物质、苯乙胺类和色胺结合使用。²³²

应该注意的是，多种毒品使用并不局限于新型精神活性物质。吸毒者常常选择同时服用多种物质，包括将街头毒品与酒和/或处方药混合。但新型精神活性物质的可能组合很多，以至于新型精神活性物质吸毒者常常不清楚自己实际所消费的物质，这使得新型精神活性物质的情况更加复杂。使用含有其并不清楚的各种精神活性物质的产品可能给吸毒者带来更多重大健康风险，因为几乎没有科学信息来确定这些组合可能具有的精神作用。

了解新型精神活性物质吸毒

过去几年，越来越多的新型精神活性物质在非法毒品市场上出售。新型精神活性物质供应可能具有也

可能不具有与其想要模仿的受国际管制物质类似的效果和属性。²³³很多新型精神活性物质试图模仿大麻、可卡因、海洛因、致幻剂、二亚甲基双氧苯丙胺（“摇头丸”）或甲基苯丙胺之类受管制物质的效果。2015年12月以前报告的新型精神活性物质药效分析²³⁴显示，这些物质绝大多数是合成大麻素受体激动剂、兴奋剂和传统致幻剂。

新型精神活性物质流行率数据显示出不同趋势，原因包括新型精神活性物质长期流行率的可比较数据有限、充分反映新型精神活性物质吸毒情况的调查手段有限以及新型精神活性物质吸毒者对所用物质的认识有限。2009-2013年期间，美国有迹象显示某些吸毒群体的新型精神活性物质使用增多；2013年12-34岁人群的“新型精神活性物质”终生流行率为1.2%；²³⁵美国中学生使用合成大麻素有减少迹象。十二年级学生使用合成大麻素的上年度流行率从2011年的11.4%下降到2015年的5.2%，²³⁶与同期该群体对使用合成大麻素的认知风险增大有关。十二年级学生2015年使用有兴奋作用的新型精神活性物质（报告为“浴盐”）的比例稳定在1%。九年级、十年级和十二年级学生的合成大麻素流行率降至有此类数据以来的最低水平。不过，2012-2014年期间缉获的大量合成大麻素（超过93吨）以及因合成大麻素吸毒问题而呼叫毒品中心的大量电话（2014年3,682个，2015年7,779个）²³⁷表明，美国仍然存在这类新型精神活性物质并有人使用。

²³³ 更多信息见毒品和犯罪问题办公室，《新型精神活性物质的挑战》（维也纳，2013年3月）。

²³⁴ 分析涵盖2015年12月以前在预警咨询系统中登记的621种合成新型精神活性物质的药理效应。植物制成的物质不在分析范围内，因为这些物质通常包含大量不同的物质，其中一些甚至可能不为人所知或者可能具有并没有得到充分认识的效果和相互作用。剩下的物质的药理效应根据现有科学数据不能百分之百地确定。

²³⁵ 一些作者报告说2009年至2013年期间美国12-34岁人群中新型精神活性物质的使用增多了，但他们也强调了低估新型精神活性物质的使用的风险（例如，见Joseph J. Palamar等人，“美国一次全国范围内有代表性的调查中自己报告的新型精神活性物质的使用情况：流行率、相关因素，以及需要一种新的调查方法以防低估”，《药物和酒精依赖》，第156卷，第112-119页）。

²³⁶ Lloyd D. Johnston等人，《监测未来：1975-2015年全国吸毒情况调查结果——青少年吸毒情况的主要调查结果综述》（安阿伯市，密歇根大学社会研究所，2016年）。

²³⁷ 美国中毒控制中心协会，“合成大麻素数据”，2016年3月31日更新。

²³¹ 毒品和犯罪问题办公室关于新型精神活性物质的调查，2014年。

²³² 同上。

图. 71 | 含不同物质组合的新型精神活性物质产品缉获样本

产品 1	产品 2	产品 3	产品 4
新型精神活性物质 主要物质类别： 合成大麻素 AM-2201 XLR-11 大麻 ^a	新型精神活性物质 主要物质类别： 苯乙胺类 25B-NBoMe 25C-NBoMe 2C-C 2C-B ^a	新型精神活性物质 主要物质类别： 苯乙胺类 4-MA 苯丙胺 ^a	新型精神活性物质 主要物质类别： 合成卡西酮 1-苯基-2-甲氨基-1-戊酮 可卡因 ^a
产品 5	产品 6	产品 7	产品 8
新型精神活性物质 主要物质类别： 合成大麻素 AKB48 JWH-122 JWH-210 JWH-250 亚甲基二氧吡咯戊酮 ^b	新型精神活性物质 主要物质类别： 合成大麻素 AM-2201 5-MeO-DALT ^b	新型精神活性物质 主要物质类别： 哌嗪 TFMPP pFPP 利多卡因 ^c	新型精神活性物质 主要物质类别： 合成卡西酮 3-MMC 3,4-DMMC α-PVP AMT ^b MPA ^b 咖啡因 ^d

资料来源：毒品和犯罪问题办公室 2014 年新型精神活性物质调查。

注：首先列出各产品中发现的主要物质。

^a 产品被缉获时受国际管制的物质。

^b 各类新型精神活性化学物质。

^c 药剂。

^d 掺杂物。

根据英格兰和威尔士的犯罪调查，²³⁸2014-2015 年期间，有 279,000 名成年人（16-59 岁人口的 0.9%）报告使用过新型精神活性物质。青少年中（16-24 岁），新型精神活性物质的流行率要高得多（2.8%），绝大多数吸毒者是年轻男子。吸食药草混合物是新型精神活性物质的最常见使用形式，占报告使用过新型精神活性物质的 16-59 岁人群的 61%。据英格兰公共卫生部门称，²³⁹2009-2010 财年至 2014-2015 财年期间，因为“俱乐部毒品”或新型精神活性物质“就医”的人数翻了一番多，从 2,727 人增至 5,532 人。根据记录，增长最多的是甲氧麻黄酮吸毒者——从 2010-2011 年期间的 953 人增至 2014-2015 年期间的 2,024 人。与上个期间相比，2014-2015 财年英格兰和威尔士的上年度甲氧麻黄酮流行率保持稳定，

²³⁸ Deborah Lader 编辑，《吸毒状况：2014-2015 年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》，第二版（伦敦，内政部，2015 年 7 月）。

²³⁹ 英格兰公共卫生局，来自国家戒毒治疗监测系统的成年人物质滥用统计数据：2014 年 4 月 1 日至 2015 年 3 月 31 日（伦敦，2015 年）。

在青少年中为 1.9%，在成年人中为 0.5%，与苯丙胺类药物的上年度流行率（0.6%）类似，高于致幻剂（0.4%）或海洛因（0.1%）的上年度流行率。²⁴⁰

2014 年，智利首次报告了合成大麻素的上年度流行率数据：在成年人（15-64 岁）中为 0.56%²⁴¹，与致幻剂（0.55%）和类阿片（0.58%）流行率类似。

几个国家报告了监狱中新型精神活性物质使用激增的情况，以及相应的暴力行为和入院治疗情况的增加。有迹象表明，尤其是合成大麻素成了一个严重的问题。英格兰和威尔士囚犯们滥用的物质²⁴²据报告主要是大麻（13%）、合成大麻素（10%）、海洛因（7%）及新型精神活性物质（5%）。在 2013-2014

²⁴⁰ Deborah Lader 编辑，《吸毒状况：2014-2015 年犯罪调查结果——英格兰和威尔士》，第二版（伦敦，内政部，2015 年 7 月）。

²⁴¹ 智利内政和公共安全部，“第十一次全国普通人口毒品调查：主要结果”（智利圣地亚哥，智利毒品观察站，2014 年 7 月）。

²⁴² 联合国皇家监狱督察署，《成年人监狱中不断变化的物质滥用模式以及服务响应》（伦敦，2015 年）。

财年检查的 37% 男子监狱中，合成大麻素使用状况令人担忧，²⁴³而在 2014-2015 财年，该比例上升到了 64%。²⁴⁴根据报告，许多监狱工作人员和囚犯大量使用合成大麻素，造成了身心健康问题，并改变了囚犯们的行为。²⁴⁵2014 年，新西兰大约 47% 羁押犯使用过合成大麻素。²⁴⁶虽然 2014 年合成大麻素的上年度流行率与 2013 年相比保持不变，但合成大麻素的上年度吸毒频率升高了，从 2013 年的 67 天增至 2014 年的 110 天。2014 年，几乎三分之一（30%）在过去十二个月里使用过合成大麻素的羁押犯报告说有依赖感，这比 2013 年高了 17%。羁押犯报告说吸食过的其他新型精神活性物质包括亚甲基二氧吡咯戊酮²⁴⁷ 和氯胺酮。

特殊高危吸毒群体中仍然存在新型精神活性物质注射吸毒情况，尤其是合成卡西酮，这与艾滋病毒感染率升高或者甚至越来越高有关。这些特殊群体包括年轻人、男男性行为者亚组、以前注射过其他毒品的人以及从吸入转向注射的人。匈牙利研究显示，²⁴⁸167 名注射吸毒者中有 92 人的艾滋病毒检测呈阳性，最常见的注射毒品是 1-苯基-2-甲氨基-1-戊酮（48%）。爱尔兰 2015 年注射吸毒者急性感染艾滋病毒病例的意外增多与所谓的“混乱”注射吸毒者中注射合成卡西酮 α -吡咯烷苯丁酮（ α -PVP）有关。²⁴⁹据报告，注射行为一天发生多次，吸毒者常常重复使用注射器并且共用过滤器。据英格兰公共卫生

部门称，甲氧麻黄酮首次出现后五年内，²⁵⁰10 名注射吸毒者中大约就有 1 人报告说其注射甲氧麻黄酮。在为性行为注射毒品（“化学性行为”）的男男性行为者亚组中也报告了甲氧麻黄酮使用增多的情况，他们常常共用注射用品并实施无保护性行为。²⁵¹这些调查结果显示，欧洲注射合成卡西酮的人数在增多，高危行为在增多，并且感染血源性病毒如艾滋病毒和丙型肝炎病毒的风险在增大。

图. 72 | 2015 年 12 月各种药效的新型精神活性物质比例



- 合成大麻素受体激动剂，35%
- 传统致幻剂，18%
- 分离剂，3%
- 兴奋剂，35%
- 镇静剂/催眠药，2%
- 类阿片，2%
- 未指定，5%

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，2008-2015 年。

²⁴³ 联合国英格兰和威尔士皇家监狱总督察：《2013-2014 年年度报告》（伦敦，文书局，2014 年）。

²⁴⁴ 联合国英格兰和威尔士皇家监狱总督察：《2014-2015 年年度报告》（伦敦，文书局，2015 年）。

²⁴⁵ 联合国英格兰和威尔士监狱和缓刑监察专员，“吸取教训公报：致命事故调查第 9 期——新型精神活性物质”（伦敦，2015 年 7 月）。

²⁴⁶ Chris Wilkins 等人，《2010-2014 年新西兰被捕者中的吸毒监测》（奥克兰，SHORE 和 Whariki 研究中心，梅西大学，2015 年）。

²⁴⁷ 亚甲基二氧吡咯戊酮自 2015 年起受国际管制。

²⁴⁸ József Rác, V. Anna Gyarmathy 和 Róbert Csák, “匈牙利注射吸毒者中的新增艾滋病毒感染病例：假警报还是预先警报？”，《国际药物政策杂志》，第 27 卷，第 13-16 页。

²⁴⁹ Coralie Giese 等人，“2015 年爱尔兰都柏林无家可归的注射吸毒者中与最近感染艾滋病毒有关的注射新型精神活性物质 snow blow 的情况”，《欧洲监测》，第 20 卷，第 40 期（2015 年）。

²⁵⁰ 联合国英格兰公共卫生局，《2014 年联合国注射吸毒者中传染病激增》（伦敦，2015 年）。

²⁵¹ Adam Bourne 等人，《化学性行为研究：朗伯斯区、萨瑟克区和刘易舍姆区男同性恋者和双性恋男子在性行为中吸毒的情况》（伦敦，西格玛研究，伦敦卫生和热带医学学校，2014 年）；Victoria L. Gilbert 等人，“男男性行为者中的高危吸毒行为”，《柳叶刀》，第 381 卷，第 9875 期（2013 年），第 1358-1359 页；以及 David Stuart, “男男性行为者为性行为吸毒：背景、现状及应对措施”，《艾滋病护理》，第 13 卷，第 1 期（2013 年），第 6-10 页。

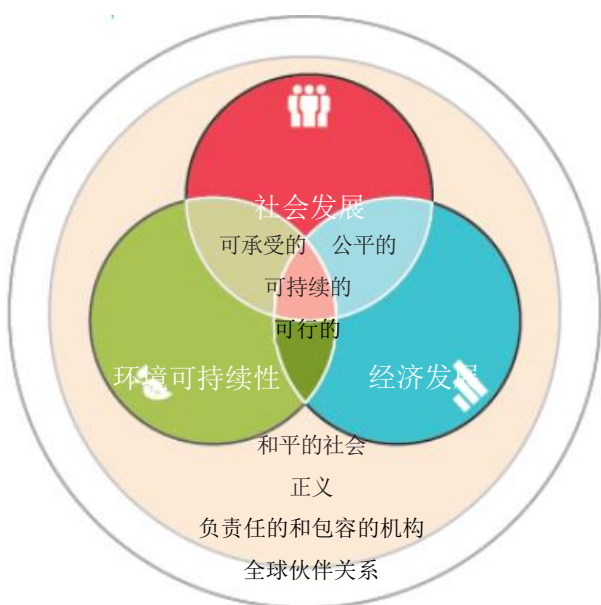
世界毒品问题与可持续发展

引言

从非法种植和生产到贩运和使用，世界毒品问题及其方方面面的影响与各种各样的社会、经济和环境问题交织在一起，给发展带来很大压力，而发展反过来又对毒品问题产生影响。为应对毒品问题而采取的干预措施本身与更广泛的发展和社会环境进一步发生相互作用，给这一动态关系增添了有时无法预料的复杂性。这种相互作用的重要性日益得到国际社会承认，正如关于可持续发展目标的讨论以及2016年举行的大会世界毒品问题特别会议所体现的那样。

发展的概念，以及国际社会在这方面作出的承诺，反映在千年发展目标以及最近制定的《2030年可持续发展议程》中。¹17项可持续发展目标及其具体目标是一个整体，不可分割，平衡了发展的三个方面：经济、社会和环境。新的发展议程还承认没有和平和稳定就不可能实现可持续发展，而没有可持续发展，和平和稳定就会岌岌可危。该发展议程涉及到导致暴力、不安全和不公正的因素，如不平等、腐败、治理不力和非法资金和武器流动。

图. 1 | 可持续发展的各个方面



本章利用可持续发展目标框架来考察毒品问题与更广泛发展背景之间的相互作用。本章根据世界毒品

问题以及针对这一问题的全球对策，围绕五个专题——社会发展；经济发展；环境可持续性；和平、公平和包容的社会以及伙伴关系——进行讨论。具体说来，本章力图阐明可持续发展每一个方面与毒品问题之间的相互作用，同时对作为一种现象（非法毒品的使用、生产和贩运）的毒品问题与应对毒品问题进行区分。

本章第一节分析了社会发展与世界毒品问题之间的相互作用，概述了非法吸毒的社会成本证据，最重要的是对吸毒者健康的影响。该节还调查了吸毒在各发展水平的健康后果。所涉其他方面包括对吸毒者家庭和社区的影响以及吸毒者的边缘化和污名化及其影响，尤其是对就业机会的影响。该节还涉及应对吸毒问题对社会发展的影响，例如谈到了替代发展，以及医疗和科学目的的毒品供应。

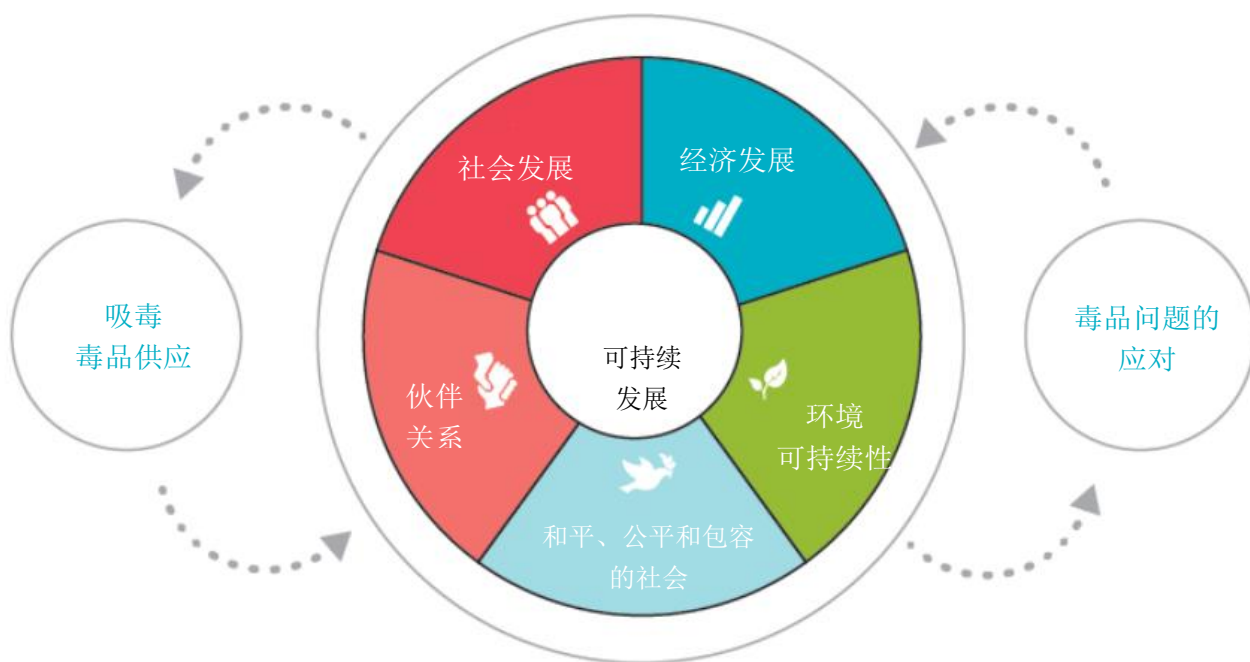
第二节关于经济发展，涉及经济发展水平如何与吸毒和非法毒品市场形成相互作用的问题，考察了国家一级的指标。分析试图查明毒品问题的演变模式及发展的作用。该节还讨论了国家以下级别的社会经济因素，重点是边缘化和贫困。还考虑了生产力损失导致的吸毒经济成本，与国家机构为帮助吸毒者而作出的努力的有关成本一样。

第三节关于环境可持续性，罗列了非法毒品种植、生产和贩运的环境影响证据，以及减少毒品供应的干预措施，包括砍伐森林和生物多样性丧失。

第四节关于和平、公平和包容的社会，涉及最近通过可持续发展目标而列入国际发展议程的主题。该节研究与毒品有关的各种暴力形式，包括与恐怖主义和暴动的联系，并讨论应对毒品问题的长期和短期成果。此外，该节调查了毒品贩运与暴力的固有联系的紧密程度，描述了毒品问题如何成为暴力行为的推动因素或结果，强调了基本法治在这一关系形成中的作用。该节还探讨了刑事司法系统如何影响毒品问题以及受毒品问题的影响，尤其考查了毒品贩运如何能够危害该系统以及执法在影响毒品价格和市场中的作用。此外，还讨论了刑事司法对吸毒者的影响、监禁吸毒者导致的系统资源消耗的程度以及监禁替代选择。此外，该节描述了毒品问题与腐败之间的相互强化关系，探讨了来自毒品贩运和生产的非法资金流的规模 and 影响。

¹ 见大会第 70/1 号决议。

图. 2 | 专题章节的分析框架



最后但并非最不重要的一节关于伙伴关系，研究了各国提供的发展援助数据，强调了总体发展援助与为毒品相关部门提供的援助的相反趋势，强调有必要在《2030年可持续发展议程》背景下纠正这一失衡情况。

图 2 概括了本章讨论的各种相互作用，是本章大部分内容的模板。

A. 社会发展

吸毒对社会发展的影响

公共健康影响

非法毒品的使用、生产和贩运能够以多种方式对可持续发展产生影响。其中主要的影响是对公共健康的不利后果，公共健康是可持续发展的核心，因为如果没有公共健康，那么任何其他方面的人类发展都不可能。

3 良好健康与福祉

可持续发展目标 3.
确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉

非法吸毒对吸毒者的健康以及更广泛的公共健康的影响众所周知，证据充分。可持续发展目标的具体目标 3.5 是“加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精的预防和治疗”。预防、治疗、护理、复原、康复以及重返社会措施和方案全都对解决吸毒问题和减少吸毒的不利社会健康影响有作用。

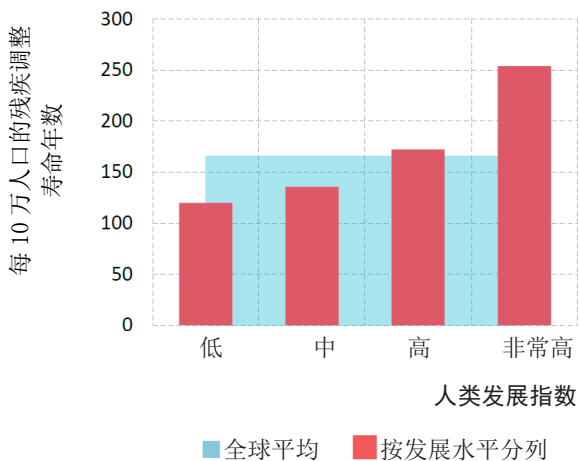
除直接源于毒品精神作用和生理作用的身体状况外，某些吸毒形式和服用方式是感染其他疾病的重要风险因素；这不仅影响吸毒者，还影响其接触人员。如上一章所述，吸毒者面临着许多潜在健康风险和后果，包括吸毒过量、自杀、创伤导致的心理健康问题、残疾以及早亡。

面临不利健康后果的吸毒者主要是逐渐上瘾并受吸毒疾患影响的人。毒品和犯罪问题办公室估计，截至 2014 年，在 2.5 亿上年度吸毒者中，超过 2,900 万人有吸毒疾患（见第 1 页）。尚未上瘾的偶尔或经常吸毒仍有可能带来一些健康风险，尤其是吸毒可能改变一个人在毒品影响下的行为；即使仅有一次或少数几次，都可能具有损害效应。由于非法毒品市场上以某种名称出售的产品可能含有各种物质，吸毒者并不了解其所消费的物质，因此还有额外风险。此外，偶尔吸毒本身还有可能上瘾。

某些吸毒者可能设法在经常吸毒的同时融入社会生活，因此不符合人们对问题吸毒者的成见印象，但这并不妨碍其逐渐上瘾，只不过要经过较长时间才会感受吸毒的危害。一般说来，吸毒后果可在个人生活的两个不同方面独立形成：健康和社会。有时健康状况对一个人的社会生活影响可能有限；但吸毒的社会影响可能比健康后果更为严重。一般而言，吸毒的社会后果在吸毒疾患后期才会出现。

全球每年约有 20 万人因吸毒丧命。经常吸毒者往往身有残疾，死得早。全球疾病负担研究量化了数百种疾病、伤痛和风险因素的不良健康影响。研究显示，类阿片、可卡因、苯丙胺类药物和大麻 2013 年因早亡或残疾而丧失岁数合计近 1,200 万岁²，其中超过 800 万岁与使用类阿片有关。³ 根据研究数据，发达国家似乎受吸毒的整体健康影响更大(见图 3)。

图 3 | 2013 年按发展水平分列的每 10 万人口的吸毒疾患负担^a



资料来源：联合国开发计划署（开发署）人类发展指数；疾病负担（残疾调整寿命年数）数据来自华盛顿大学健康指标与评估研究所，《全球疾病负担比较》，2015 年。可查阅 <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>。

注：基于人类发展指数的所谓的“低”、“中”等等基于开发署定义。

^a 类阿片、可卡因、大麻和苯丙胺类药物带来的总体负担，不包括“其他毒品”。

² 包括“其他吸毒疾患”类别在内的所有毒品数字是 1,800 万丧失岁数。

³ Christopher J. L. Murray 等人，“全球、区域和国家 306 种疾病和伤痛的残疾调整寿命年数以及 188 个国家的预期健康寿命，1990-2013 年：量化流行病的转变”，《柳叶刀》，第 386 卷，第 10009 期（2015 年），第 2145-2191 页。

可持续发展目标的具体目标 3.3

到 2030 年，消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带疾病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病

流行病和传染病对数百万人的健康有着不良影响，对可持续发展构成了巨大挑战，这就是为什么可持续发展目标具体目标 3.3 为“到 2030 年，消除艾滋病、结核病等流行病，抗击肝炎、水传播疾病和其他传染病”。为了加强疾病预防和治疗，有必要更好地了解其风险因素。吸毒有关的最大风险因素之一来自吸毒方式，尤其是注射吸毒。抽、吞、吸可导致各种健康问题，但注射毒品会导致过量、血管损伤、脓肿和感染的风险要大得多，尤其是容易传播艾滋病毒和丙型肝炎之类的血源性病毒。

目前估计全世界约有 1,170 万注射吸毒者，其中约有 160 万人（14.0%）携带艾滋病毒。注射吸毒者估计占有艾滋病毒感染者的约 5-10%，⁴ 占撒哈拉以南非洲地区以外新增艾滋病毒感染病例的约 30%。⁵ ⁶ 对接触感染源而致艾滋病毒传播的概率的科学估计显示，共用针头吸毒具有较高的经接触传播风险（尽管大大低于输血传播或未经抗逆转录病毒治疗的母婴传播）。^{7, 8}

艾滋病毒传播并非吸毒的唯一的健康后果。根据关于全球疾病负担数据，吸毒作为一个风险因素占丙型肝炎导致肝硬化从而造成死亡人数的 32%，以及肝癌导致死亡人数的 14%。⁹

吸毒还可能加大道路交通事故（在毒品影响下驾驶）以及工作场所事故风险，从而对公共健康造成影响，这不仅对吸毒者而且对其周围的人造成严重伤害。

⁴ 艾滋病规划署，《数说艾滋病》（日内瓦，2013 年）。

⁵ 艾滋病规划署，《GAP 报告：注射吸毒者》（日内瓦，2014 年）。

⁶ 《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），第 6 页。

⁷ Pragna Patel 等人，“估计由行为导致的艾滋病毒传播风险：系统综述”，《艾滋病》，第 28 卷，第 10 期（2014 年），第 1509-1519 页。

⁸ Rebecca F. Baggaley 等人，“艾滋病毒 I 型的非胃肠道接触和输血传播风险：系统评价与综合分析”，《艾滋病》，第 20 卷，第 6 期（2006 年）。

⁹ 健康指标和评价研究所，全球疾病负担比较。可查阅 www.healthdata.org/。

性行为 and 吸毒的健康影响

吸毒可间接对社会健康产生影响的途径之一涉及吸毒者的性行为，这在注射吸毒者之类的高危群体中尤其令人担忧，对他们来说，吸毒本身引起的传播风险增高可能正是某些性传播疾病高发的原因（或者一个重要的推动因素）。男男性行为者和变性者等其他高危群体非注射吸毒时更可能实施冒险行为，这也可能产生影响。

研究证实，在吸毒模式与性行为之间存在联系。难以理解吸毒与性行为之间的因果关系，但下述模式是明确的：吸毒者将性传播疾病传给配偶和伴侣；吸毒者为了弄到钱吸毒而从事性工作；吸毒者在某些毒品，尤其是兴奋剂和“派对毒品”的影响下实施高危性行为。来自印度、缅甸和乌克兰的地方报告证明了与注射吸毒有关的艾滋病毒传播，主要是通过异性间的接触传播给普遍人群。¹⁰

亚洲艾滋病委员会的报告¹¹描述了印度尼西亚的一个例子。在这个例子中，艾滋病毒并未在性产业中蔓延，直至艾滋病毒的传播在注射吸毒者中达到一个非常高的水平数年后。


据猜测，某些毒品的使用会增强或降低性欲以及性活动的水平，具有放纵作用，使得吸毒者实施更安全性行为的可能性降低，从而加大了吸毒对健康的不良影响。可卡因和苯丙胺类兴奋剂之类的兴奋剂是最常提到的将高危性行为与艾滋病毒传播联系起来的毒品。还有一种看法是许多人利用苯丙胺类药物的刺激作用而放纵性行为，包括高危性行为，苯丙胺类药物产生的冲动可能使吸毒者更可能实施没有保护的性行为。例如，美国的一项研究发现，甲基苯丙胺吸毒与更频繁的无保护性行为以及感染性传播疾病包括艾滋病毒的风险有关，无论是什么性别、年龄、种族、族裔或性取向。¹²

¹⁰ Steffanie A. Strathdee 和 Susan G. Sherman, “性传播在注射和非注射吸毒者感染艾滋病毒中的作用”, 《城市健康杂志》, 第 80 卷, 第 4 号, 增刊第 3 期 (2003 年), 第 iii7-iii14 页。

¹¹ 《在亚洲重新给艾滋病下定义: 编写一份亚洲艾滋病委员会的有效应对报告》(新德里, 牛津大学出版社, 2008 年)。

¹² F. Molitor 等人, “性行为中吸食甲基苯丙胺与高危性行为相结合以及非注射吸毒者中的艾滋病毒感染”, 《西部医学杂志》, 第 168 卷, 1998 年, 第 93-97 页。

吸毒对性别平等以及妇女赋权的影响

<p>5 性别平等</p> 	<p>可持续发展目标 5. 实现性别平等, 增强所有妇女和女童的权能</p>
--	--

与男子相比，受吸毒疾患影响的妇女更加脆弱，受到的羞辱也更多。她们同时忍受着比男子更严重的精神健康障碍，并且更有可能遭受暴力和虐待。而她们参加戒毒治疗方案的可能性远低于男子，这会减少她们重新融入社会的机会，加剧她们作为吸毒者的羞辱感。¹³ 因此，吸毒可能对性别平等和妇女赋权具有直接的负面影响。

毒品问题的许多方面对性别平等以及因此对社会发展具有影响。鉴于吸毒的男子远多于妇女，关于吸毒者的研究、指导方针和培训方案仍主要侧重于男子，未能针对女性吸毒模式的特殊性。吸毒对妇女的影响比对男子更大，因为妇女往往得不到对吸毒疾患的系统治疗。

吸毒妇女面临着各种问题，使其更容易受艾滋病毒（及其他严重健康问题）影响，例如性工作、性传播感染、病毒性肝炎、心理健康问题、生殖健康问题、儿童保育、羞辱和暴力，除此之外还缺乏性别敏感的健康服务。¹⁴ 尤其是注射吸毒妇女，她们是一个极其脆弱的群体，往往难以接触，甚至其相关数据都比男性注射吸毒者的数据有限。

吸毒对妇女健康的间接后果不仅在于艾滋病毒通过共用注射器具在注射吸毒者之间的传播，而且由于避孕套等保护措施使用不充分，注射吸毒者（主要是男性）会将艾滋病毒传播给其配偶及其他性伴侣。尽管她们也有自己的一系列风险因素，但一般说来，共用注射器具、有多个性伴侣、不怎么使用避孕套、具有行暴力行为以及对艾滋病毒感染情况和吸毒的风险认知差以及很少接受艾滋病毒检测的注射吸毒男子的女性性伴侣承受着风险。¹⁵ 在对印度超过 4,000 名注射吸毒男子的女性性伴侣进行的调查中，年轻、早婚（超过一半在 18 岁以前结婚）、伴侣不

¹³ 《2015 年世界毒品问题报告》，第 17 页。

¹⁴ Tasnim Azim, Irene Bontell 和 Steffanie A. Strathdee, “妇女、毒品与艾滋病毒”, 《国际药物政策杂志》, 第 26 卷, 增刊第 1 期 (2015 年), 第 S16-S21 页。

¹⁵ 同上。

体贴、可诊断的心理健康问题（主要是抑郁）、决策权力少以及经济依赖是其中许多妇女的特点，这些妇女还报告说经常遭受家庭暴力，但在这种情况下很少寻求帮助。¹⁶

吸毒与亲密伴侣或家庭成员之间的暴力行为

吸毒已被认定为家庭暴力的一个重要风险因素。由于这类暴力尤其影响妇女和儿童，吸毒实际上可以被看作对妇女和女童的暴力行为的加剧因素，根据可持续发展目标的具体目标，应该消除公共和私营部门针对妇女和女童一切形式的暴力行为。

可持续发展目标的具体目标 5.2

消除公共和私营部门针对妇女和女童一切形式的暴力行为，包括贩卖、性剥削及其他形式的剥削

阿富汗研究发现，吸毒会导致家庭暴力，接受调查的家庭成员中有超过一半的人报告说他们在与吸毒有关的冲突中遭到了吸毒亲属的殴打或者殴打了吸毒的亲属。¹⁷ 在印度，179 名家有吸毒男性的妇女样本中，43% 报告了家庭成员的身体暴力，50% 报告了语言攻击。¹⁸

研究显示，男女吸毒之路并不相同，妇女最初吸毒与她们同男子的关系有很大关系。¹⁹ 在美国对接受阿片剂替代疗法（利用美沙酮）的 416 名妇女的一项调查发现，经常使用“快客”的吸毒妇女随后遭受亲密伴侣暴力行为的可能性增大了。²⁰

注射吸毒妇女也可能遭受亲密伴侣或执法人员（或

客户，对注射吸毒的女性工作者）的暴力行为。研究还显示，遭受亲密伴侣暴力行为的妇女不大可能使用避孕套，并且很可能共用注射器具、拥有多个性伴侣以及从事性交易。²¹

吸毒问题对家庭、儿童和青年的影响

“人是可持续发展的核心……对造福所有人，尤其是世界儿童、青年和子孙后代作出了承诺。”²²

吸毒可能对社会发展产生不良影响的另一种方式是破坏社会基本细胞——家庭——的运行以及寄托着家庭未来的儿童和青年的幸福。

家庭

不同吸毒模式的影响类型和程度各不相同。一些人吸毒对家庭可能几乎没有影响或影响很小；但还有一些人吸毒则可能明显影响家庭结构和婚姻关系，引发家庭暴力和对子女的虐待与忽视，以及影响家庭经济。吸毒常常引发虐待儿童和家庭暴力，并导致对婚姻不满意、家庭破裂以及抛弃家庭成员。²³

毒品和犯罪问题办公室对阿富汗吸毒者的一项调查发现，将近 70% 吸毒者家庭因家庭成员吸毒遇到过经济问题，吸毒导致吸毒者的经济贡献减少，从而造成家庭总收入下降。受调查家庭成员报告说，60% 吸毒者亲属后来丢掉了工作。近一半受调查家庭成员还说，因为家里有人吸毒，他们不得不举债；近 70% 的人报告说吸毒导致其面临经济困难；三分之一家庭成员指出，他们因此缺吃少穿。²⁴

吸毒的父母可能对其子女的发展产生负面影响，但儿童、青少年和青壮年吸毒也可能对一个家庭产生深刻影响，影响到生活状态以及与父母、兄弟姐妹和其他大家庭成员的关系，常常引起愤怒、悲伤、焦虑、羞耻和失落的情绪。吸毒儿童的父母将其自身的身体和心理健康恶化与忍受子女的吸毒问题带来的压力和冲突联系起来。吸毒儿童的兄弟姐妹会

¹⁶ 毒品和犯罪问题办公室南亚区域办事处，《印度妇女与吸毒问题：妇女、吸毒和脆弱性》，Pratima Murthy 编辑（新德里，2008 年）。

¹⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》（维也纳，2014 年）。

¹⁸ P. Murthy，《妇女与吸毒：印度问题》（印度社会正义和赋权部，以及联合国国际药物管制规划署南亚区域办事处，2002 年）。

¹⁹ Tammy L. Anderson，“吸毒与性别”，载于《自我毁灭行为与被贬低的身份》，第 4 卷，《犯罪学和异常行为百科全书》，Charles E. Faupel 和 Paul M. Roman 编辑（费城，Brunner-Routledge，2001 年），第 285-289 页。

²⁰ Nabila El-Bassel 等人，“药物滥用与亲密伴侣的暴力行为之间的关系：对接受美沙酮治疗的妇女的一项纵向调查”，《美国公共健康杂志》，第 95 卷，第 3 期（2005 年），第 465-470 页。

²¹ Azim, Bontell 和 Strathdee，“妇女、毒品与艾滋病毒”（见脚注 14）。

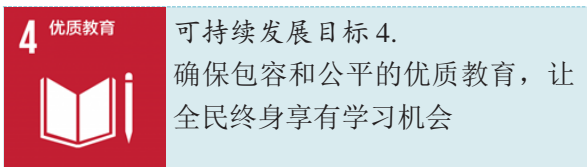
²² 可持续发展目标开放工作组建议的措辞。

²³ Kenneth J. Gruber 和 Melissa F. Taylor，“从家庭的角度看物质滥用：文学的影响”，《毒瘾方面的社会工作实践杂志》，第 6 卷，第 1 和 2 期（2006 年），第 1-29 页。

²⁴ 《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》。

觉得与吸毒的兄弟姐妹不再亲密了，他们自己也可能面临吸毒危险或被故意引上吸毒之路，使得吸毒更成问题。²⁵

儿童



可持续发展目标的具体目标 16.2

制止对儿童进行虐待、剥削、贩卖以及一切形式的暴力和酷刑

儿童似乎是多项可持续发展目标特别关注的一个群体，尤其是目标 1（涉及贫困儿童的具体目标 1.2）、目标 2（涉及营养不良）、目标 3（涉及新生儿和儿童死亡率）、目标 4（涉及教育）和目标 16（涉及对儿童的暴力行为的具体目标 16.2）。然而，儿童成长直接掌握在其父母手中，父母的养育技巧对后代有着深刻的影响。飘摇动荡的家庭和生活环境因素，例如漂泊的生活状态、不稳定的照看以及吸毒父母实施的暴力，这些都与儿童心理和情感发育问题息息相关。此外，吸毒父母可能不在子女身边，原因是吸毒导致丧失行动能力或者把时间花在获得毒品上、在接受治疗或者在监狱里。²⁶

爱尔兰的一项研究显示，阿片剂上瘾对育儿过程有着特殊影响，尤其是对父母在物质和情感上给予子女照顾以及提供一贯温馨的环境的能力。所涉因素与父母专注于毒品的供应和获得、类阿片中毒和停药的影响、一门心思想着毒品以及情绪不稳定有关。吸毒父母报告说他们知道自己作为父母的局限性，对自己对子女的照顾、关怀以及给予子女稳定的生活感到不满意。²⁷

青年

²⁵ Marina Barnard, 《毒品成瘾与家庭》（伦敦，Jessica Kingsley 出版社，2006 年）。

²⁶ Marija G. Dunn 等人，“吸毒家庭忽视儿童的原因和后果”，《临床心理学评论》，第 22 卷，第 7 期（2002 年），第 1063-1090 页。

²⁷ Diane M. Hogan，“阿片剂依赖对育儿过程的影响：环境、生理和心理因素”，《成瘾研究与理论》，第 15 卷，第 6 期（2007 年），第 617-635 页。

可持续发展目标的具体目标 4.4

到 2030 年，大幅增加掌握就业、体面工作和创业所需相关技能，包括技术性和职业性技能的青年和成年人数

吸毒所影响的人往往正当盛年，青年沉迷于吸毒和非法毒品交易而不从事正当职业或接受教育，这些给个人和社区发展造成了独特障碍。根据与文化环境和吸毒环境有关的各种因素，例如毒品类别以及特殊毒品的供应，年轻人可能容易受到诱惑，具有吸毒风险。

发展与青年吸毒和贩毒之间没有直接因果关系，因为这些因素全都彼此关联。理解青年风险因素的一个关键特点在于其相互联系的特性，尤其是在吸毒疾患发作方面。²⁸

社会发展对毒品问题的影响

替代发展之类的所有发展干预措施都有明确目的，其中之一就是减少非法毒品作物的种植。有充分证据证明，只有当干预措施成功地改善了社区发展状况，人们才会放弃非法种植。²⁹

更广泛地说，正如吸毒对发展有着严重影响一样，某些社会经济因素，例如贫困、教育落后以及缺乏卫生保健服务也能对吸毒产生不良影响。不平等、社会交往的缺失以及替代生计的缺乏等等，全都可以看作发展不足，对毒品问题的这个或那个方面起着推动作用。贫困、失业、教育落后、家庭暴力以及社会不利条件是与社会发展有关的脆弱点，能够助长吸毒。此外，由于普遍缺乏关于毒品及其影响的准确、实用和现实的信息，文化和受教育水平低的有吸毒患者可能难以了解尤其是与吸毒成瘾风险有关的毒品潜在的不良影响。³⁰

有些国家拥有完善而组织严密的卫生保健服务体系、训练有素的工作人员以及用于核发和处理进出口许可的有效程序，它们往往能更好地确保用于医

²⁸ Charlie Lloyd，“问题吸毒的风险因素：确定弱势群体”，《毒品：教育、预防和政策》，第 5 卷，第 3 期（1998 年），第 217-232 页。

²⁹ 见《2015 年世界毒品问题报告》，第二章。

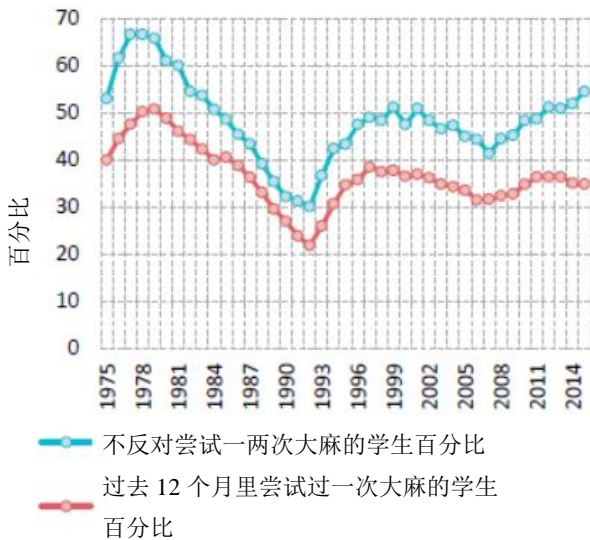
³⁰ 毒品和犯罪问题办公室阿富汗国家办事处，“社区毒品概况第 5 号：喀布尔市问题吸毒评估”，（喀布尔，2003 年），第 25 页。

疗目的的类阿片供应。据国际麻醉品管制局（麻管局）称，镇痛麻醉药品的消费主要集中在北美洲、西欧和大洋洲国家，³¹ 其中一些区域也有一些地方滥用处方类阿片程度较高。根据国家卫生统计中心的数据，³²2002 年以来，每年美国吸毒过量致死总人数中超过 40% 与处方类阿片有关。街头帮派成员利用美国的滥用处方类阿片问题来贩运处方药物，尤其是氢可酮和氧可酮。³³

社会规范与吸毒

社会发展能够影响毒品问题的另一个间接途径是支持或破坏能够提高（或降低）易受吸毒诱惑程度的现有社会结构。其中一个方面与正在演变的社会规范有关，一个人吸毒的倾向，尤其是开始吸毒或者开始一种新的吸毒行为，会受到其认为身边的熟人、家人、社区、同辈群体以及整个社会对该特定行为的接受程度的影响。

图 4.4 | 1975-2015 年美国十二年级学生大麻吸毒状况与大麻吸毒态度的对比



资料来源：“监测未来”研究：美国卫生和公众服务部（1975-1994 年），以及密歇根大学社会研究所（1995-2015 年）。

由于社会和社会规范在变化，吸毒倾向可能也会发生变化。例如，在吸毒或者认可吸毒的家庭，儿童吸毒的发生率高于很少吸毒并且不能容忍吸毒的家

³¹ 麻管局，“医用麻醉药品的供应”。可查阅 www.incb.org。

³² <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/over-dose-death-rates>。

³³ 美国缉毒局，《2015 年国家毒品威胁评估摘要》（2015 年 10 月）。

庭的儿童。一项研究显示，有吸毒疾患者的子女长大后有吸毒和酗酒问题的比其同辈高七倍。³⁴

美国学校调查的结果提供了对大麻吸毒的接受度指标，用不反对尝试一两次大麻的学生（18 岁或以上）所占百分比来衡量；1975-2015 年期间这一指标的趋势反映了大麻流行率趋势。事实上，在预测大麻吸毒趋势方面，这一反对指标比所感知的获得大麻的容易程度指标稍好一些。尽管从长期可以观察到这一模式，但近年来趋势开始出现分化，这可能与美国一些州的大麻政策变化有关。

最近对智利学生吸毒情况的一项调查（涵盖小学八年级到中学四年级的学生）结果反映了类似的模式。2013 年，大麻上年度流行率急剧上升（达到 30.6%，而 2011 年为 19.5%）；与此同时，几个认知指标（包括父母不赞成）显示出对大麻吸毒接受度上升的重大转变以及风险认知的降低。³⁵

大不列颠及北爱尔兰联合王国的非法毒品市场变化多端，地方经济鲜有机会。生活在贫困地区的年轻人已然遭到社会排斥。对他们的一项调查发现，年轻人正在经历娱乐性吸毒与问题吸毒之间的规范性文化障碍的削弱，从大麻吸毒转向海洛因吸毒的风险增大了。³⁶ 对于发展中国家正在快速变化的毒品市场上同样贫困的群体来说可能也是如此。

有 50 多篇文章关于学校预防吸食毒品以及其他物质的教育方案。对这些文章审查发现了用于使这些方案适应不同学校和环境的各种文化因素，并评估了纳入这些因素是否改善了结果。研究发现，改善学校预防吸毒方案参与者的结果的因素包括纳入参与者文化和种族认同的积极价值观，例如虔诚。³⁷

³⁴ Neil P. McKeganey 等人，“青春期前的孩子与非法毒品”，《毒品：教育、预防和政策》，第 11 卷，第 4 期（2004 年），第 315-327 页。

³⁵ 智利全国吸毒和酗酒预防和康复服务，智利内政和公共安全部，“第十次全国普通人口毒品调查：主要结果”（智利圣地亚哥，智利毒品观察站，2014 年）。

³⁶ Robert MacDonald 和 Jane Marsh，“孤注一掷：青年的转变、贫困、毒品和社会排斥”，《国际药物政策杂志》，第 13 卷，第 1 期（2002 年），第 27-38 页。

³⁷ Anne M. Gewin 和 Bobby Hoffman，“在学校吸毒预防中引入文化变量”，《毒品：教育、预防和政策》，第 23 卷，第 1 期（2016 年），第 1-14 页。

移徙与吸毒

可持续发展目标的具体目标 10.7

促进有序、安全、正常和负责的移民和人口流动，包括执行合理规划和管理完善的移民政策

移徙的诸多风险之一是可能影响吸毒模式，不仅在于移民可能因移徙而接触新毒品，还在于移民往往生活在远离家人及其他网络支持的具有挑战性的新环境中。毒品和犯罪问题办公室在阿富汗开展了一项研究，对经常吸毒（鸦片、大麻、海洛因和安定剂）六个月以上的 3,000 多人进行了访谈。研究发现，26%的访谈对象在伊朗伊斯兰共和国开始吸毒，8%在巴基斯坦开始吸毒。³⁸ 所有省份重点小组讨论参与者都提到移民所面临的问题可能促使他们吸毒。阿富汗的一项早期研究也得出过类似的结论：鸦片吸毒者中，40%（全部都是男性）在伊朗伊斯兰共和国开始使用阿片剂，4%在巴基斯坦开始使用阿片剂。³⁹

移徙本身能直接影响吸毒模式，同时，安全可行的移徙渠道的缺乏（加上环境灾难、冲突及政治和社会动乱等各种根本原因）会造成人们流离失所，使境内流离失所者和难民集中组成社区，生活多方面恶化，从而加剧了贫困并造成失业。这为吸毒现象的出现创造了条件，例如吸毒可以作为逃避社会压力和冲突后境遇的一种手段。

对因冲突而流离失所者心理健康的一项研究显示了与创伤后应激障碍和抑郁的联系，创伤后应激障碍和抑郁可能导致开始吸毒或进一步沉迷于吸毒。⁴⁰ 对六种长期流离失所环境——伊朗伊斯兰共和国、肯尼亚、利比里亚、巴基斯坦、泰国和乌干达北部——中的难民和境内流离失所者进行的一项研究发现，各种各样的麻醉药品、精神活性物质以及其他物质，例如阿片剂、卡塔叶、苯二氮卓类和酒精，造成了广泛的健康、社会和保护问题。该研究还发现，流离失所的经历，包括驱逐、生计限制、绝望

³⁸ 《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》（见脚注 17）。

³⁹ 毒品和犯罪问题办公室，“阿富汗吸毒情况：2009 年调查——内容提要”（2009 年）。

⁴⁰ Zachary Steel 等人，“将酷刑和其他可能的创伤事件与遭遇大规模冲突和流离失所人口中的心理健康结果相联系：系统评价与综合分析”，《美国医学会杂志》，第 302 卷，第 5 期（2009 年），第 537-549 页。

以及不确定的未来可能使得社区尤其难以抗拒吸毒及其影响，并且正在发生变化的社会规范和网络（包括周围地区的人）可能导致吸毒模式发生变化并且有可能变得更加有害，并产生社会成本。⁴¹

移民在原籍国、过境、临时避难或重新安置期间可能逐渐产生与吸毒和使用其他物质有关的问题，报告了在这些环境下毒品上瘾的各种风险因素，包括男性社会性别、遭遇战争创伤、流离失所以及同时存在的心理健康问题。⁴²

社会排斥、创伤和吸毒之间的联系

可持续发展目标的具体目标 10.2

到 2030 年，增强所有人的权能，促进他们融入社会、经济和政治生活

可持续发展目标的具体目标 10.3

确保机会均等，减少结果不平等现象，包括取消歧视性法律、政策和做法，推动与上述努力相关的适当立法、政策和行动

显然，并非所有吸毒者均为边缘化人群，也不是所有边缘化人群都会吸毒。不过，边缘化可以被看作是吸毒的原因之一，正如吸毒可以被看作是一些吸毒者边缘化的原因之一：吸毒可导致生活条件恶化，而社会边缘化过程可能是开始吸毒的一个原因。⁴³

由于边缘化不容易直接衡量，因此不适合量化研究。不过，有几个对边缘化来说绝对的风险因素已被证明与吸毒有联系，包括失业、无家可归、监禁、性工作和弱势青年（例如遭受家人虐待和暴力伤害的年轻人）。⁴⁴ 例如，对荷兰四个较大城市（阿姆斯特丹、鹿特丹、海牙和乌特勒支）无家可归者进行的一项群组研究发现，43% 无家可归成年人以及 63% 无家可归年轻人在上个月吸食过大麻。⁴⁵ 在爱尔兰

⁴¹ Nadine Ezard 等人，“因冲突而流离失所人口的酗酒和吸毒情况的六项快速评估”，《冲突与健康》，第 5 卷，第 1 期（2011 年）。

⁴² Kamaldeep Bhui 和 Nasir Warfa，“索马里冲突地区的毒品消费”，《公共科学图书馆—医学》，第 4 卷，第 12 期（2007 年）。

⁴³ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2003 年年度报告：欧洲联盟和挪威毒品问题状况》（里斯本，2003 年）。

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ Margriet van Laar 等人，《欧洲毒品和毒瘾信息网国家联

兰进行的一项研究发现，67%无家可归前囚犯吸毒成瘾。⁴⁶

另据报告，高危行为，例如注射毒品和共用注射器具，在无家可归者中很普遍。⁴⁷2015年，联合王国慈善机构“无家可归链接”进行的研究发现，34%“胡乱找地方睡觉”的人（一般睡在室外不舒适的地方）在上个月吸食过海洛因，37%的人使用过“快客”或可卡因。⁴⁸另外，在巴西进行的一项侧重于“快客”或类似的可抽吸可卡因（因此不包括盐酸可卡因）的经常⁴⁹吸毒者概况研究⁵⁰发现，这些吸毒者中有超过三分之一整天在街上游荡，其中不到四分之一的人上过中学，尽管超过95%的人在其一生某个阶段上过学。该研究还发现，超过70%的吸毒者利用器具分享他们的毒品，这种模式让人对传染病尤其是病毒性肝炎的传播感到担忧。此外，这些吸毒者中的艾滋病感染率比巴西普通人群高八倍（5.0%对0.6%）。

吸毒本身也能够导致边缘化。在一些社会，作为吸毒者所受到的污名化和歧视将他们推向社会边缘。有吸毒患者常常被自己的社区和家人疏远。经常吸毒者的边缘化和污名化对其就业机会和社会关系也存在不利影响。污名化和社会排斥能够导致人力资本的损失，因为吸毒者无法协助或参与一系列社区活动，例如履行公民义务，参加义务工作、体育俱乐部、宗教集会以及文化活动。污名化还会造成身心健康状况恶化、戒毒治疗半途而废以及更多地实施高危行为，例如共用注射器具。⁵¹

络点向欧洲毒品和毒瘾监测中心提交的报告：2014年荷兰毒品状况》（里斯本，2015年）。

⁴⁶ Claire Hickey, 《2002年犯罪与无家可归状况》（都柏林，聚焦爱尔兰和PACE, 2002年）。

⁴⁷ 《2003年年度报告：欧洲联盟和挪威毒品问题状况》。

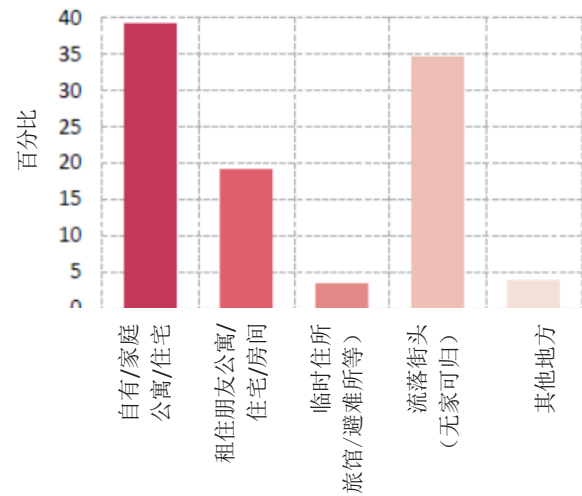
⁴⁸ Stephen Holland, “无家可归者健康数据显示海洛因和可卡因依赖在女性中比在男性中更加普遍”，2015年8月5日。可查阅 www.homeless.org.uk/。

⁴⁹ “经常吸毒者”的定义是过去六个月中有25天或25天以上吸食过毒品的人。

⁵⁰ 巴西国家毒品政策秘书处，“巴西‘快客’吸毒者和/或类似吸毒者概况”（里约热内卢，2013年）。

⁵¹ James D. Livingston等人，“旨在减少吸毒疾患相关侮辱的干预措施有效性：系统综述”，《毒瘾》，第107卷，第1期（2012年），第39-50页。

图. 5 巴西“快客”经常吸毒者的生活状况



资料来源：巴西“快客”及/或类似毒品吸毒者概况（巴西国家毒品政策秘书处，2013年）。

吸毒成瘾与失业：恶性循环

吸毒成瘾与社会不利条件包括失业和贫困之间显然存在正相关关系。吸毒与就业状况之间的关系很复杂，有互为因果关系的特点：吸毒会提高失业风险，而失业也会提高吸毒风险。

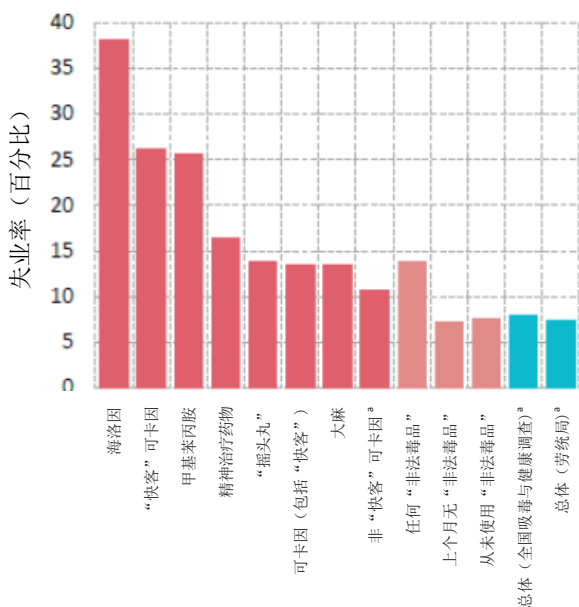
吸毒会降低生产率和减少就业工作机会，从而妨碍个人的就业前景。反过来，失业能够导致紧张和焦虑、经济困难、不满意和不满，这些都是开始吸毒、持续吸毒、变本加厉地吸毒或者重新开始吸毒的风险因素。例如，在美国，18岁及以上年龄人群中任何毒品的上个月流行率在失业者中平均为18%，在兼职工作者中为10%，而在全职工作者中为8%，在“其他类别”如退休人员中不到6%。⁵²来自欧洲毒品和毒瘾监测中心的30个欧洲国家的数据⁵³显示，2013年，在所有因吸毒疾患而接受治疗的劳动力人口中，至少有一半处于失业状态。⁵⁴毒品和犯

⁵² Alejandro Badel 和 Brian Greaney, “美国吸毒与就业关系探讨”，《区域经济学者》，2013年7月。可查阅 www.stlouisfed.org/publications/regional-economist/july-2013/exploring-the-link-between-drug-use-and-job-status-in-the-us。

⁵³ 这些数据指欧洲联盟28个成员国、挪威和土耳其。

⁵⁴ 在已知就业状况的所有参与者中，“失业/灰心”参与者比例为50%，不包括学生。该总数包括被归类为“其他”的人以及“领取福利金的人/领取退休金的人/从事家务劳动者/残疾人”。这些类别有可能包括不属于劳动力的人；如果考虑到这一点，失业人员的比例会更高。

图. 6 | 2013年美国上个月各种毒品吸毒者失业率^a



资料来源：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》，《全国吸毒与健康调查系列丛书》；数据来自密歇根大学政治和社会研究校际联盟主办的“国家成瘾和艾滋病毒数据档案方案” (<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>)。

^a 详情，包括基于国家吸毒与健康调查和美国劳工统计局（劳统局）数据的失业率方面的方法差异，见本报告的在线方法部分。

罪问题办公室的一项关于阿富汗吸毒状况的研究也发现了吸毒与就业状况之间的明显联系。⁵⁵

美国上个月吸毒者就业状况详细分类显示，不同种类毒品与失业的联系紧密程度不同。海洛因、甲基苯丙胺和快克可卡因与失业联系最紧密，不论是在上个月吸毒者失业率方面还是失业者上个月吸毒的可能性（与有工作的人相比）方面均如此。上个月海洛因吸毒者失业率为 38%，而失业者吸食海洛因的可能性几乎比从事全职工作者高 10 倍（流行率分别为 0.59% 和 0.060%）。与一般可卡因相比，在快克可卡因的情况下该联系要牢固得多（见图 6 和 7）。

问题吸毒可能会通过几个途径影响一个人找到并保住一份工作的几率。首先，有吸毒患者可能受到一系列严重的个人、健康、生活方式及其他问题困扰，在他们能够成功完成从福利到工作方案或者开始从事并保住有偿工作之前必须先解决这些问题。

⁵⁶ 其次，吸毒可能与其他因素有关，例如缺乏资历、

⁵⁵ 《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》。

⁵⁶ Peter A. Kemp 和 Joanne Neale, “就业能力和问题吸毒

文化水平低以及工作经历乏善可陈，这些因素本身会降低吸毒人员在就业市场上的竞争力。⁵⁷ 第三，社会环境可能造成更多障碍，例如不给有犯罪记录者工作机会以及吸毒人员的污名化，由此导致雇主和社会服务（例如儿童保育）提供者的歧视性做法。第四，许多有吸毒患者可能很明显技能有限、资历差或没有资历，尤其是监禁导致的工作经历空白以及犯罪记录可能使其找工作极其具有挑战性，以致于就像是一场毫无意义的冒险。⁵⁸

吸毒有可能限制个人的就业机会，而找不到合适工作带来的挫败感能够刺激毒品消费，造成恶性循环，尤其是就吸毒成瘾者而言。

污名化如何影响毒品对策的有效性

正如社会发展水平高会使得政府应对毒品问题的努力更有效一样，社会环境中的缺陷会阻碍减少非法毒品供应和需求的努力。尤其是，可能连卫生保健部门工作人员都对吸毒人员持侮辱性态度，而这会妨碍其对吸毒者实施有效治疗的能力。

有几项研究认定污名化是吸毒者获得卫生保健和治疗服务的一大障碍，因为一些卫生保健人员对有吸毒患者持负面看法，包括过度使用系统资源、不在自身健康方面投资、通过寻觅毒品和转作他用滥用系统以及未遵从治疗和护理建议。^{59、60} 卫生专业人员调查发现，他们可能对吸毒成瘾者持有负面或刻板看法，这可能影响高质量护理服务，而对护士的调查发现，对待吸毒人员的负面和惩罚性态度相对普遍。卫生专业人员审判式的冷漠或敌视态度和看法有可能阻碍问题吸毒者获得卫生保健服务。⁶¹

者”，《关键社会政策》，第 25 卷，第 1 期（2015 年），第 28-46 页。

⁵⁷ Harry Sumnall 和 Angelina Brotherhood, 《重返社会和就业：证据和对受治吸毒者的干预措施》，欧洲毒品和毒瘾监测中心《见解丛书》第 13 号（卢森堡，欧洲联盟出版局，2012 年）。

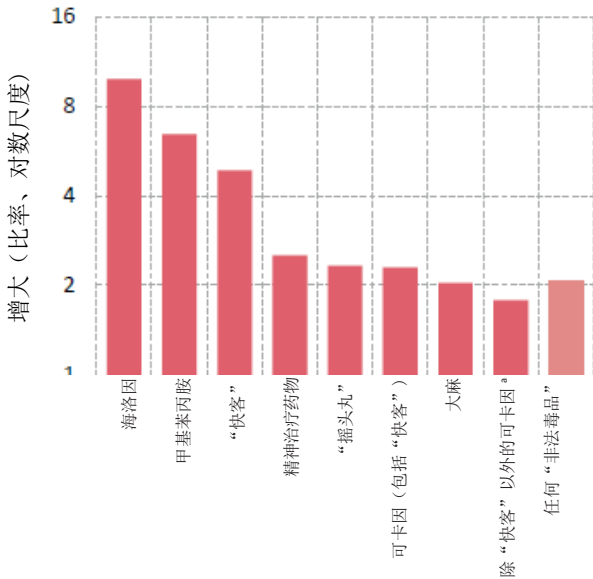
⁵⁸ J. Spencer 等人, 《让问题吸毒者（重新）获得工作》（伦敦，联合王国毒品政策委员会，2008 年）。

⁵⁹ Livingston 等人, “旨在减少与吸毒患者有关的侮辱的干预措施的有效性”。

⁶⁰ T. M. Ronzani, J. Higgings-Biddle 和 E. F. Furtado, “巴西东南部初级护理人员对酗酒者和吸毒者的侮辱”，《社会科学和医学》，第 69 卷，第 7 期（2009 年），第 1080-1084 页。

⁶¹ Natalie Skinner 等人, “向吸毒者提供卫生保健服务中的侮辱和歧视：价值观、情感和正当性判断的作用”，《应

图. 7 | 2013 年美国失业人口较之于全职工作人口上个月使用各种毒品的可能性更高



资料来源：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》，《全国吸毒与健康调查丛书》；数据来自密歇根大学政治和社会研究校际联盟主办的“国家成瘾和艾滋病毒数据档案方案”（<http://doi.org/10.3886/ICPSR35509.v3>）。

^a 见本报告的在线方法部分。

一般说来，注射吸毒者会被看作对卫生保健人员以及社区的威胁，因为他们可能让人感到害怕和警觉，其原因之一是针头有关的伤害和血源性病毒的传播这一假想威胁。在澳大利亚悉尼对 274 名注射吸毒者遭遇的与丙型肝炎感染有关的歧视和污名化程度的研究发现，超过半数的人（52%）报告说由于丙型肝炎检测呈阳性而在卫生保健机构受到歧视，65%的人报告说由于吸毒而受到这样的歧视，女性比男性更有可能因为感染丙型肝炎而遭到歧视。⁶² 据艾滋病规划署称，卫生保健部门甚至有可能在注射吸毒者寻求帮助时拒绝接纳或者恶劣地对待。⁶³

执法当局对吸毒人员的惩罚性方式可加剧其边缘化，尤其是当这些方式导致大量监禁时（关于更加详细的讨论，见题为“刑事司法”的部分）。

用社会心理学杂志》，第 37 卷，第 1 期（2007 年），第 163-186 页。

⁶² Shah E. Habib 和 Lester V. Adorjany, “丙肝与注射吸毒：污名化和歧视的现实”，《健康教育杂志》，第 62 卷，第 3 期（2003 年），第 256-265 页。

⁶³ 《GAP 报告》（见脚注 5）。

毒品对策与社会发展

可持续发展目标的具体目标 3.5

加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精的预防和治疗

减少毒品需求的努力以及对吸毒人员的一整套护理如果成功，能够减少吸毒，从而减少吸毒对公共健康的影响，不仅对吸毒人员而且对整个社会来说都有好处，并且这样的努力证明对预防例如艾滋病毒和病毒性肝炎的传播有效。事实证明，预防吸毒方案还有助于减少其他系列高危行为，如攻击和逃学。

存在应对毒品问题的有效战略，但需要一个完善的框架来有效地实施这些战略。即使是在监测吸毒状况这一层面，发达国家一般也比发展中国家更有能力评估该问题的严重程度。例如，欧洲海洛因的使用近年来大幅减少，这一改善部分可归因于减少毒品需求工作的有效性，尤其是大幅增加治疗机会，这消除了市场上的很大一部分需求。⁶⁴

经验充分证明了减少毒品需求方案如何产生积极影响。^{65、66} 如果方案认识到吸毒可能是多种原因导致的结果，如果方案不仅包含专门针对毒品的内容，还包括有助于个人有效应对生命各个阶段挑战的技能，如对青少年有用的关系技能或对父母有用的育儿技能，方案的作用会更大。如果干预措施系统地采用或扩大使用循证工具，那么结果也将得到改善。此外，全套看护措施如果纳入旨在尽量减少吸毒对公共健康和社会的不利后果的循证措施，能够更加有效，这些措施包括适当的药物辅助治疗方案、注射器具方案、抗逆转录病毒治疗以及预防艾滋病毒、病毒性肝炎和其他吸毒有关的血源性疾病传播的相关干预措施。世界许多地方实施循证方案的覆盖水平仍然非常低下，⁶⁷ 并且供资不足。⁶⁸

⁶⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2012 年年度报告：欧洲毒品问题状况》（里斯本，2012 年）。

⁶⁵ “吸毒疾患治疗国际标准：实地测试草案”（E/CN.7/2016/CRP.4）。

⁶⁶ 见毒品和犯罪问题办公室，《预防吸毒国际标准》（维也纳，2013 年 3 月）。

⁶⁷ David P. Wilson 等人，“减轻伤害的成本效益”，《国际药物政策杂志》，第 26 卷，增刊第 1 期（2015 年），第 S5-S11 页。

⁶⁸ 艾滋病规划署，“将注射吸毒者中的艾滋病毒传播减少一半：背景说明”，UNAIDS/PCB(35)/14.27 号文件。

替代发展对社会发展的影响

成功的替代发展方案也会带来有关社区的更广泛发展。例如，缅甸佤邦特区 2 的替代发展项目在健康方面带来了几个好处：免疫接种降低了婴儿死亡率，消灭了儿童麻风病；一些小镇用上了电和饮用水。泰国替代发展增加了获得教育、卫生服务和饮用水的机会，疟疾和天花的发生率因此下降了。巴基斯坦开伯尔—普赫图赫瓦省（前西北边境省）迪尔地区的替代发展工作带来了饮用水方面的基础设施，实施了有效的免疫接种方案，并改善了道路，从而增加了获得社会服务的机会。替代发展方案常常使社会组织得以创建和加强，一般会提高农村社区的组织水平，使得各个领域的发展成为可能，尤其是当此种方案鼓励受益者直接参与项目的设计、规划和实施时。关于替代发展社会内容的讨论，包括详细的例子，见《2015 年世界毒品问题报告》第二章。

医疗和科学目的的药物供应

可持续发展目标的具体目标 3.b

支持研发[……]疫苗和药品，[……]提供负担得起的基本药品和疫苗，[……]

可持续发展目标的具体目标 3.b 与毒品管制目标密切相关，毒品管制的目标是确保可以为医疗和研究目的获得管制药物，同时预防药物转作他用和滥用。在《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》序言部分，公约缔约国承认麻醉品在医药上用以减轻痛苦仍属不可或缺，故须妥为规定使麻醉品得以供此用途。

虽然管制制度目的很明确，但有 55 亿人，即世界人口的四分之三，很少能得到或根本得不到含麻醉品的药物以及针对重度疼痛的适当治疗。世卫组织估计，每年有 550 万晚期艾滋病人和 100 万终末期艾滋病毒/艾滋病病人以及其他许多有慢性的、非恶性疼痛的人忍受着中到重度疼痛而得不到治疗或治疗不充分，包括 80 万名因事故和暴力而受到致命伤害的病人、慢性病病人、手术恢复期病人、分娩妇女（每年有 1.1 亿次分娩）以及儿科病人。⁶⁹

虽然一些管制药物在缓解疼痛以及其他医疗用途方

⁶⁹ 世卫组织，《确保受管制物质的国家政策平衡：受管制药物的供应和获取指南》（日内瓦，2011 年）。

面发挥着重要作用，但一些国家为预防管制药物的滥用、误用和转作他用而制定的战略有时可能影响了这些药物的供应。人权观察组织审查了 29 个国家的国家药物管制战略，发现其中 25 个国家未将确保可以为医疗和科学目的获得管制药物定为目标或者未概述关于这一问题的具体措施。⁷⁰

其他毒品对策对社会发展的影响

应对毒品问题可能以其他方式对健康和社会发展产生影响，尤其是打击非法供应毒品的努力。铲除非法种植的作物，如果未适当补充以提供替代生计的举措，可能影响本就贫困的农民及其家庭的生计。下面将在关于经济发展和环境可持续性的章节中讨论这些方面。

此外，当应对非法吸毒的措施忽视吸毒的健康方面，只将该问题作为一种刑事犯罪处理，过分关注处罚时，可能会影响吸毒者、囚犯以及社会的幸福。下面将在关于刑事司法的部分讨论这些方面。

最后，当应对毒品问题未考虑妇女的特殊需要时，有可能损害两性均等，不利于增强妇女和女童权能的目标。不仅针对毒品问题的直接干预措施是这样，对吸毒情况的监测也一样，因为在确定吸毒的流行率、需求、风险和后果的调查中，妇女可能并无充分代表，导致适当政策的制定出现空白，并使得长期缺乏对妇女这方面特殊需求和问题的了解。⁷¹

B. 经济发展

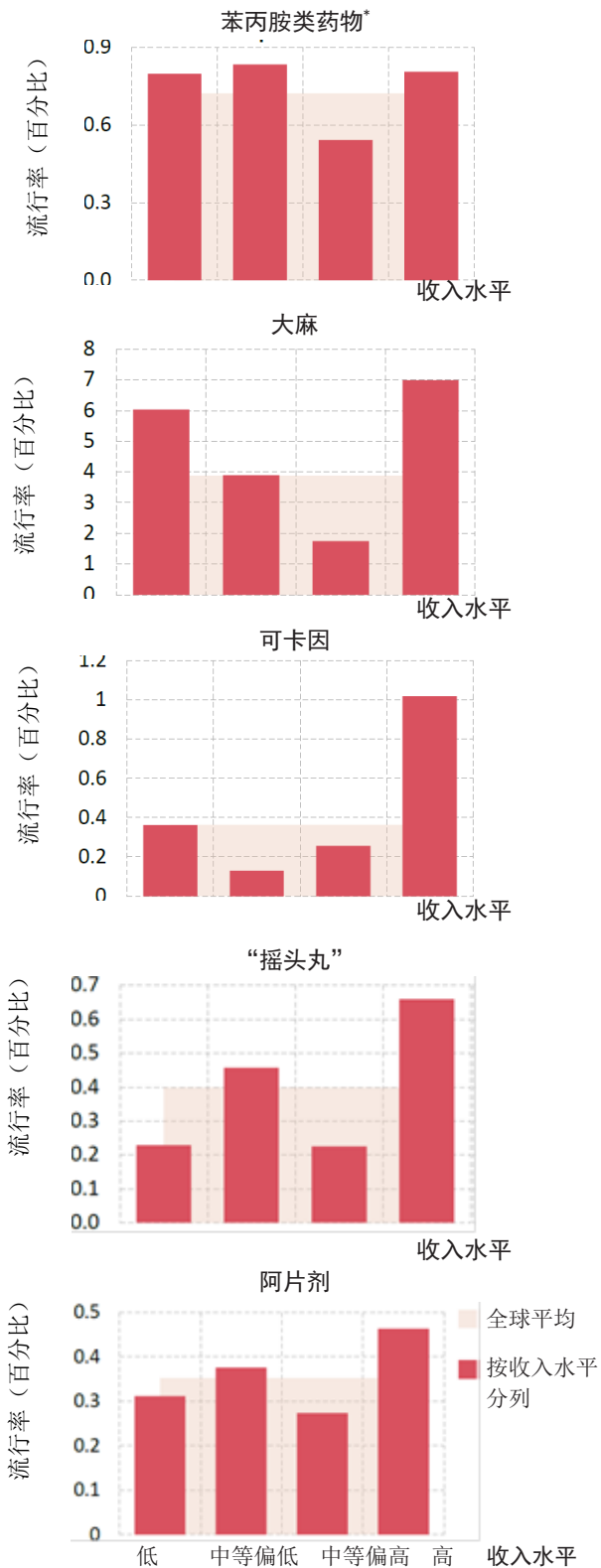
各项可持续发展目标和具体目标都涉及经济方面，但是关于经济增长的目标 8 和关于贫困的目标 1 大概是在分析经济发展与毒品问题的联系中两个最相关的目标。

贫困、经济不利条件和失业是种植非法作物和生产毒品的促成因素。经济问题也可能影响非法毒品市场的变化，因为收入水平和购买力的变化可影响毒品消费模式。正如经济发展对非法毒品市场有影响一样，毒品问题也可产生经济影响。例如当劳动力中的吸毒人群没有得到适当治疗时产生的吸毒经济

⁷⁰ 人权观察，“国家药物管制战略和管制药物的获得”（2015 年）。

⁷¹ A. Roberts, B. Mathers 和 L. Degenhardt, 《注射吸毒妇女：其风险、经历和需求审查》（悉尼，新南威尔士大学国家毒品和酒精研究中心，2010 年）。

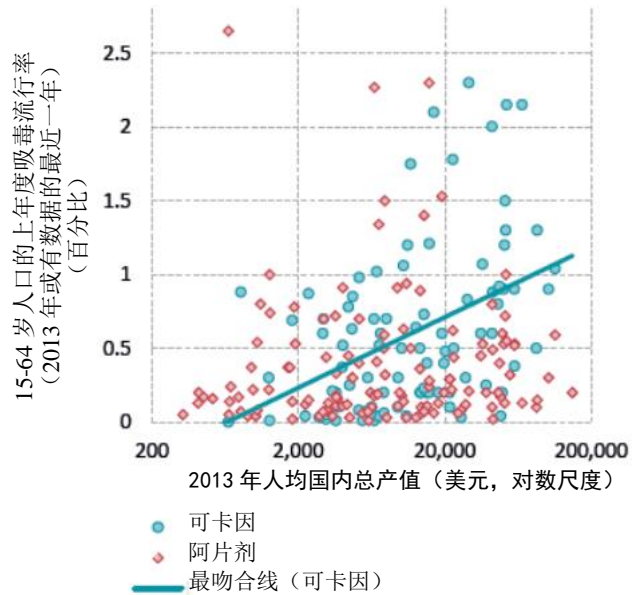
图 8 | 2013 年按毒品种类和国民收入分列的 15-64 岁人口的上年度吸毒流行率



资料来源：世界银行（收入水平数据）及基于对年度报告调查表的答复及其他官方来源（吸毒数据）的毒品和犯罪问题办公室估计数。

* 包括处方兴奋剂。

图 9 | 有全国数据的国家阿片剂和可卡因上年度流行率与人均国内生产总值的对比（2013 年或有数据的最近一年）



资料来源：世界银行（就人均国内生产总值（国内总产值）而言）和国家数据以及基于对年度报告调查表的答复及其他官方来源的估计数（就吸毒数据而言）。

成本会影响生产力。国家当局为帮助吸毒人员而作出的努力，例如提供治疗和康复服务的努力以及执法努力的相关费用也可能对政府预算产生影响。

8

体面工作和经济增长

可持续发展目标 8

促进持久、包容和可持续经济增长，促进充分的生产性就业和人人获得体面工作

经济发展对毒品问题的影响

考虑经济发展如何影响毒品问题的一种方式是在各国的经济发展的基础上比较其毒品问题。这样的分析提供了简化视角，因为有许多因素可以在各国毒品问题的形成中发挥作用。例如，与经济发展相比，临近毒品生产地区或者重要毒品贩运路线更能说明为什么近东和中东以及西南亚的阿片剂吸毒率高于全球比率以及南美洲和西非的可卡因（包括快可可卡因）吸毒率较高。不过，全球宏观分析仍可让人洞悉经济发展如何影响毒品问题，但需动态地看待发展与毒品问题之间的关系。

一些模式体现在全球层面，可从基于国家指标的跨国比较看出；其他一些模式与国家内部变化有着天然联系，可在国家以下层面的社会经济指标中看到。一些模式在考虑所有毒品类别时变得明显，一些模式在关注单一毒品类别时出现，其他一些模式可以在不同毒品之间的相互作用和关系中观察到。

经济发展与吸毒

本节考察经济发展水平影响吸毒的三个总体模式。首先分析利用跨国比较来探讨较高国民收入在什么程度上助长了非法毒品市场的形成。其次分析利用国家以下层面数据来考察作为吸毒风险因素的贫困以及其他形式的经济和社会不利条件。⁷² 第三，分析探讨社会经济状况与不同吸毒模式之间的关系。

从分析吸毒指标和国家经济发展水平中发现了第一个模式，因为在“高收入”国家，所有类别毒品的上年度流行率都较高。正如图8和9所示，可卡因是与高收入联系最为明显的毒品。在残疾调整寿命年数（见图3，第65页）方面也可以发现吸毒问题与发展之间的联系。

发展与吸毒和消费市场的演变

价格较高并且使毒贩最终获利也较高的毒品更容易在人均收入水平较高的国家立足。尽管历史上导致某些毒品兴起的推动力不同（包括合法使用），但收入水平也可能在使得吸毒能够兴起并蔚然成风方面起着重要作用。美国当局估计数显示了毒品花费的状况：2010年，美国一个月至少吸毒四次的人平均每年花费10,600美元购买可卡因，17,500美元购买海洛因，7,860美元购买甲基苯丙胺。⁷³ 每年全国与购买毒品有关的总支出为可卡因280亿美元、海洛因270亿美元、甲基苯丙胺130亿美元。

高收入国家的毒品价格可能高于平均水平，对国际毒贩来说更有吸引力。可卡因和海洛因尤其如此。可卡因和海洛因来源于明确的有限产区，因此全世界消费者都在争夺这种供应集中的产品，于是供应会偏向那些利润最大的地方。相反，大麻以及某些类别的少量苯丙胺类兴奋剂可以在当地少量采购，

有时消费者甚至可以自给自足。

这可能有助于解释，例如，为什么远离可卡因和海洛因生产区的非洲相对不发达国家的可卡因和海洛因流行率一般相对较低（在一些国家成为可卡因或海洛因过境区之前），不过大麻流行率却并非如此，那些地方的大麻流行率往往比全球平均水平还要高。未经加工的毒品如鸦片和古柯叶的使用仍主要局限于其种植地。在那些地方，这些毒品的使用有几百年的历史，而其衍生物始终没有在来源国找到大的市场。例如，海洛因在拉丁美洲国家的流行率很低，但该分区域却在种植鸦片，并加工成海洛因。

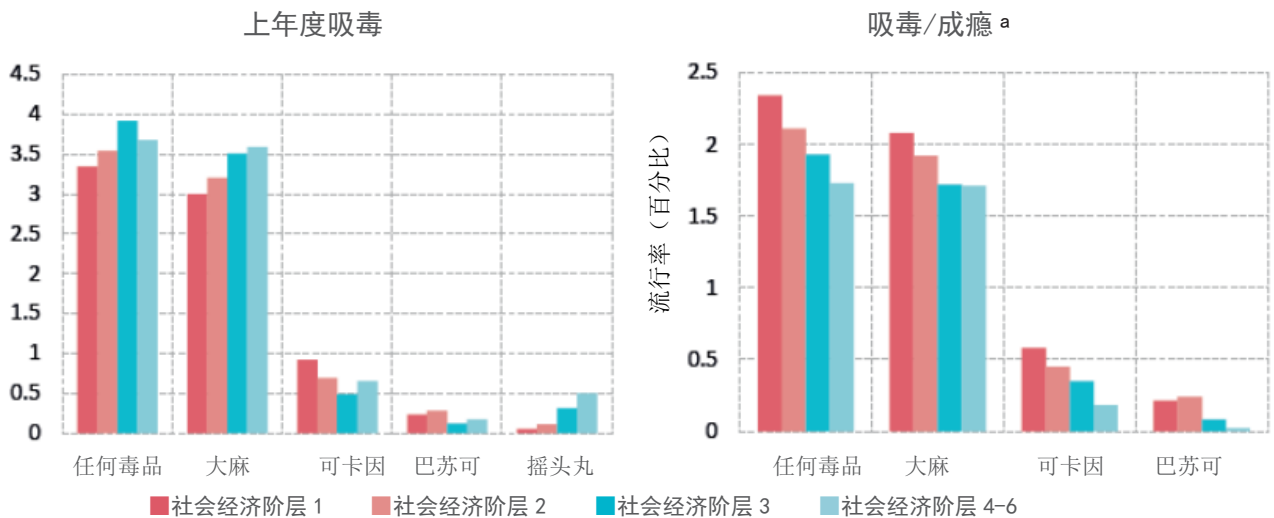
正如不同类别毒品呈现出不同模式一样，不同毒品子类还可以解释非法毒品市场的一些复杂情况。例如，尽管南美洲可卡因的上年度流行率与北美洲相比没有太大区别，但美国可卡因吸毒者大都在使用可卡因盐，而在南美洲，其他形式的可卡因（碱）似乎要普遍得多。此外，在南美洲，一些以碱的形式消费的“产品”来自可卡因加工链条的中间阶段，可能还包含大量杂质，因此通常被认为不大有可能卖出高价。相反，在美国，甚至快克可卡因（用于抽吸）也被认为是从盐的形式回到碱的形式（碱就是“快客”）的相反步骤中获得的。这种模式的另一个可能例证是印度国内的海洛因市场情况。印度政府报告指出，国内零售市场上的海洛因被认为“低值”，这反映了一个不同于从阿富汗经印度前往其他目的地的海洛因市场。

在印度，就毒品与吸毒者社会经济状况的联系而言，一个特定毒品类别的不同子类可能有完全不同的模式。一个国家的经济福利不一定全都一样，不同的亚组可能在不同程度上使用不同的毒品。事实上，吸毒与社会经济福利如收入水平和就业状况之间的某些联系只有在国家以下层面或社区一级才明显。

⁷² 除了本节中对贫困问题的讨论，另见题为“社会发展”的章节中对社会排斥问题的讨论。

⁷³ B. Kilmer 等人，《美国吸毒者的非法毒品花费：2000-2010年》（加利福尼亚州圣塔莫尼卡，兰德公司，2014年）。

图 10 | 2013 年哥伦比亚各社会经济阶层分列^b的上年度吸毒流行率及吸毒或成瘾流行率^a



资料来源：哥伦比亚毒品观察站，哥伦比亚精神活性物质消费情况全国调查——2013 年，2014 年 6 月。

^a “成瘾”采用世界卫生组织国际疾病-10 的标准定义，“吸毒”基于美国精神病学会的 DSM-IV 的标准定义。

^b 社会经济阶层排位是阶层 1 最穷，阶层 6 是最富裕。

例如，美国吸毒与失业状况的联系在盐酸可卡因和快克可卡因方面完全不同（见题为“社会发展”的章节图 6 和 7）。尽管有时这是因为“快客”比盐酸可卡因便宜，但并不清楚价格是否或者在某种意义上能成为决定因素；一项基于覆盖美国城市的数据的研究⁷⁴查明，就按纯度调整的价格而言，在“快客”和盐酸可卡因的价格之间没有恒定差距。该研究姑且认为，鉴于实践中一般的交易规模，实现毒品沉醉的最低成本常常较低。然而，后来一项研究的数据⁷⁵显示，“快客”和可卡因交易的成本中位数不相上下（盐酸可卡因是 27 美元，而快克可卡因是 25 美元）。由于其服用方式不同，使用“快客”的感受一般较为短暂，但据报告比盐酸可卡因更为强烈，因此可以认为盐酸可卡因吸毒者需要花费更多的钱来达到相同的强烈程度。在吸毒者的耐受性和依赖性增强的可能性方面也许存在差异。

一般说来，虽然富裕社会似乎更容易受毒品消费问题困扰，但这些社会的经济和社会不利条件是毒品消费转化为吸毒成瘾和吸毒疾患的一个重要风险因素。贫困与吸毒疾患有关，不是因为涉及可随意支配的收入，而是因为穷人更加脆弱，生活在社会边

缘的可能性更大。影响吸毒疾患发展的是在一个国家中的相对贫困和边缘化，而不是绝对的收入水平。此外，吸毒本身有可能加剧贫困和边缘化，导致出现循环的可能性。

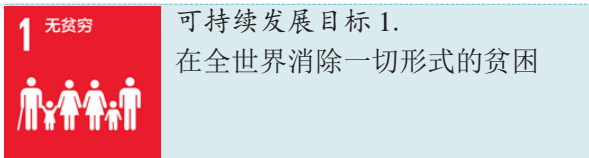
作为非法毒品市场得以形成和巩固的第一步，较高社会经济阶层在推动娱乐性吸毒的兴起方面可能发挥着单独的作用。驱动这一相互作用的机制值得进一步研究，但这些机制可能可归因于更强烈的尝试倾向、更高收入水平、与城市居住地联系更密切以及较高社会经济阶层的人不同的娱乐方式。一项关于大麻吸毒的研究利用来自法国、德国和美国的证据证实了这一现象。该研究显示一开始在所研究的国家中，主要有受过良好教育的男子开始尝试大麻吸毒。逐渐地，大麻吸毒的主力变成了受教育程度低的男子。妇女跟随的脚步较慢，变化没有那么明显；此外，发展到每天吸食大麻的人主要是较低社会经济阶层的人。⁷⁶

这一模式也与哥伦比亚的吸毒数据一致，哥伦比亚的吸毒数据显示了不同社会经济阶层的上年度吸毒情况和吸毒疾患情况的截然不同的模式。例如，就大麻和“摇头丸”而言，较高社会经济地位的人偶尔（上年度）吸毒的比率在逐渐提高（见图 10），但总的来说，吸毒疾患与较低的社会经济阶层有关。

⁷⁴ Jonathan P. Caulkins, “快客比可卡因（粉末）便宜?”, 《毒瘾》, 第 92 卷, 第 11 期 (1997 年), 第 1437-1443 页。

⁷⁵ Kilmer 等人, 《美国吸毒者的非法毒品花费: 2000-2010 年》。

⁷⁶ Legleye 等人, “存在一种大麻流行模式? 来自法国、德国和美国的证据”。《国际药物政策杂志》, 第 25 卷, 第 6 期 (2014 年), 第 1103-1112 页。



如上所述，贫困是吸毒的一个重要风险因素；反过来，吸毒本身常常给吸毒成瘾者及其家庭的经济造成很大负担。吸毒造成的经济负担大小可能不只与毒品价格有关，还与吸毒者可能对特定毒品以及因此对其药理学特效的耐受性逐渐增强有关。例如就海洛因而言，有经验的吸毒者一定会比首次吸毒者需要的剂量大得多。资金较少的吸毒人员还可能遭到更大伤害，因为他们使用更便宜的变异药物。较低的价格可能与较低纯度有关，这意味着更大的健康风险，因为存在掺杂物、副产品以及其他物质。

吸毒成瘾者的赚钱方式往往反映了其经济困境。巴西的一项研究关注“快客”或其他类似抽吸形式可卡因（因此不包括盐酸可卡因）经常吸毒者⁷⁷的情况。⁷⁸ 该研究估计，13%吸毒者报告过去30天以乞讨为生，7.5%是性工作者或通过性交易赚钱，6%从事与销售或分销毒品有关的非法活动，9%从事其他非法活动。

收入水平低下不仅本身有影响，而且相对于个人所生活的环境和社会也有影响，因为一个社会的收入不平等可造成较不富裕者边缘化。如《2012年世界毒品报告》所述，基于基尼系数的分析显示不平等程度高的国家（基尼系数超过50）的毒品问题往往相对严重，主要作为过境国或生产国。而收入不平等程度较高时则更容易滋生犯罪，在一些极端不平等社会，边缘化群体成员可能把参与贩毒等犯罪活动看作是跨越社会层次的唯一可行策略。同样，在对更加美好的未来不抱现实的希望的情况下，这些群体的成员可能会死心，更容易吸食非法毒品。⁷⁹

许多吸毒成瘾者陷在贫困和吸毒的恶性循环中不能自拔，原因多种多样，例如家庭破裂、缺乏教育、就业和卫生保健机会有限。不过，虽然贫困原因在一定程度上在于社会，但却也是个人体验，遭遇贫

⁷⁷ “经常吸毒者”定义为过去六个月里有25天或25天以上吸食过毒品的人。
⁷⁸ “巴西‘快客’吸毒者和/或类似吸毒者概况”（见脚注50）。
⁷⁹ 《2012年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.12.XI.1），第88页。

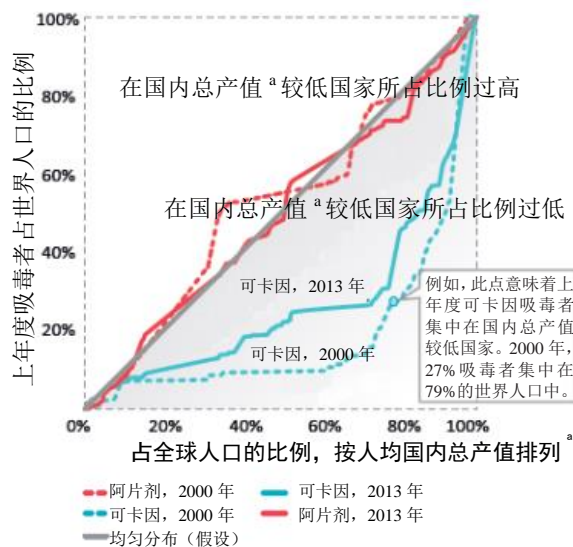
困者对于以某种方式应对自己的境况有其自己的一系列原因和动机。⁸⁰ 并非每个生活在贫困社区的人都会染上毒瘾，重要的是承认并非所有吸毒成瘾者都是最贫困的社会经济群体的人。

总而言之，贫困以及其他形式社会不利条件，⁸¹ 不论是作为导致吸毒的风险因素还是吸毒结果，与吸毒疾患都有密切关系。此外，一些国家中高社会经济阶层的人涉及“娱乐性”吸毒的情况较为普遍，这也许只是购买力的表现，也许反映了尝试吸毒的更大意愿或机会。

发展中国家吸毒模式是否在步发达国家的后尘？

某些类别毒品的全球市场变化受发达国家的推动力驱动。合成毒品和可卡因的非法吸毒历史明显体现了这一点，并且，根据历史上的定性评价，海洛因在很大程度上亦然如此。所有这些毒品都需要一定程度的加工或合成，首先在发达国家出现，然后逐渐在法治程度较低的国家流行起来。更广泛地说，发展中国家消费市场的演变似乎遵循发达国家的模式（见下文论述）。

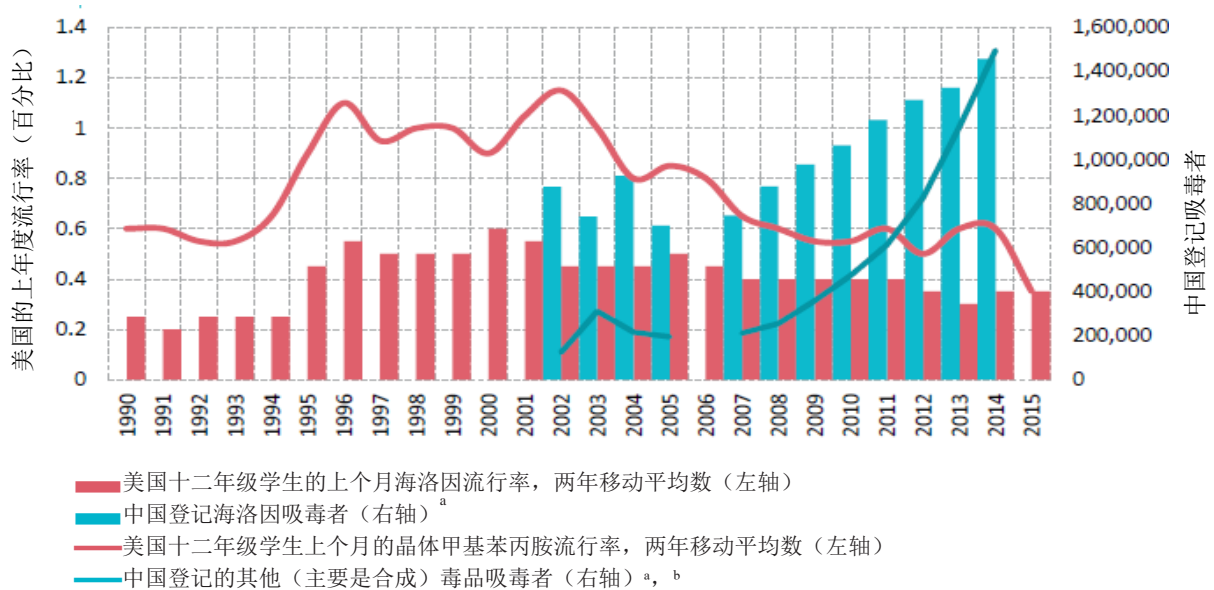
图. 11 2000年和2013年按人均国内生产总值累计上年度可卡因和阿片剂吸毒者占全球人口的比例



资料来源：世界银行（国内生产总值（国内总产值））和毒品和犯罪问题办公室基于对年度报告调查表的答复和其他官方来源的估计（吸毒数据）。

^a 国内生产总值。
⁸⁰ R. Young, 《从战争到工作：戒毒治疗、社会融入和事业》（伦敦，外交政策中心，2002年）。
⁸¹ 除了本节中对贫困的论述，另见题为“社会发展”的章节中对社会排斥的论述。

图 12 1990-2015 年中国和美国海洛因和其他毒品吸毒的某些指标



资料来源：中国国家禁毒委员会办公室；以及“监测未来”研究，密歇根大学社会研究所。

^a 1990-2001 年期间、2006 年和 2015 年无数据。

^b “其他毒品”主要包括甲基苯丙胺和氯胺酮之类的合成毒品；无所有年份的综合分类数据。

图 11 显示了 2000-2013 年期间可卡因吸毒现象从发达国家向发展中国家总体转移的情况。鉴于数据缺乏，只能泛泛针对阿片剂而不是具体针对海洛因进行同样的分析，而且只能分析 2000 年以来的情况。

大多数合成毒品和新型精神活性物质消费首先出现在较发达国家，然后才扩散到较不发达国家。例如二十世纪中期左右甲基苯丙胺在日本和北美洲出现，后来“摇头丸”及其他致幻剂在北美洲和欧洲出现，新型精神活性物质的消费在欧洲、日本和北美洲持续扩散。这些物质的使用后来才扩散到较不发达国家；如美国甲基苯丙胺吸毒早在 1995-2002 年期间便达到高峰，而中国甲基苯丙胺吸毒最近才出现，现有指标尚无达到高峰的迹象（见图 12）。

供应因素与需求因素相结合，共同驱动了发达国家合成毒品市场的出现。在需求方面，较强的购买力，加上出于娱乐目的而尝试毒品的潜在更大倾向和机会共同发挥了作用。但就苯丙胺类兴奋剂而言，医用等其他用途的供应及转作他用的可能性对引发滥用至关重要。此外，技术创新及合法市场上各种前体等化学品的存在助长了发达国家地下加工点的建立，这些加工点往往靠近需求，生产合成毒品。⁸²

⁸² 联合国国际药物管制规划署，《1997 年世界毒品报告》（牛津，牛津大学出版社，1997 年）。

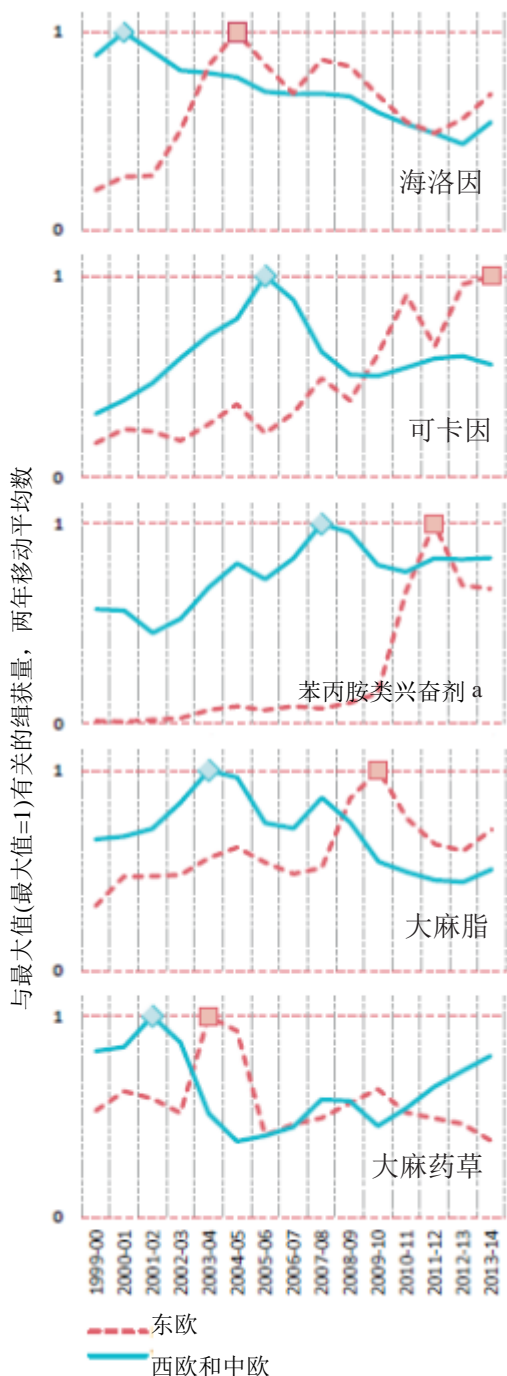
图 13 1980-2014 年西欧和中欧毒品缉获量的长期趋势



^a 不包括“摇头丸”和处方兴奋剂。

^b 新型精神活性物质数据指欧洲毒品和毒瘾监测中心所用预警系统涵盖的国家，即欧洲联盟成员国、挪威和土耳其；2014 年新型精神活性物质无数据。

图 14 1999-2014 年西欧和中欧以及东欧各种毒品缉获量趋势



资料来源: 根据对年度报告调查表的答复以及其他官方来源。

^a 不包括“摇头丸”和处方兴奋剂。

除吸毒数据外, 供应指标也能说明发达国家非法毒品市场发展变化的一些模式以及这些模式在较不发达国家市场上的某种再现。欧洲市场从两个方面说明了这些动态: 首先, 大多数毒品的西欧和中欧市场显然首先饱和并稳定下来, 而新型精神活性物质

却持续激增(见图 13); 其次, 西欧和中欧状况与随后向东欧的扩散之间有明显的统一时间间隔(见图 14)。与其他许多社会现象一样, 发展可加快毒品问题的扩散及某种均化。事实上, 2012 年对各种毒品非法吸毒趋势的报告专家意见的分析也指向这一方向: 虽然 2002 年以来在经济合作与发展组织(经合组织)国家中似乎呈总体稳定化状态, 但其他国家往往感觉到上升趋势。⁸³

经济发展如何影响毒品贩运?

全球化是否影响毒品贩运?

全球化特点是促进贸易和消除贸易壁垒, 这可能对毒品贩运产生影响。虽然贸易协定在推动经济发展方面的价值毋庸置疑, 但通过促进贸易和全球运输网络的扩张, 贸易开放也可能为不同国家犯罪组织的合作和结盟打开方便之门。这样的合作使贩毒集团的势力和影响延伸到远方市场, 能更好地逃避地方执法机构侦查。事实上, 有人认为, 全球化通过提高分销效率、降低毒品交易风险溢价及加剧非法毒品市场竞争, 推动了毒品零售价格总体下降。⁸⁴

贸易促进战略, 如自由贸易协定以及建立自由贸易区、出口加工区、经济区和关税联盟, 可能会减少执法机关尤其是海关当局监测从来源地到目的地的货运的机会, 使监测贸易的责任从目的地国转移到更广泛的经济区进入点的目的地国。这可能不仅影响非法生产毒品的贩运, 而且, 根据具体安排还会影响到合法生产物质转作他用, 特别是前体化学品, 因为预防转作他用依赖于国内市场条例和保障措施, 而不是跨境协定。此外, 一些协定可能还包括人员自由流动, 使发现和监测毒贩更具挑战性。

对于贸易开放影响当局禁毒能力的情况, 文献有各种假设。对各种理论的研究得出结论, 认为贸易开放降低了毒品消费国当局的禁毒能力, 但增强了毒品生产国当局的该能力。该研究还发现, 加大贸易开放并不一定严重影响过境国当局的禁毒能力。⁸⁵

⁸³ 《2012 年世界毒品报告》, 第 67 页。

⁸⁴ Cláudia C. Storti 和 Paul De Grauwe, “全球化和非法毒品价格的下降”, 《国际药物政策杂志》, 第 20 卷, 第 1 期(2009 年), 第 48-61 页。

⁸⁵ Horace A. Bartilow 和 K. Eom, “自由贸易商与毒品走私者: 贸易开放对国家打击毒品贩运能力的影响”, 《拉丁美洲的政治和社会》, 第 51 卷, 第 2 期(2009 年), 第 117-145 页。

可能引发非法种植的发展方案实例

二十世纪中期，安第斯国家玻利维亚、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁齐心协力发展亚马逊低地的道路基础设施，目标是从委内瑞拉到玻利维亚，将亚马孙流域的安第斯部分相互连接起来。^a 1967年4月在乌拉圭埃斯特角城举行的美洲国家总统会议上诞生的《美洲总统宣言》具体说明了这一大规模发展计划的范围和雄心，纳入了通过完成《丛林边际公路》为经济一体化打下基础以及通过发展、土地改革和屯垦实现农业粮食生产现代化的目标。在秘鲁，1970年以后实行的一项设计糟糕的农业改革破坏了农业公司，将土地所有者（“gamonales”）的土地和财产分发给他们的工人，导致许多工人失去了工作，他们迁往别处寻找土地和其他经济机会。

迫切需要扩大农田基础，^b 因为农业现代化和人口增长，再加上安第斯地区不平等的土地分配，导致了数十万农民失业。^c 定居项目的出现是为了引导，有时则是跟随寻找土地或新起点或逃离暴力行为的安第斯农民的移徙潮。^{d, e, f, g, h}

地图 1 显示了这一期间安第斯分区域发展项目的位置，以及 1990 年代古柯树种植的主要地点。哥伦比亚在梅塔省 Ariari 沿线、瓜维亚雷省埃尔雷托诺、弗洛伦西亚卡斯塔省和阿西斯港附近、普图马约省启动了项目，^{c, g, i} 但筑路准备工作在 2012 年才开始。为了支持自发定居者，哥伦比亚定居项目很快就被放弃了，自发定居被认为是一种有效和高效的方式。^{i, j} 厄瓜多尔的东安第斯定居项目（未

显示在地图 1 上）相比之下规模较小，与向唯一一条起步晚的采油路线的定居者提供支持直接相关。^{c, j} 玻利维亚在圣克鲁兹、查帕雷和 Alto Beni 发起了项目。^e 在秘鲁，沿《丛林边际公路》的特殊发展项目开始于 1980 年；例子是中瓦亚加、上瓦亚加和 Pichis-Palcazú 的特殊项目；为了推动当地居民的发展，这些项目允许安第斯和沿海移民定居，并提供更好的发展前景。

这些举措旨在实现该分区域的社会经济发展，总的说来，可能在无意中为后来古柯树的种植增多打下了基础。

^{a-j} 见本报告的在线方法部分。

经济发展与非法作物种植和毒品生产

就经济发展与毒品的关系而言，非法毒品作物种植方面体现得最明显。社会经济因素如贫困和缺乏可持续生计促使农村地区的农民参与非法作物的种植，这些因素是发展水平低的表现，发展水平低加上治理问题推动了农村地区大规模种植非法作物。

通过毒品和犯罪问题办公室作物监测调查收集的社会经济数据证实，贫困是非法种植古柯树和罂粟的推动因素之一。例如，缅甸最新的非法种植调查⁸⁶ 发现，非法罂粟种植的原因主要与收入有关，村长们表示，一般说来，在他们村里，非法罂粟种植带来的收入的最重要用途是购买食品，其次是还债和用于支付家庭财产的支出。大多数村长报告说，停止种植罂粟的农民的收入减少了。尽管如此，罂粟种植村的平均收入仍低于非罂粟种植村，⁸⁷ 证实了村民们为勉强维持生计而做的挣扎促使他们作出参与非法种植的决定这一论点。

并非所有贫困的农民都参与非法种植，对某些家庭

和社区来说，参与非法种植的决定与收入水平以外的发展问题有关。在阿富汗，已经证明种植罂粟的村庄一般比不种罂粟的村庄离市场远，在罂粟种植与缺少基本的发展设施如接入电网之间存在联系。⁸⁸ 安全和治理情况差也已经证明会加大个人和社区从事非法种植的可能性。⁸⁹

经济发展能够减少参与非法作物种植和毒品生产对农民的诱惑，并且能够促使此种种植可持续地减少。成功减少非法作物种植的一个最为明显的例子是泰国。在泰国，罂粟的非法种植从 1965/1966 收成年度的大约 17,900 公顷减少到了 2003/2004 年的 129 公顷。尽管这是在一系列广泛的发展目标的背景下取得的进展，但减少非法罂粟的种植也明确地被认定为是这些目标中的一个。事实上，泰国的例子说明了两套干预措施——经济发展和毒品管制——如何共同发挥作用以帮助山地部落从所取得的总体进展中获益，并向他们提供替代收入来源，使得 2004 年以来非法罂粟的种植相对有限（2013 年，即可以获得估计数的最近年份，是 265 公顷）。

⁸⁶ 毒品和犯罪问题办公室，《2015 年东南亚鸦片调查：老挝人民民主共和国和缅甸》（曼谷，2015 年）。

⁸⁷ 收入情况是非罂粟种植村每户家庭 1,952 美元，而罂粟种植村每户家庭 1,548 美元。

⁸⁸ 毒品和犯罪问题办公室及阿富汗禁毒部，《2014 年阿富汗鸦片调查：社会经济分析》（2015 年 3 月）。

⁸⁹ 见《2015 年世界毒品问题报告》，第 92-97 页。

地图 5 | 1960 年代和 1970 年代安第斯国家农业发展项目及 1990 年代初期古柯树种植



资料来源：L. M. Dávalos、K.M. Sanchez 和 D. Armenteras，“20 世纪发展项目导致的砍伐森林和古柯种植”（即将发表）。

注：本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。短划线表示未确定的边界。

如果发展方面的干预措施对社区容易受具体毒品问题困扰没有敏感的认识，那么这些措施有可能在无意中引发增加非法种植的动力。一个例子是安第斯分区域 1960 年代初期和 1970 年代大规模发展方案的影响，为实现该分区域的社会经济发展启动了旨在实现农业现代化和发展基础设施的方案。与此同时，这些推动力可能也为后来古柯树种植的增加打下了基础（见地图 1 和第 82 页上的框注）。

某些国家农村地区存在大规模非法作物种植，消除此类种植有可能会影响劳工和农民的收入和就业机会。只有在控制非法作物种植的同时采取确保替代生计的发展措施，社区才能获益于积极的经济的发展。

阿富汗的非法阿片剂经济使劳动力市场与罂粟种植

密切相关，就是两个形成鲜明对比的例子。在 2000/2001 年种植季塔利班控制地区执行了鸦片禁令，这导致罂粟种植锐减，对农村经济产生了不利影响。鸦片禁令导致以鸦片标价的债务水平大幅提高，农村失业率飙升。经济下滑和偿还累积的债务问题导致向巴基斯坦迁移和抵押土地的人增多。⁹⁰

在阿富汗南部，2005 年南加哈省的鸦片禁令提供了一个截然相反的例子，因为该禁令伴随着物质和社会方面基础设施领域的重要发展投资。实行该禁令后，2009-2011 年期间，南加哈省迎来了显著的经济增长，就业机会和工资大幅增加。在该省喀布尔河沿岸地势较低的地区，最初对该禁令的反应常常是用小麦加另一种经济作物（例如 Surkhrud 区的洋葱和 Kama 区的青豆）来替代罂粟，但许多农村顺应费拉拉巴德和喀布尔快速扩张的城市中心日益增长的需求，种植了各种各样的一年生或多年生园艺作物。许多家庭赚取收入的机会显著增多；经济增长反映在地区中心 Kama 和 Surkhrud 以及 Jani Khel 地区市场的扩张上。⁹¹ 尽管在近些年可以看到南加哈省的改善，但与治理问题有关的其他一些近期进展如今有可能破坏在该省取得的进展。⁹²

秘鲁圣马丁大区是在受非法种植影响的农村社区努力减少非法毒品供应的同时实现积极的经济发展的另一个例子。1996-2000 年期间，每年平均铲除 3,700 公顷的非法古柯树种植，同时建立了农村合作社并投入了大量国际资金。随后几年见证了该地区显著的经济增长以及持续铲除古柯树，尽管当时在秘鲁其他地方存在古柯树种植。2001-2009 年期间，该地区的国内生产总值（国内总产值）增长了 73%。

毒品问题对经济发展的影响

毒品问题对经济的影响是多方面的，包括在受大规模非法作物的种植影响的发展中国家的农村地区形成以非法活动为基础的经济、通过助长暴力、腐败、

⁹⁰ David Mansfield、Alcis Ltd 以及可持续发展和研究组织，《管控同时发生和重复发生风险：2008-2011 年期间中赫尔曼德省鸦片产量下降的原因》（喀布尔，阿富汗研究和评估单位，2011 年）。

⁹¹ David Mansfield，《考查 IDEA-NEW 对鸦片生产的影响。南加哈省——案例研究》（2015 年）。

⁹² David Mansfield，“问题在于细节：南加哈省叛乱、暴力和广泛的毒品生产的持续减少”，《简报辑册》（喀布尔，阿富汗研究和评价单位，2016 年）。

勒索和收保护费阻碍商业发展，尤其是在过境国家，以及对个人消费者和社会产生与消费有关的费用。

在非法毒品生产和分销的整个链条上都会产生经济利润，但一般在零售环节利润最高。例如，毒品和犯罪问题办公室估计，2009年，在多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁，可卡因的平均批发价格只是美国零售价格（考虑了纯度高低）的1%，而在墨西哥，相应百分比为7%。^{93、94}因此，从绝对值看，在古柯树和罂粟的非法种植集中的国家发现的只是海洛因和可卡因的全球非法贸易的直接经济足迹的一小部分。最近毒品和犯罪问题办公室关于沿巴尔干路线从阿富汗贩运的阿片剂的非法流动的报告发现，2009-2012年期间，每年在阿富汗，平均毛利共计3.57亿美元，而在剩下的巴尔干路线上为280亿美元。

不过，与毒品有关的非法经济相对于合法经济的规模往往在毒品生产国比在消费市场更大。其原因之一是在一些毒品生产国合法经济的规模相对较小，另一个原因是供应集中在少数几个国家。例如，毒品和犯罪问题办公室估计，2014年，阿富汗的非法阿片剂经济总值为28亿美元。这一数字相当于该国国内总产值的13%，大大超过了2014年合法货物和服务的出口价值。⁹⁵根据毒品和犯罪问题办公室对与可卡因贩运有关的毛利总额的估计，⁹⁶2009年，在哥伦比亚的利润相当于该国国内总产值的4.1%，而在美国是0.2%，在联合王国是0.36%。

阿富汗非法经济为大量农民提供了工作机会，为参与该行业的其他人带来了收入，因此在合法经济中扎下根来。

鸦片经济对宏观经济的影响尤其取决于其收入有多少实际上流入了阿富汗的经济以及该收入在消费、投资和储蓄之间如何分配，以及更泛泛地说，该收

入如何转变为对国内和进口货物和服务的需求。世界银行和毒品和犯罪问题办公室的一项联合调查认为，虽然农民和雇用劳动者预计会将其来自鸦片经济的大部分收入用于花费而不是储蓄，并且主要是花在国内货物和服务上，但鸦片贩运者和加工者有可能将其收入的相当一部分存起来，并且在进口产品上花费更多。虽然鸦片经济导致阿富汗国际收支中大量资金的净流入，但与毒品有关的资金外流（包括资本外逃以及在进口产品上的花费）导致了资金的减少。^{97、98}

毒品问题和毒品管制政策的成本：经济视角

一般说来，可以利用经济研究来量化毒品问题给社会造成的成本。文献综述揭示了全世界22项这样的研究（见表1），这些研究试图在国家一级评估毒品问题的各个方面（或者至少是吸毒）导致的总成本。⁹⁹这些研究不只是计算与毒品有关的实际支付的资金。这些研究在包括与应对毒品问题的各种形式的干预措施如预防、治疗和执法有关的成本（“直接成本”）的同时，还为其他成本分配了一个数值，例如与吸毒有关的工作场所的生产力损失（“间接成本”）。许多因素，包括旷工、事故和工作场所中的冲突，可导致生产力因吸毒而下降。

文献综述显示了所研究的14个国家中非法毒品成本的巨大变化。首先，成本占国内总产值的百分比为0.07到1.7%不等。其次，根据绝大多数国家的记录，为解决毒品问题而发生的减少毒品需求和供应的干预措施（例如预防、治疗和执法）的成本与生产力损失以及任何其他间接成本相比所占比例高。不过，一些国家的生产力损失巨大（占总成本的57-85%）。丧失的生产力是非法吸毒导致的高发病率和早亡率的结果；另外许多人因涉毒犯罪遭到监禁。第三，各国之间的应对成本的构成不同。研究发现，在大多数国家，与健康成本相比执法成本高。唯一的例外是在两个欧洲国家做的研究，这两个国家的医疗成本占应对毒品问题的干预措施的总成本的60-65%。

⁹³ 《2011年世界毒品报告》（联合国出版物，出售品编号：E.11.XI.10）。

⁹⁴ 关于解释供应链不同阶段加价情况的理论的论述见Jonathan P. Caulkins和Peter Reuter，“毒品执法如何影响毒品价格”，载于《犯罪与司法：研究综述》，第39卷，第1期，Michael Tonry编辑（芝加哥，芝加哥大学出版社，2010年），第213-272页。

⁹⁵ 毒品和犯罪问题办公室，2014年阿富汗鸦片调查。

⁹⁶ 毒品和犯罪问题办公室，《估计来源于毒品贩运以及其他跨国有组织犯罪的非法资金流》（维也纳，2011）。

⁹⁷ Doris Buddenberg和William A. Byrd编辑，《阿富汗毒品产业：结构、运作、动态和对禁毒政策的影响》（毒品和犯罪问题办公室以及世界银行，2006年）。

⁹⁸ 《2012年世界毒品报告》，第115-116页。

⁹⁹ 在许多情况下，研究专注于吸毒。

表. 3 | 毒品问题成本的经济评价概述

研究	数据涵盖时间	人均成本	成本占国内总产值的百分比 ^a
Gonçalves、Lourenço 和 da Silva (2015 年)	2010 年	25 欧元 (1999 年的价格)	..
Garcia-Altés 等人 (2002 年)	1997 年	..	0.07
Mark 等人 (2001 年)	1996 年	..	..
Wall 等人 (2000 年)	1996 年	43-69 加元 ^b	..
Healey 等人 (1998 年)	1995 年	..	..
Mills、Skodbo 和 Blyth (2013 年)	2013 年	..	..
Lievens 等人 (即将发表)	2012 年	66 欧元	0.19
Kopp (2015 年)	2010 年	36 欧元	0.12 ^c
Potapchik 和 Popovich (2014 年)	2008 年	..	..
Vanags 和 Zasova (2010 年)	2008 年	..	0.4
阿根廷毒品观察站 (2010 年)	2008 年	94 阿根廷元	0.9
秘鲁毒品观察站 (2010 年)	2002-2010 年	6.8 美元	暂缺
Slack 等人 (2009 年)	2005/2006 年	..	0.7
Collins 和 Lapsley (2002 年)	1998/1999 年	..	0.85
Collins 和 Lapsley (2008 年)	2004/2005 年	..	0.88 ^d
Rehm 等人 (2006 年)	2002 年	262 加元	..
Godfrey 等人 (2002 年)	2000 年	..	..
Gordon 等人 (2006 年)	2003/2004 年	..	..
美国国家药物管制政策办公室 (2004 年)	1992-2002 年	2002 年: 650 美元	2002: 1.7
美国司法部 (2011 年)	2007 年	..	..
Miller 等人 (2006 年) ^e	1999 年	..	..
Fernandez (2012 年) ^e	2006 年	..	..

资料来源：见本报告的在线方法部分。

注：这些研究可能采用了不同方法并考虑了毒品问题的不同方面；因此，结果并非直接可比。两个点 (..) 表示无数据或者无单独报告数据。

^a 国内生产总值。

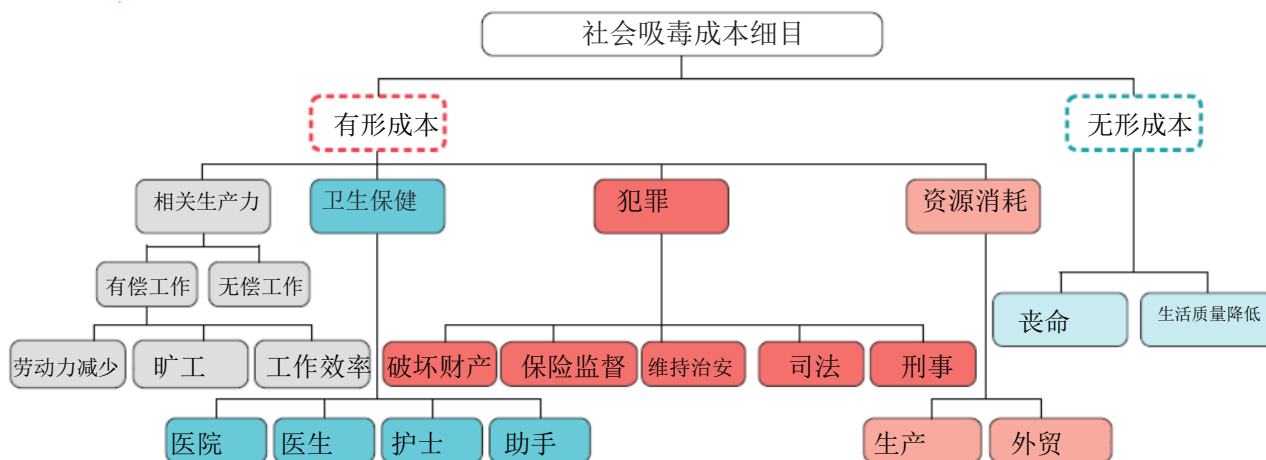
^b 成本计算局限于一个城市中未经治疗的阿片剂成瘾。

^c 百分比仅指公共支出。

^d 表中的成本计算只涉及“非法吸毒”。

^e 这两项研究特别关注毒品问题与犯罪有关的方面。

图. 15 | 社会吸毒成本细目



资料来源：改编自 D. Collins 等人，“介绍；改进经济数据以便为毒品管制决定提供信息”，《麻醉品公报》，第 LII 卷，第 1 和 2 期（2000 年），图二。

上述成本研究主要针对高收入国家。大部分研究侧重于与毒品消费（而不是毒品生产）有关的成本，假设了无吸毒现象的情况。事实上，为此种研究确定的标准方法和分析框架似乎非常适合处理吸毒问题，但不太适合处理非法毒品的生产和贩运问题（吸毒成本的标准化概念上的分类，见图 15）。

这些研究之一是智利的一项经济研究¹⁰⁰，相当独特，侧重于涉毒犯罪的影响。该研究涵盖违反国家禁毒法的行为以及其他类别的犯罪行为，例如抢劫、性犯罪和杀人，通过下属三种机制中的任何一种，这些行为可归因于吸毒和毒品贩运：精神药理学方面的联系（吸毒者在毒品影响下实施犯罪）；经济压力方面的联系（吸毒者为弄到钱吸毒而实施犯罪）；以及系统联系（并非根据毒品法起诉的与毒品贩运有关的犯罪）。¹⁰¹ 考虑的成本包括各个相关机构（主要是警察、司法系统和监狱系统）发生的禁毒法执法成本，以及上述犯罪的实施者遭到监禁导致的生产力损失的成本。

该研究估计 2006 年这些成本为 2.68 亿美元。按犯罪类别细分显示，违反智利毒品法的犯罪行为本身仅占全部成本的大约三分之一（36%），而绝大多数（60%）成本可归因于抢劫，包括暴力抢劫。另外，按成本类别进行的细分显示，毒品法执法成本的最大份额是警察部门负担的（占总额的 32%），其次是监狱部门（25%）和司法系统（17%）。剩下的几乎所有成本是可归因于因涉毒犯罪而遭到监禁的生产力损失。还按毒品类别对成本进行了分解，可卡因碱（“可卡因碱糊”）被认定为是影响最大的毒品，占成本的一半以上，超过了盐酸可卡因和大麻。

尽管上文所述经济研究一般考虑了毒品问题直接和间接导致的各种各样的成本，但通常局限于能够以货币量化的成本。无形成本，例如死亡或生活质量受损，通常没有被量化，在量化这些成本时，一般是使用非货币计量单位，例如“减寿年数”或“丧失工作能力年数”。虽然这样的研究在评估毒品问题给社会造成的经济损失方面可能非常有用，但在

¹⁰⁰ M. Fernandez, “智利涉毒犯罪的社会经济影响”，《国际药物政策杂志》，第 23 卷，第 6 期（2012 年），第 465-472 页。

¹⁰¹ 关于毒品与犯罪之间的各种联系的论述，见关于暴力的部分。

评估世界毒品问题以及设计对策时还必须考虑其他因素。

C. 环境可持续性

环境可持续性体现在《2030 年可持续发展议程》的所有目标中。目标 1（消除贫困）与目标 2 密切相关，目标 2 的具体目标 2.4 是确保建立可持续粮食生产体系并执行具有抗灾能力的农作方法。对此加以补充的是目标 13（应对气候变化）和目标 15（可持续管理森林，防治荒漠化，制止和扭转土地退化，遏制生物多样性的丧失）。目标 6 涵盖了水的提供和管理，其具体目标 6.3 包括减少污染，消除倾倒废物现象，把危险化学品和材料的排放减少到最低限度。

非法种植和生产毒品作物涉及所有这些概念。本节描述非法生产毒品和应对毒品管制如何能够对生态系统产生不利影响，例如，导致为非法种植毒品作物而采伐森林。本节还评述关于减少非法毒品供应的努力如何有可能促使非法（及合法）耕作活动向新的、脆弱的或生态敏感地区扩张的证据。另外，本节阐释设计周密的替代发展干预措施如何能够加强对生物多样性的保护，从而减缓气候变化。

非法毒品作物种植及毒品生产和贩运：环境影响

砍伐森林

砍伐森林是非法作物种植，尤其是南美洲古柯树种植、东南亚罂粟种植以及某种程度的大麻种植所导致的主要环境问题。砍伐森林可能是非法作物种植的直接或间接结果：在为罂粟或古柯树的种植清理一块林地时，就是直接结果；在与非法作物种植有关的各种机制，包括合法的农业活动、牧场的形成以及其他形式的发展变化和侵占对砍伐森林产生影响时，就是间接结果。

可持续发展目标的具体目标 15.2

到 2020 年，推动对所有类型森林进行可持续管理，停止毁林，恢复退化的森林，大幅增加全球植树造林和重新造林

直接砍伐森林

农民们可能会侵占森林，以便在偏僻区域非法种植

古柯树、罂粟或大麻植株之类的作物，原因有两个：农业边界线上的农民社会经济条件较差，促使他们寻求种植经济作物；此种活动的非法性以及秘密从事此种活动的必要性有可能驱使他们向相对偏僻的区域转移。

难以量化非法种植导致的直接砍伐森林的程度，也难以测定砍伐森林的整体情况。某个时期森林面积的净变化可能无法反映出过程的复杂性，因为一个地方的森林减少可能被另一个地方的增加所掩盖，或者首次从森林转变为非森林却未列入统计。最后，非法种植并非砍伐森林的唯一原因，由于常常伴随其他推动因素，需在更广泛的现象背景下考虑非法种植导致的直接的砍伐森林的规模。

根据毒品和犯罪问题办公室的估计，2001-2014年期间，哥伦比亚年均均有22,400公顷的古柯树种植取代了森林。¹⁰² 这些估计数以年为基础，因此受拍照统计的较长时间间隔的局限要小得多。尽管并非直接可比，但来自联合国粮食及农业组织的数据显示，2001-2012年期间，哥伦比亚各种原因造成的净森林转化平均为每年116,000公顷；与此同时，有可探测的树木覆盖的土地（有树覆盖的所有类别土地）损失总面积为年均209,900公顷。¹⁰³ 不过，安第斯地区更加关注森林转化为非法种植地相对于其他土地利用形式的程度的具体研究显示，古柯树种植取代森林直接导致的砍伐森林的比例可能比上述简单对比所显示的要低。

毒品和犯罪问题办公室在哥伦比亚一个1,240公顷的风险地区（其定义是相关期间查明的一个古柯树种植地点1公里范围内的所有地方）开展了一项研究，包括对砍伐森林的评估。¹⁰⁴ 该研究发现，2001-2006年期间，该地区总共丧失了260万公顷的森林，其中5.3%可能由古柯树种植直接导致。在一个更长时期（2001-2012年）进行的后续研究¹⁰⁵ 显

示，期末古柯树占了所丧失森林面积的1.2%。

在哥伦比亚圣卢卡斯山脉进行的另一项研究以卫星图像为基础报告了2002年、2007年和2010年土地利用情况的数据，研究显示，非法古柯树种植导致的砍伐森林的比例在2002-2007年期间和2007-2010年期间不到2%。不过，这没有考虑这些期间在为古柯树种植砍伐森林后将土地转作合法用途的可能性。¹⁰⁶ 除了把握难以归于古柯树种植或其他活动的从森林转变为非森林的准确情况，从这样的研究中还可以清楚地看到，从长期看，大部分森林被砍伐的区域都变成了牧场和合法作物种植区，用于古柯树种植的部分较小。秘鲁有一项长期研究分析了涵盖Pichis-Palcazú 36万公顷总面积的1986年、1993年和2007年的图像，其结论是到2007年，有269,000公顷的森林遭到砍伐，其中57%变成了牧场，剩下的主要用于农耕，古柯树种植仅占该面积的0.39%。¹⁰⁷

间接森林砍伐

上述研究显示，全部森林砍伐中只有一小部分能直接归因于古柯树种植。古柯树种植与导致森林砍伐的其他人类活动共同发生，但这并不意味着古柯树种植与通常的森林砍伐之间必然有着因果关系。

有各种机制能够决定非法种植对森林砍伐率的间接影响。愿意或倾向于从事非法种植的农民自然会到更深的森林中秘密活动，这有可能逐渐导致进一步的扩张、合法耕种、形成牧场以及其他形式的发展和侵占。参与大规模集中收购农民的产品以及将作物加工成最终产品如海洛因和可卡因的高级组织者所赚取的利润可能会催生通过养牛、放牧和伐木之类的活动洗白收入的需要，而这些活动又会加剧森林砍伐。此外，非法种植区的某些特点，例如不太（或不）安全以及法治薄弱，会推动导致砍伐森林的其他不法活动，例如非法伐木和非法采矿。

¹⁰² 毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚：2014年古柯种植监测》（波哥大，2015年）。

¹⁰³ 根据M. C. Hansen等人提供的数据，“反映21世纪森林覆盖变化的高分辨率世界地图”，《科学》，第342卷，第6160期（2013年11月），第850-853页。

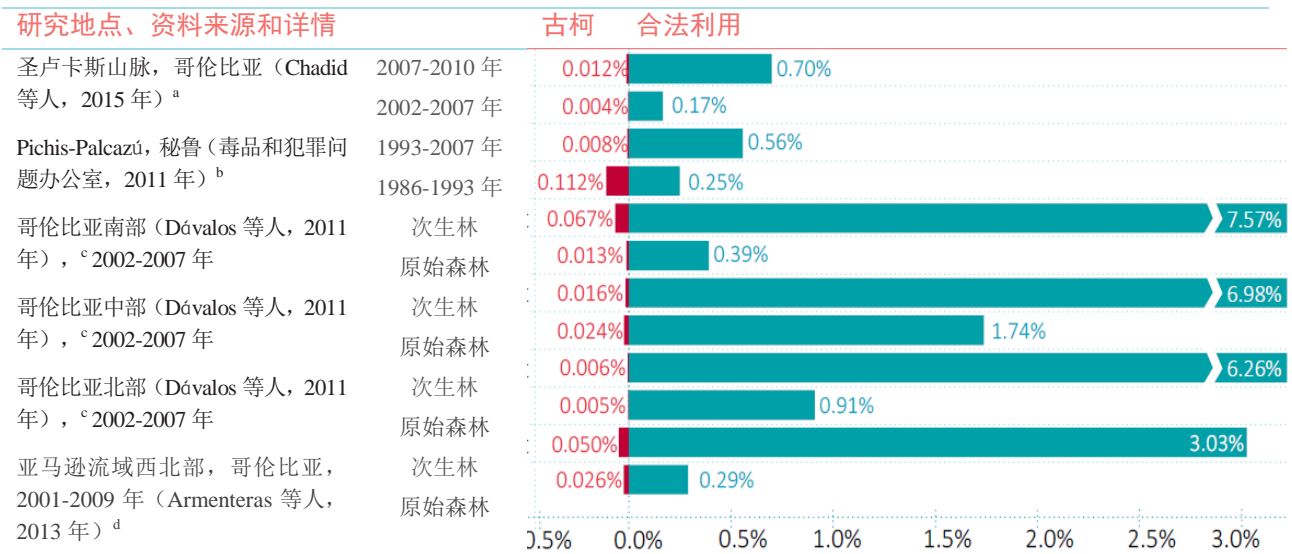
¹⁰⁴ 毒品和犯罪问题办公室，《古柯种植多时分析：2001-2006年期间》（波哥大，2006年）。

¹⁰⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《古柯种植多时分析：2001-2012年期间》（波哥大，2014年）。

¹⁰⁶ Maria A. Chadid等人，“贝叶斯空间模型凸显安第斯生物多样性热点地区古柯和牧场导致的砍伐森林的不同动态”，《森林》，第6卷，第11期（2015年）。

¹⁰⁷ 毒品和犯罪问题办公室及秘鲁环境部，“Pichis-Palcazú森林砍伐活动成因的经济分析”（利马，2011年）。

表. 4 | 按研究和区域分列的合法和非法森林砍伐：合法种植与非法种植对比的四项研究概述



注：“年均森林砍伐率”指所涉期间每年平均丧失的森林，以占该期间开始时相应森林面积的百分比表示。

年均森林砍伐率（百分比）

^a Maria A. Chadid 等人，“贝叶斯空间模型凸显安第斯生物多样性热点地区古柯和牧场导致的砍伐森林的不同动态”，《森林》，第 6 卷，第 11 期（2015 年）。

^b 毒品和犯罪问题办公室及秘鲁环境部，“Pichis-Palcazú 森林砍伐活动成因的经济分析”（利马，2011 年）。

^c L. M. Dávalos 等人，“森林与毒品：热带生物多样性热点地区古柯驱动的森林砍伐”，《环境科学和技术》，第 45 卷，第 4 期（2011 年），第 1219-1227 页。

^d D. Armenteras, N. Rodríguez 和 J. Retana，“亚马逊流域西北部的景观动态：导致热带森林遭到砍伐的牧场、火灾和非法作物评估”，《公共科学图书馆—综合》，第 8 卷，第 1 期（2013 年）。

古柯树种植推动了森林砍伐？哥伦比亚案例研究

一些研究指出，非法种植与森林砍伐之间存在联系，而另外一些深入分析没有证实此种联系，并且非法种植对森林砍伐有影响的经验证据很少。对比哥伦比亚一些市镇的森林砍伐率与非法种植规模未能得出清楚的总体模式。在将除古柯树种植之外的几个可能的协变量（例如城市人口密度、道路密度、最初的森林覆盖率、基本需求得不到满足的人口部分以及通过空中喷洒铲除非法作物）纳入模型后，最佳拟合模型显示古柯树种植并非森林砍伐率的重要决定因素。

一项研究 ^a 得出结论说，非法作物的种植贯穿森林，是森林破碎化的一个驱动因素。不

过，并不清楚这是否会对实际的森林砍伐率产生可察觉的影响，而且该研究还说一些受影响区域后来得到了恢复。

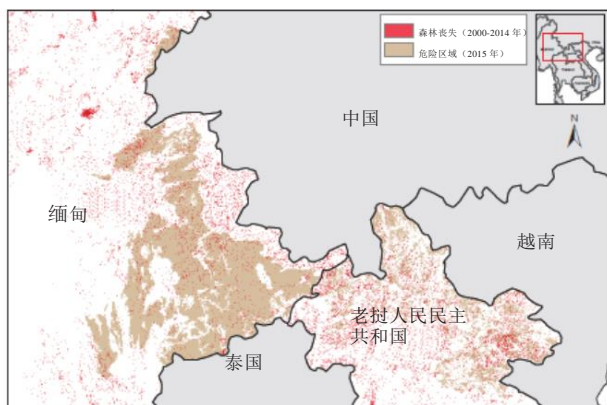
另一项研究 ^b 着手系统地考察非法作物种植作为森林丧失的一个催化因素的潜在影响。

模型以两种方式衡量了古柯树种植的空间接近度——到最近的古柯树种植点的距离和方圆几公里内有古柯树种植区——并且考察了森林砍伐随这两个变量而变化的可能性。通常与森林砍伐的可能性有关的其他变量也包含该模型中：剩下的森林的比例，^c 到公路和河流的距离 ^{d, e, f} 与一般农业有关的生物物理特性，例如气候、坡度和朝向 ^g 以及土地

的保护情况。^h 与森林砍伐之间的某种联系，在那里随着古柯树种植密度的增大以及与最近的古柯树种植点的距离缩短，森林砍伐的可能性加大了。一旦纳入社会经济变量，该研究不支持古柯与其他作物区别很大的论点；相反，该研究猜测种植古柯树的市镇的最大特点是农村发展落后，这是使得人口增长与森林砍伐之间的正相关成为可能的根本原因。

^{a-h} 见本报告的在线方法部分。

地图 6 | 2000-2014 年森林砍伐以及老挝人民民主共和国和缅甸的非法罂粟种植风险



资料来源：毒品和犯罪问题办公室罂粟风险地图；以及 M. C. Hansen 等人，“反映 21 世纪森林覆盖变化的高分辨率世界地图”，《科学》，第 342 卷，第 6160 期（2013 年 11 月）。

注：本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。短划线表示未确定的边界。

有几项深入分析聚焦于哥伦比亚的非法种植与森林砍伐之间的联系（见第 89 页上的框注）。为了系统调查种植非法作物的潜在影响而考虑了几个变量，但没有多少经验证据支持此种种植对砍伐森林总体情况的明确影响，同时各个市镇的结果各不相同。例如，在哥伦比亚的一些特殊例子中（即乔科省、纳里尼奥省），大规模古柯树种植事实上与大规模森林砍伐直接相关。一般说来，森林砍伐和古柯树种植发生在相同区域，但这并不意味着更多古柯树种植会导致更多森林砍伐。似乎是刺激边境发展的行动、条件和政策推动了森林砍伐，而古柯正好容易在这样的环境下生长。最后，随着发展水平的提高，古柯树种植面积在减小，而森林砍伐在继续，除非采取具体对策。

为了考察东南亚森林砍伐与罂粟种植之间的潜在关系做了类似的工作。在这个案例中，利用地图来表示老挝人民民主共和国和缅甸的罂粟种植高危区域。建模结果并未显示任何罂粟种植风险与森林砍伐可能性之间的正相关证据。这表明其他因素，可能是模型中未包括的社会经济因素，是森林砍伐的主要推动因素，罂粟种植导致的森林位移只是森林砍伐的一个组成部分。

毒品贩运导致的森林砍伐

非法供应毒品可能对环境产生影响的另一个方面是

可卡因贩运。在危地马拉的 Petén¹⁰⁸ 和洪都拉斯东部记录了可卡因贩运导致砍伐森林的例子。¹⁰⁹

贩运加剧侵占的最简单方式是在森林中开辟轻型飞机起降空地。或许不仅如此，因为贩毒可引发暴力获取土地及争夺土地占有权，不仅吸引合法活动，还吸引其他非法活动，并且，如上所述，产生对洗白非法收入的需求，通过将森林变成畜牧场等来满足这样的需求。危地马拉玛雅生物圈保护区可能就是这样的例子，¹¹⁰⁻¹¹¹ 毒贩们在那大片保护区可能接管了土地并暴力控制地盘。¹¹² 当地牛群存栏数快速增长的目的就是为了满足贩毒收入洗钱的需求。¹¹³ 当地小农可能在毒贩们胁迫下“出售”了保护区里的社区土地，随后继续砍伐更多森林。¹¹⁴

洪都拉斯案例从数量上将贩毒与森林砍伐挂钩。2004-2012 年期间，洪都拉斯东部森林丧失似乎涉及从南美洲运到洪都拉斯的可卡因货物空运和海运次数，正如美国国家药物管制政策办公室统一禁毒数据库所记录。三个相关机制可解释这一关系：飞机跑道和非法道路导致直接森林砍伐；土地侵占导致间接森林砍伐，给流离失所农民造成更大压力；以及将公共用地私有化以建设“毒品物业”并洗白贩毒所得。¹¹⁵ 最后一个机制常常占用原住民土地。¹¹⁶

¹⁰⁸ Iliana Monterroso 和 Deborah Barry, “森林权利正当性：危地马拉佩滕省保护区林权改革的基础”，《保护与社会》，第 10 卷，第 2 期（2012 年），第 136-150 页。

¹⁰⁹ Kendra McSweeney 等人，“作为保护政策的毒品政策：毒品——森林砍伐”，《科学》，第 343 卷，第 6170 期（2014 年），第 489 和 490 页。

¹¹⁰ Avrum J. Shriar, “生计、土地利用和土地覆盖分析理论和背景：危地马拉佩滕省的经验教训”，《地区论坛》，第 55 卷，2014 年，第 152-163 页。

¹¹¹ Iliana Monterroso 和 Deborah Barry, 危地马拉玛雅生物圈保护区土地使用权、林业和生计：社区森林特许权系统（危地马拉城，拉丁美洲社会科学学会国际森林研究中心，2009 年）

¹¹² 同上。

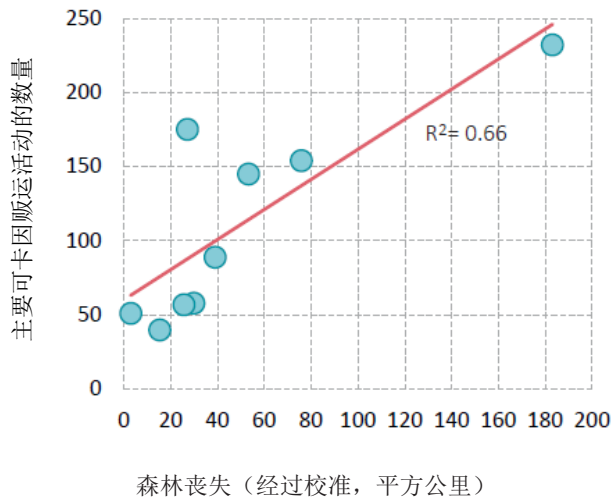
¹¹³ Avrum J. Shriar, “生计、土地利用和土地覆盖分析理论和背景”（见脚注 110）。

¹¹⁴ Liza Grandia, “公路测绘：危地马拉北部低地的大型项目和侵占土地”，《发展和变化》，第 44 卷，第 2 期（2013 年），第 233-259 页。

¹¹⁵ McSweeney 等人，“作为保护政策的毒品政策”（见脚注 109）。

¹¹⁶ K. McSweeney 和 Z. Pearson, “让本地人背井离乡：洪都拉斯的毒品生意”，《北美拉丁美洲大会美洲报告》，

图 16 2004-2012 年洪都拉斯东部森林丧失和主要可卡因贩运活动的数量



资料来源: K. McSweeney 和 Z. Pearson, “让本地人背井离乡: 洪都拉斯的毒品生意”, 《北美拉丁美洲大会美洲报告》, 第 46 卷, 第 4 期 (2013 年)。

化学品和废弃物导致的污染和健康危害

可持续发展目标的具体目标 6.3

到 2030 年, 通过以下方式改善水质: 减少污染, 消除倾倒废物现象, 把危险化学品和材料的排放减少到最低限度, 将未经处理废水比例减半, 大幅增加全球废物回收和安全再利用

加工和生产植物制成的毒品和合成毒品的地下加工点需要大量的化学前体和其他化学品, 其中许多化学品对人的健康有害, 并且有可能损害环境。这些化学品包括溶剂; 金属以及盐、酸和碱。接触这样的化学品可导致多种并发症, 包括对眼睛、鼻子和喉咙的刺激、肝肾损伤以及肺部出血和腐蚀。一些化学品可能引发火灾或爆炸。¹¹⁷ 就在城市环境中生产合成毒品而言, 健康危害尤其令人担忧, 它不但对大量人口构成巨大风险, 而且还影响那些常常因为没有其他可行办法而在生产植物制成的毒品的场所工作的人, 他们常常在不人道的条件下工作并且遭到剥削。¹¹⁸ 副产品和未使用的化学品常常被丢弃

第 46 卷, 第 4 期 (2013 年)。

¹¹⁷ 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲警察局, 《甲基苯丙胺: 欧洲联盟在全球背景下的看法》(卢森堡, 欧洲共同体官方出版物办公室, 2009 年)。

¹¹⁸ Merrill Singer, “毒品与发展: 吸毒和贩毒对社会和经济发展的全球影响”, 《国际药物政策杂志》, 第 19 卷, 第 6 期 (2008 年), 第 467-478 页。

在城市排水系统和其他城市设施中, 或者, 在非城市地区加工植物制成的毒品的情况下, 丢弃在自然环境包括河流和森林中。

丢弃在城市环境中的废弃物不仅构成健康风险, 而且还可能影响城市和工业环境。据欧洲警察组织称, 非法生产毒品的罪犯可能采用的办法是: 直接扔掉化学品、埋在地底下、留在偷来的拖车中或者把液体排入排水系统、倒在地上或者倒进地表水中。其他方法包括在偷来的机动车上焚烧废弃物或者将化学品混入其他化学废弃物中, 然后从轮船上扔进公海。¹¹⁹

可卡因和阿片剂的非法供应链上使用的化学品也加剧了农村环境的污染和健康危害。2005 年末和 2006 年初, 毒品和犯罪问题办公室根据按地理区域和地形分类的全国 1,300 名古柯树种植者的样本对哥伦比亚境内非法种植和加工古柯的情况进行了系统研究。¹²⁰ 研究发现, 古柯树种植者所用的大多数农用化学品均合法。将最常用的合法农用化学品的用量与生产者的推荐用量相比较发现, 总的说来, 该研究的古柯树种植者¹²¹ 报告的除草剂和杀虫剂用量在其他热带地区农民使用量范围内。

该研究还调查了非法加工古柯树中试剂的使用。试剂的详细数据显示: 在依靠各种有机溶剂, 不论是汽油、柴油还是石油; 完全依靠硫酸以及大量的汽油回收再利用方面, 存在明显的地区差异, 差异与燃料成本有关。由于散布在亚马逊丛林中的大量加工点使用上述物质, 存在污染的可能性; 不过, 大量降雨再加上回收再利用, 大概减少了这些污染源对环境的影响。事实上, 1990 年代初期, 在玻利维亚查帕雷进行的实地观察发现, 降雨很快就稀释了化学溢出物。¹²²

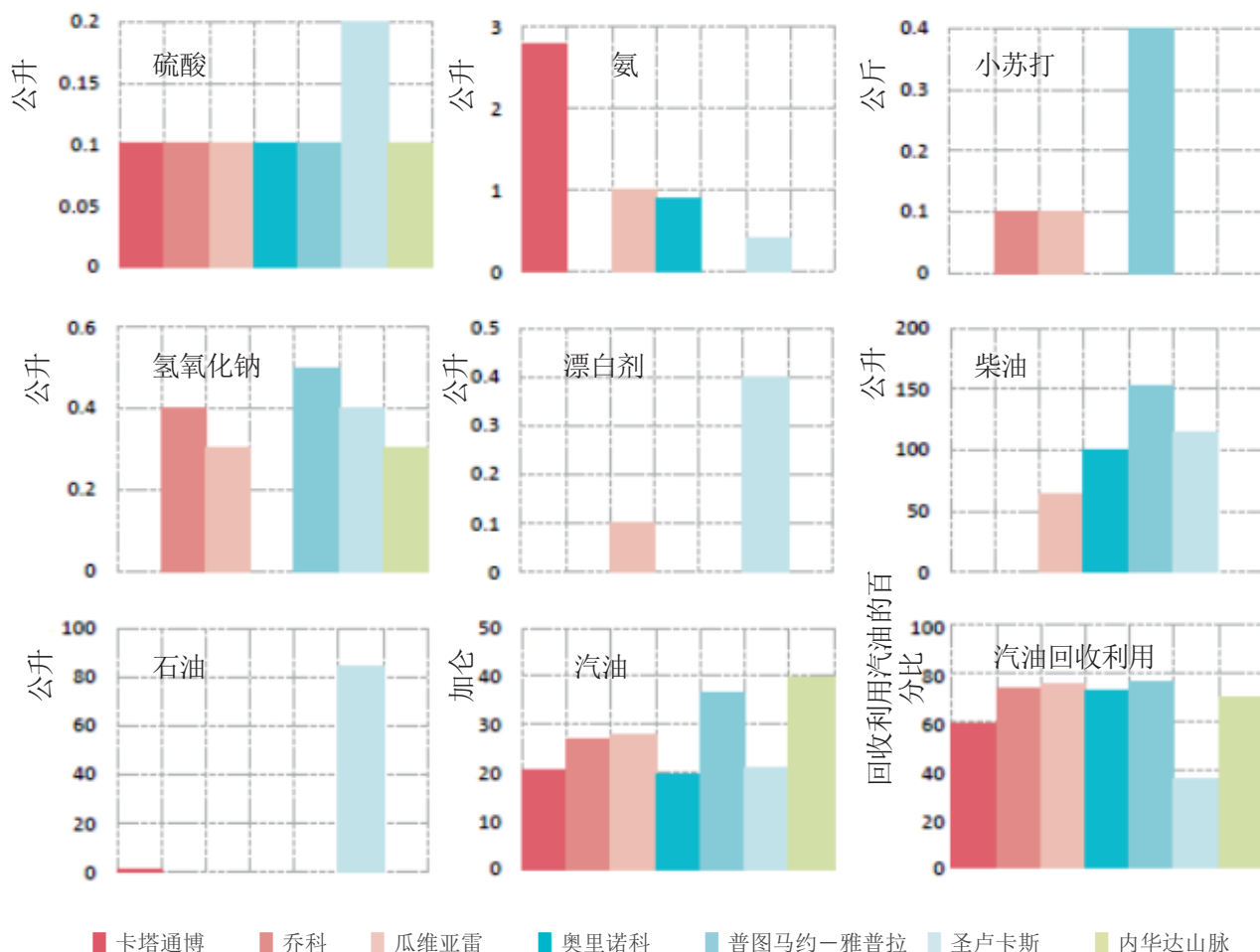
¹¹⁹ Walter Ego 和 A ãsata Ma ãa, “理清毒品生产的隐性环境成本”, 第 149 号政策简报 (斯德哥尔摩, 安全和发展研究所, 2014 年)。

¹²⁰ 毒品和犯罪问题办公室, 《哥伦比亚古柯种植特点》(波哥大, 2007 年)。

¹²¹ 同上。

¹²² Ray Henkel, “玻利维亚查帕雷地区的古柯 (赤藓古柯) 种植、可卡因生产和生物多样性”, 载于《新热带山地森林的生物多样性和保护》, Steven P. Churchill 等人编辑 (纽约, 纽约植物园, 1995 年), 第 551-560 页。

图 17 | 哥伦比亚一油桶^a 新鲜古柯叶加工成古柯糊所用试剂的地区差异



资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚古柯种植特点》（波哥大，非法作物监测综合系统，2006年）。

^a 大约 87.5 公斤新鲜古柯叶。

缺水和盐碱化

可持续发展目标的具体目标 15.3

到 2030 年，防治荒漠化，恢复退化的土地和土壤，包括受荒漠化、干旱和洪涝影响的土地，努力建立一个不再出现土地退化的世界

阿富汗罂粟种植给本就缺水区域的供水带来了额外压力，所使用灌溉方法还加剧了荒漠地区盐碱化。

根据一份报告，¹²³ 在仍受大量罂粟种植影响的赫尔曼德省（2014 年占可耕土地的 27%），1999-2001

年旱灾之后，不可持续发展以及抽水灌溉使赫尔曼德河下游的水流减少了 98%，以前星罗棋布的下游湿地消失殆尽。此外，干旱似乎逐渐升级，2000-2001 年冬季到 2014 年春季的阿富汗生长季节（冬季和春季）全球降水异常现象实时记录显示，这期间的 28 个生长季节中，14 个季节的降水在参考期 1979-2000 年月平均值 10 毫米范围内，12 个生长季节的降水少于该范围，仅 2 个季节的降水超过该范围。同时，人口增长并未放缓，水道上游种植不断加强。¹²⁴ 罂粟种植从两方面加剧缺水：灌溉系统储水；¹²⁵ 以及

¹²³ John Weier, “从湿地到荒地：Hamoun 绿洲的毁灭”，NASA 地球观测站，可查阅 www.earthobservatory.nasa.gov/Features/hamoun。

¹²⁴ Adam Pain, “水、管理、牲畜与鸦片经济：巴尔克罂粟种植的扩大”，《案例研究丛书》（喀布尔，阿富汗研究和评价单位，2007 年）。

¹²⁵ David Mansfield 和 Adam Pain, “铲除罂粟：在没有什么可失去时如何加大风险？”，《简报辑册》（喀布尔，阿

通过管井从蓄水层抽水经济可行。¹²⁶ 有时，人脉广而有势力的罂粟种植者就在路边种植罂粟，正如他们在察哈尔省所做的一样，以至于下游无水可用。¹²⁷ 相反，Boghra 水道北边依靠管井灌溉的种植者属于赫尔曼德省中部最无权无势和最边缘化的种植者。¹²⁸ 不过，罂粟带来的回报使得即使这些种植者——至少暂时——也能支付大笔费用购买（或租赁）水泵并提供燃料，导致地下水位降低并最终导致边缘土地退化。¹²⁹ 持续罂粟种植会消耗土壤本已低下的生产能力，导致鸦片产量下降（例如 2015 年南方产量极低），同时水资源管理差可能加快了退化过程。

生物多样性与保护区

可持续发展目标的具体目标 15.5

采取紧急重大行动来减少自然栖息地的退化，遏制生物多样性的丧失，到 2020 年，保护受威胁物种，防止其灭绝

与非法种植有关的担忧之一是其有可能对生物多样性产生影响。生物多样性并非均匀分布在全世界，而是集中在低地潮湿的热带森林中，^{130、131} 山区热带和亚热带森林被认为是生物多样性热点地区，一个小小的已知生境包含了大量物种。¹³²

热带安第斯山脉是世界上生物多样性最为丰富的热点地区，占有植物的 7%，所有脊椎动物的 6%；

富汗研究和评价单位，2006 年）。

¹²⁶ David Mansfield, “进退两难：2010-2011 年生长季节在南加哈尔和赫尔曼德作出的禁毒努力及其影响”，《案例研究丛书》（喀布尔，阿富汗研究和评价单位，2011 年）。

¹²⁷ Mansfield 和 Pain, “铲除罂粟”（见脚注 125）。

¹²⁸ Mansfield, “进退两难”（见脚注 126）。

¹²⁹ David Mansfield, “赫尔曼德在移动中：作物减产就换个地方”，《简报辑册》（喀布尔，阿富汗研究和评价单位，2015 年）。

¹³⁰ Clinton N. Jenkins、Stuart L. Pimm 和 Lucas N. Joppa, “陆生脊椎动物多样性和保护的全球模式”，《国家科学院会议记录》，第 110 卷，第 28 期（2013 年）。

¹³¹ Norman Myers 等人, “优先保护生物多样性热点地区”，《自然》，第 403 卷，第 6772 期（2000 年），第 853-858 页。

¹³² Thomas Brooks 等人, “全球生物多样性保护优先事项”，《科学》，第 313 卷，第 5783 期（2006 年），第 58-61 页。

沿太平洋海岸线的乔科省低地森林中也有异常多的植物和脊椎动物。安第斯山脉的罂粟种植特别令人担忧，因为适合罂粟种植的海拔也是特别脆弱的高山稀疏草地及其以下的生态系统的海拔。¹³³ 就罂粟种植取代这些生态系统而言，这是几个威胁中的一个，除此之外还有合法耕种以及与之有关的火灾，以及，在哥伦比亚的情况下，采矿。^{134、135}

东南亚情况与之类似。老挝人民民主共和国和缅甸高地是中缅生物多样性热点地区的一部分，估计有超过 13,500 个植物物种，其中 7,000 个在其他地方尚未发现，但只剩下不到 5% 的自然土地覆盖。¹³⁶

古柯树种植对生物多样性存在影响。基于卫星的数据揭示了所有三个古柯树种植国中保护区（国家公园）里面持续存在的古柯树种植区，在这些地方合法的农耕也会构成威胁。在哥伦比亚，受影响最大的保护区被拉马卡雷纳山脉、蒂尼瓜和 Los Picachos 国家公园里面包括古柯树种植在内的一条移动的耕作带包围了（见图 18 中的奥里诺科线）。

秘鲁保护区内古柯树种植范围有限。2004 年根据上瓦亚加、阿普里马克河和 La Convención-Lares 这三个地区的潜在土地利用情况对古柯种植地进行的分析显示，古柯种植占陆地面积的 2%，其中大部分（90%）是在没有农业潜力的陆地上。略低于四分之一的古柯种植是在保护区内，而三分之二在指定为林地的土地上。

在多民族玻利维亚国，受影响的公园主要是伊斯博洛和卡拉斯科。第一个与 Alto Beni 森林砍伐线重合，第二个与查帕雷-圣克鲁斯森林砍伐线重合。古柯对公园的侵占可追溯到至少 1980 年代。¹³⁷

毒品管制干预措施对环境的影响

¹³³ David M. Olson 等人, “世界陆地生态区：地球生命新地图”，《生物科学》，第 51 卷，第 11 期（2001 年），第 933-938 页。

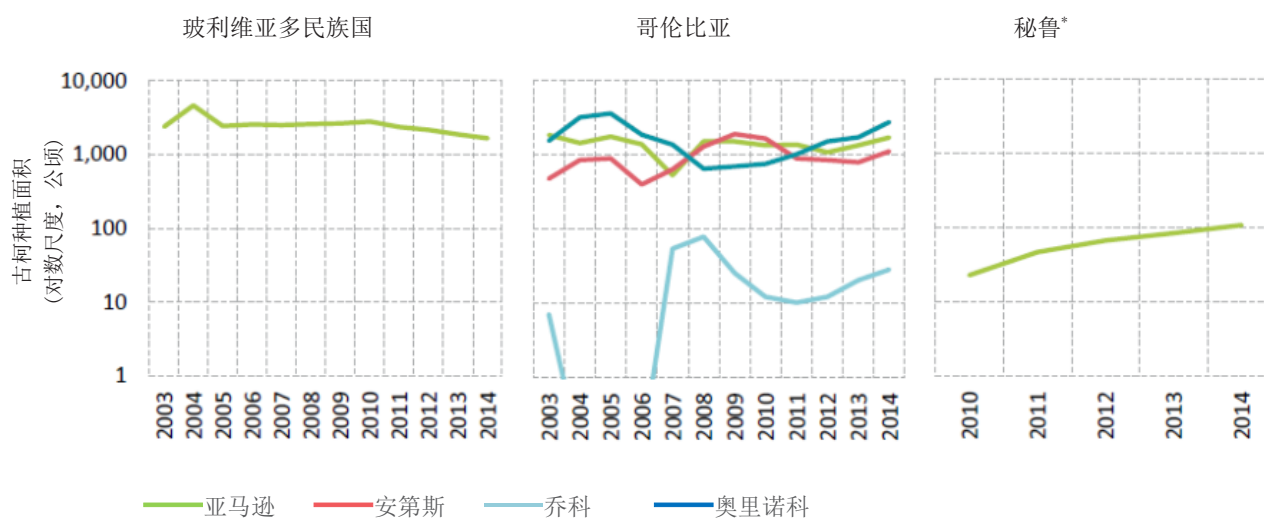
¹³⁴ Natalia Ocampo-Peñuela 和 Stuart L. Pimm, “山区鸟类海拔范围及哥伦比亚安第斯山脉的森林砍伐”，《公共科学图书馆—综合》，第 10 卷，第 12 期（2015 年）。

¹³⁵ Pasquale Borrelli 等人, “安第斯 Páramo 的火灾管理的影响：利用卫星遥感进行的初步评估”，《遥感》，第 7 卷，第 9 期（2015 年），第 11061-11082 页。

¹³⁶ Myers 等人, “优先保护生物多样性热点地区”（见脚注 131）。

¹³⁷ Henkel, “古柯（赤藓古柯）种植”（见脚注 122）。

图. 18 | 2003-2014 年玻利维亚多民族国、哥伦比亚和秘鲁保护区（国家公园）的古柯树种植面积



注：国家公园数据指各生态区。*秘鲁只有 2010 年之后的数据。

替代发展

可持续发展目标的具体目标 2.4

到 2030 年，确保建立可持续粮食生产体系并执行具有抗灾能力的农作方法，以提高生产力和产量，帮助维护生态系统，加强适应气候变化、极端天气、干旱、洪涝和其他灾害的能力，逐步改善土地和土壤质量

替代发展是一项干预措施，减少非法毒品供应的工作力求改善农民社会经济条件及其生活和谋生的环境。尽管过去目光短浅的举措给环境带来了不利后果，但替代发展证明能够通过促进生物多样性和植树造林对环境产生积极影响。一些关键要素对确保替代发展方案整体可持续的成功至关重要，包括社区参与以及促进土地所有权、社区组织、良好农业做法，包括在收获后流程、农林业和森林管理中。

138

秘鲁圣马丁区有一个产生积极环境影响的替代发展成功案例，其替代发展举措包括用棕榈油、可可和咖啡生产以及农林业取代古柯生产，另外将 7.5% 的以前种植古柯和其他作物的田地重新变成森林（大约 650 公顷）。最后一项活动涉及当地的 350 户家庭。另有 687 户家庭参与了 1,415 公顷的农林业以及为公平交易市场和有机市场种植咖啡和可可的活动。该项目的成功靠的是无条件地向受益者提供支

138 见《2015 年世界毒品问题报告》，第二章。

持，无论他们是否铲除了古柯树，还依靠整个社区的参与，无论他们是否直接参与古柯的生产。¹³⁹

在哥伦比亚的“守林家庭方案”这一举措的背景下强调了土地所有权，该方案在 2003-2013 年期间实施，涉及逾 12 万个家庭。¹⁴⁰ 该项目使得大约 3 万个家庭购买了超过 10 万公顷的土地。这些战略的前提是土地所有权使得小农不愿意或不再愿意参与古柯经济，有利于长期生产性项目的开展。尽管项目中没有评估森林砍伐率，但土地所有权也有可能减缓农业边界的推进。¹⁴¹

过去，旨在以合法作物取代非法作物的作物替代方案可能产生了出乎意料的效果。例如，在东南亚，作物替代因为推动从轮歇农业转向永续农业而受到批评，轮歇农业有休闲期，在此期间，土地可以得到恢复。¹⁴² 不过，在环境影响方面，泰国北部的一项研究显示，这不一定会转化为不可持续的森林砍伐。在 Pah Poo Chom 村庄，1970 年代到 1990 年代

139 毒品和犯罪问题办公室，《圣马丁：替代发展对森林砍伐和古柯活动的经济影响分析》（利马，2014 年）。

140 毒品和犯罪问题办公室，《哥伦比亚：2013 年古柯作物监测》（波哥大，2014 年）。

141 Mar á D. Álvarez, “暴力下的森林：哥伦比亚内战对保护的影响”，《可持续林业杂志》，第 16 卷，第 3-4 期（2003 年），第 47-68 页。

142 Chupinit Kesmanee, “甜蜜三角的毒化作用：高地人、鸦片和作物扩张，早该进行的政策审查”，载于《今天的山地部落：变化中的问题》，John McKinnon 和 Bernard Vienne 编辑（曼谷，白莲花，1989 年），第 61-102 页。

期间，农业集约化发生的同时对土地的总体利用减少了，在最陡峭的斜坡上森林得到再生，即使在人口增长的时候也是如此。

铲除和迁移

根据背景不同，铲除非法作物对环境的影响可能有不同的结果和不同的后果。如果铲除引起毒品作物种植地点发生迁移，那么在农民对铲除举措作出反应并寻找执法当局打击范围外的新的种植地点时，会导致对环境的不利影响。例如，在阿富汗，赫尔曼德中部有针对性的“食品区”行动，包括铲除活动，可能对 Boghra 河道北部罂粟种植者的迁移以及该河道北部农业边界的相关扩张产生了影响，2008-2013 年农业区几乎扩大了一倍。¹⁴³ 而这又加剧了该水道北部的土壤耗损以及其他环境影响。

在安第斯国家，农民逃避执法的最简单方式是把古柯树种植地点选在相对不容易到达的山坡上。在哥伦比亚圣卢卡斯山脉进行的一项研究¹⁴⁴ 获得的统计数据证实，有一定坡度的山区更有可能变成古柯树种植区，而在十分崎岖的地带将森林变成牧场的可能性降低了。

在哥伦比亚开展的其他研究也证实了铲除对古柯树种植的空间分布以及相关环境问题的潜在影响的复杂性。一项研究对证实 2001-2008 年期间古柯树种植朝着原始森林比例的较高以及道路的密度较低的城镇总体转移提供了数量证据。¹⁴⁵ 同时，研究结果提供了古柯树种植者从喷洒的目标地区转移到附近的城镇重新开始古柯树种植的证据。这解释了古柯树种植者对安第斯和乔科森林边界的改变。

不过，一些研究显示，铲除可减缓农业边界的推进。玻利维亚东部的卫星图像分析¹⁴⁶ 暗示了这一点。1990 年代打击毒品贩运和铲除古柯树的激进运动被认定为是 1980 年代末期到 1990 年代森林采伐减少

的主要原因。尽管毒品管制政策没有被认定为是圣克鲁兹的种植者和林产品部门发生变化的一个推动因素，但在森林采伐方面观察到类似的趋势。这凸显了将与古柯树种植有关的或者由古柯树种植造成的森林砍伐与森林边界上的其他活动导致的土地利用方面的变化区分开来的难度。

哥伦比亚的另一项研究显示，铲除工作可能有助于放弃古柯树种植后森林的再生。¹⁴⁷ 该研究观察到，2001 年森林植被增加最多的 10 个城镇中有 8 个曾经生产过古柯，并且到 2010 年古柯总产量大幅下降（降至原来数字的 30%），这大概是铲除工作的结果。

在哥伦比亚和其他地方，空中喷洒对环境可能造成的影响是一个长期辩论的有争议的问题。在哥伦比亚，1994 年以来，通过从空中喷洒除草剂草甘膦铲除了绝大多数古柯树。¹⁴⁸ 多年来对此争论不休，众说纷纭，还做了大量研究，包括关于草甘膦物质的、喷洒混合物的以及喷洒精度的研究；不过，证据不确凿，因为一些研究指出对环境没有负面影响，而另一些研究指出有负面影响。¹⁴⁹

¹⁴³ Mansfield, “赫尔曼德在移动中”（见脚注 129）。

¹⁴⁴ Chadid 等人, “贝叶斯空间模型凸显不同动态”。

¹⁴⁵ Alexander Rincón-Ruiz、Unai Pascual 和 Suzette Flantua, “利用地理加权回归方法考察哥伦比亚的古柯作物与相关因素之间在空间上变化的关系”, 《应用地理学》, 第 37 (2013) 卷, 第 23-33 页。

¹⁴⁶ Timothy J. Killeen 等人, “玻利维亚东部历史上土地利用方面的总体变化: 谁、哪里、何时以及多少?”, 《生态学与社会》, 第 13 卷, 第 1 期, 第 36 篇文章 (2008 年)。

¹⁴⁷ Ana María Sánchez-Cuervo 等人, “哥伦比亚土地覆盖的变化: 2001 年至 2010 年期间令人吃惊的森林恢复趋势”, 《公共科学图书馆—综合》, 第 7 卷, 第 8 期 (2012 年年)。

¹⁴⁸ Ricardo Vargas, “熏蒸与哥伦比亚毒品政策: 恶性循环的终结还是战略失败?”, 《战争中的社会与环境》, Martha Cárdenas 和 Manuel Rodríguez 编辑 (波哥大, 国家环境论坛 2004 年), 第 353-395 页。

¹⁴⁹ 在本报告的在线方法部分可以看到对在哥伦比亚进行的关于喷洒对环境的影响的研究的参考。

D. 和平、正义和包容的社会

新的《可持续发展议程》承认有必要建设和平、公平和包容的社会，这样的社会提供公平的司法救助并且以尊重人权（包括发展权）以及各个级别有效的法治和善治以及透明、有效和负责的机构为基础。在与可持续发展目标 16 有关的具体目标中，与法治和司法救助以及减少暴力、经济犯罪（腐败和贿赂）、有组织犯罪和非法资金流有关的那些目标全都与世界毒品问题以及应对这一问题有着重要联系。

暴力

涉毒暴力定义

可持续发展目标的具体目标 16.1

在全球大幅减少一切形式的暴力和相关的死亡率

尽管毒品问题可能危及一些国家的和平与安全，但毒品与暴力之间的联系并非必然。此外，由于毒品问题与暴力问题相辅相成，评估毒品问题对暴力问题的影响程度具有挑战性，反之亦然。可能就某些地方和时期而言存在与毒品有关的暴力指标，但难以获得足以进行国家之间和不同时间对比的数据。由于定义暴力的方式多种多样，而且暴力形式各不相同，情况就更加复杂了。暴力可能致命，也可能非致命；暴力有时可能明目张胆，有时系施暴者暗中所为，因此难以确定。¹⁵⁰

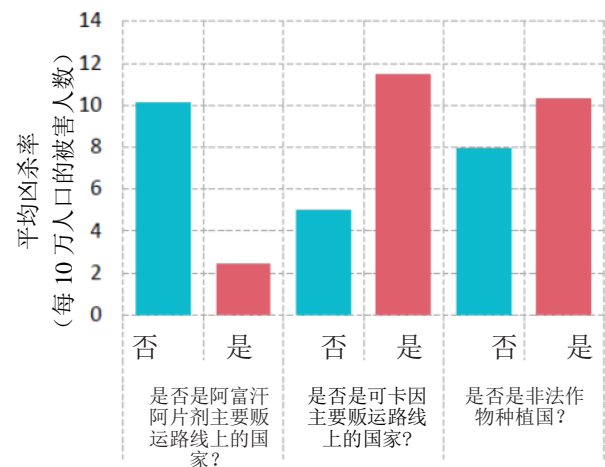
非法毒品问题的不同阶段导致不同的暴力表现形式。为使这些不同概念化而采用的一种方式区分精神药理学暴力（源于直接吸毒或吸毒戒断的暴力）、经济暴力（源于吸毒者试图弄到钱买毒品的暴力）以及系统暴力（源于犯罪集团之间或内部对非法生产和分销毒品控制权的争夺）。^{151、152} 在这种大致分类中，暴力的严重程度和致命性差别很大。

¹⁵⁰ A. Durán-Martínez, “杀戮并告知？国家权力、犯罪竞争以及毒品暴力”，《冲突解决杂志》，第 59 卷，第 8 期（2015 年），第 1377-1402 页。

¹⁵¹ Paul J. Goldstein, “毒品与暴力的关系：一个分成三部分的概念框架”，《毒品问题杂志》，第 15 卷，第 4 期（1985 年），第 493-506 页。

¹⁵² Paul J. Goldstein, “美国毒品与暴力之间的关系”，联合国国际药物管制规划署，《1997 年世界毒品报告》，第三部分。

图 19 2009-2013 年相对于各国在非法毒品供应链上所处位置的平均凶杀率



资料来源：毒品和犯罪问题办公室凶杀统计数据（2015 年）。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html。

毒品生产和贩运与致命暴力的联系更明显，而吸食非法毒品与财产犯罪和家庭暴力的关系更密切。

在全球范围内，凶杀率与吸毒流行率之间没有明显联系，但凶杀率较高会影响一个国家是否成为毒品过境国，但各国家集团仍有差别。

可卡因过境国和可卡因生产国的凶杀率比其他国家高。不过，受阿富汗阿片剂贩运流影响的国家中凶杀率似乎较低，¹⁵³ 这表明虽然毒品转运和生产可能与凶杀率较高有关，但并非总是这样。区域、国家和毒品类别之间有差别。

吸毒对暴力的影响

对吸毒与暴力犯罪之间的关系仍然研究得不够，理解也不准确，尽管这两个现象之间显然存在某种联系。在现有研究采用的群体以及样本规模方面也有很大差别。与其他地方相比，在欧洲国家和美国对吸毒与犯罪之间的关系所作的分析比较多。调查研究的综合分析显示，某些毒品容易引发吸毒与犯罪之间的一般联系，并且与财产犯罪和违反毒品法的行为包括毒品交易的联系往往更紧密。

¹⁵³ 凶杀率与这些类别中的每一类之间的双变量相关性似乎在“是否是阿富汗阿片剂主要贩运路线上的国家？”和“是否是可卡因主要贩运路线上的国家？”这两个类别中具有统计学上的意义，但在“是否是非法作物种植国”类别中没有（可能是因为后一类中只有 17 个国家）。

暴力与“快客”在美国的流行

1985-1991年期间，美国的凶杀率从每10万人口中有7.9人攀升至9.8人，推动这一上升趋势的主要是25岁以下非洲裔美国男子（既作为受害者也作为施害者）中的凶杀率上升。^a在抢劫方面也出现了类似的增长，1989-1994年期间增长了70%，尤其是18岁以下儿童实施的抢劫；在年龄较大的犯罪者中，增长发生得更早。自1991年犯罪达到高峰以来，凶杀率持续下降。

上文所述暴力犯罪的增长与“快客”可卡因的流行以及“快客”市场滋生的暴力有关，尽管“快客”吸毒的增长与暴力犯罪之间的连续并非必然。纽约是公共安全危机的重灾区之一，占1991年国内凶杀案件的9%，纽约吸食“快客”的高峰出现在1984年，然而凶杀高峰发生在1988年，而上一次上升发生在1980年。凶杀增长似乎与控制“快客”市场引发的暴力争夺有明显的联系，而与“快客”吸毒本身的联系很弱，尽管一般并不这么认为。“快客”吸毒与抢劫的增长以及毒品交易的增长有关，因为许多“快客”吸毒者为维持吸毒而实施抢劫和进行毒品交易。

^a A. Blumstein 和 J. Wallman 编辑，《美国犯罪的减少》（纽约，剑桥大学出版社，2006年）。

澳大利亚、联合王国和美国的研究回顾发现，与不吸毒的人相比，吸毒者实施财产罪的可能性较大。这些研究关注寻求治疗或报告上瘾的吸毒者（主要使用苯丙胺类药物和阿片剂）。发现吸毒与入店行窃、一般盗窃和毒品交易之间的联系比吸毒与其他犯罪之间的联系更紧密。¹⁵⁴ 这些研究中有一些提到和发现了个人靠吸毒壮胆以实施暴力行为的可能性，尽管并非总是这样。一般说来，精神药理暴力方面的证据较弱。

现有研究相对较少，但发现吸毒是各类家庭暴力的风险因素，例如亲密伴侣间的轻微和严重暴力行为以及虐待儿童行为。一些研究还发现早年目睹或遭受暴力与后来吸毒和犯罪之间存在的联系。吸毒是施加或遭受家庭暴力的风险因素之一。其他风险因素包括酗酒、社会经济地位低以及家庭暴力史。吸毒被发现比曾经受害更能预示犯罪；例如，一项研究发现酗酒或吸毒妇女更有可能遭受殴打和口头谩骂，但在严重虐待中的作用似乎并不确定。¹⁵⁵

暴力和非法毒品生产与贩运

非法毒品市场暴力的目的在于几个方面：解决贩毒

¹⁵⁴ T. Bennett 和 K. Holloway, 《了解毒品、酒精和犯罪》，犯罪与司法丛书（伯克郡梅登黑德，联合国开放大学出版社，2005年），第96和105页。

¹⁵⁵ Larry W. Bennett, “吸毒和对妇女的家庭暴力”，《社会工作》，第40卷，第6期（1995年），第760-771页。

组织内部和之间的地盘、合同、纪律或继承问题；报复国家执法或者迫使国家官员放弃执法；以及促使改变影响犯罪活动的立法或政策。从这个意义上说，与毒品有关的暴力行为常常影响罪犯和政府官员，但并不只限于他们，暴力行为还可能影响被看作是敌人的平民、卷入交火中的平民或者受镇压政策影响的平民。贩毒组织之间和内部争夺市场以及与国家武装力量的冲突导致的暴力行为可能是致命性的，因为有可能涉及火器。这样的暴力行为还可能有着不大可能很快实现的中长期目标，例如控制市场。

暴力在受非法毒品的生产和贩运影响的不同国家有所不同，在各个国家中也会随时间而变化。图20显示了古柯树和罂粟的主要种植国凶杀率的不同趋势。这一分化没有得到系统说明，尽管与这些国家的政治和社会状况以及非法毒品市场的组织有关的几个因素可能导致了这一分化。哥伦比亚强大的贩毒集团以及国内武装冲突与非法毒品交易相结合造成了严重暴力。此外，如多民族玻利维亚国的例子所示，社会压力，尤其是来自古柯树种植者的压力，也会影响毒贩们的行动，有可能降低大型贩毒组织的影响力。¹⁵⁶ 因此，虽然在可卡因生产国暴力行为可能更为普遍，但不同的凶杀水平证明各种社会经济和政治因素在调整这种关系。

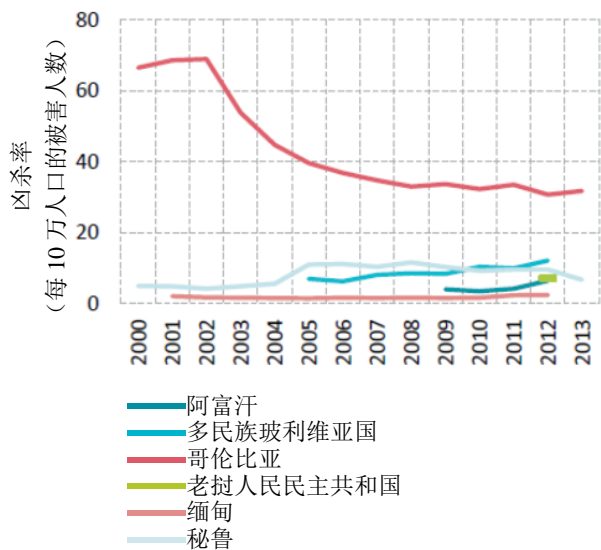
与非法毒品市场有关的暴力行为也随区域而变化。例如，尽管拉丁美洲国家和东南亚国家都在可卡因和鸦片的非法生产中起着关键作用，但前者的暴力程度大大高于后者。¹⁵⁷ 为2013年全球凶杀调查收集的数据显示，在报告与帮派和有组织犯罪有关的凶杀比例的国家中，美洲与亚洲之间有明显的差别，美洲平均30%的凶杀可能与帮派以及/或者有组织犯罪有关，亚洲的该比例约为2%。¹⁵⁸ 这并不表示有组织犯罪组织在亚洲可能没有在美国活跃，但却证明了此类组织的犯罪手法在亚洲不像在美国那么暴力。

¹⁵⁶ Eduardo A. Gamarra, “玻利维亚打击毒品：美国和玻利维亚的看法不一致”，载于《古柯、可卡因和玻利维亚的现实》，M. B. Lóons 和 H. Sanabria 编辑（奥尔巴尼，纽约州立大学出版社，1997年），第243-252页。

¹⁵⁷ V. Felbab-Brown 和 H. Trinkunas, “从比较的视角看2016年联合国大会特别会议：改善成功的前景”，外交政策文件（哥伦比亚特区华盛顿，布鲁金斯研究所，2015年）。

¹⁵⁸ 《2013年全球凶杀调查》，第43页。

图. 20 2000-2013 年受非法古柯树和罂粟种植影响的某些国家的凶杀率



资料来源：毒品和犯罪问题办公室凶杀统计数据（2015年）。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html。

非法毒品市场和贩毒组织的特点可以解释为什么美洲的可卡因贩运路线似乎比亚洲阿片剂贩运路线更多地涉及暴力行为，为什么东亚和东南亚似乎一般不如拉丁美洲暴力，而这两个分区域都受到毒品问题的严重影响。在东亚和东南亚，形形色色的人和团伙参与非法鸦片和海洛因的生产和贩运，贩毒网络的特点可谓八方割据。毒贩一般来自跨越边境的族裔群体，往往是世代代参与贩毒的家族，然而相对独立于操纵市场的毒贩和购买者。尽管大的有组织犯罪集团在毒品贩运中常常发挥重要作用，但今天有掌控权的组织似乎不再那么等级分明，而是更加分散了。¹⁵⁹相反，在拉丁美洲，可卡因供应链往往围绕凝聚力更强、等级更分明的组织而建立。

与冲突、恐怖主义和叛乱有关的涉毒暴力

在一些国家，贩毒之类的非法活动所产生的资源在武装冲突的复杂化和扩大化中发挥了作用，常常加大了武装冲突的总体致命性。¹⁶⁰非法毒品交易与极端主义者之间的联系体现在一些引人注目的例子中，例如阿富汗、哥伦比亚、缅甸和秘鲁。在阿富

汗，1994-2008年期间的鸦片生产影响到恐怖袭击和伤亡人数。相关分析估计，罂粟种植面积每增加25%，恐怖主义袭击平均增加0.15起，每年伤亡人数增加1.43人。不过，相对于其他变量而言，这种联系最弱。¹⁶¹

哥伦比亚是另一个例子。自1990年代中期以来，哥伦比亚毒品贩运一直是非国家武装团体的重要资金来源。因此，非法毒品交易可成为叛乱组织和恐怖组织的资金来源，而这样一种联系有可能进一步削弱法治，使得犯罪和叛乱得以延续，并加大冲突的致命性。尽管有上述著名的例子，毒品、武装冲突与恐怖主义之间的联系并非不可避免，并且不同的武装团体和受内战影响的国家之间差别很大。事实上，在可以通过参与非法毒品交易而获利的地区活跃的武装团体和恐怖组织实际并不从事这种交易。

不过，有组织犯罪集团与恐怖组织之间的合作，如果有效实施的话，可能会严重影响安全。对1998-2005年恐怖主义知识库所载恐怖组织和极端组织的分析¹⁶²发现，该数据库所记录的395个组织中，只有大约9%的（35个）组织从事毒品贩运。¹⁶³该研究发现，在有物流能力和必要网络时，这些组织更有可能参与毒品贩运。

与非法毒品交易有关的利润是非国家武装团体参与贩毒的一个主要动机。不过，除了直接的经济收益，参与毒品交易可以提供对发动战争至关重要的非货币资源，例如地盘控制、军事能力和政治及社会正当性。通过保护为贫困阶层提供生计的非法活动，武装团体可以赢得农民的支持、保护和情报。在阿富汗，塔利班决定进行鸦片交易的一个原因就是他们意识到这对地方经济多么重要。事实上，支持鸦片交易据说成了塔利班在民众中取得正统性的最主要原因之一。¹⁶⁴

¹⁵⁹ 毒品和犯罪问题办公室，《东亚和太平洋地区的跨国组织犯罪：威胁评估》（曼谷，2013年）。

¹⁶⁰ Svante E. Cornell, “毒品与冲突的相互作用”，《和平研究杂志》，第42卷，第6期（2005年），第751-760页。

¹⁶¹ James A. Piazza, “阿富汗各省鸦片贸易和恐怖主义模式：经验分析”，《恐怖主义与政治暴力》，第24卷，第2期（2012年），第213-234页。

¹⁶² V. Asal、H. Brinton Milward 和 Eric W. Schoon, “当恐怖分子开始腐坏：分析恐怖组织参与毒品走私”，《国际研究季刊》，第59卷，第1期（2015年），第112-123页。

¹⁶³ 该数据库仅包括处于权力巅峰的组织；因此结论不大适用于处于其他发展阶段的组织。

¹⁶⁴ Vanda Felbab-Brown, 《飙升：镇压叛乱和毒品战争》（哥

应对毒品问题及其与暴力的联系

研究显示，针对产生最大利润和最严重暴力行为的贩毒链条上的犯罪头目和犯罪分子的执法和维持治安行动在减少暴力方面比当局不加区分的执法行动更加有效。例如，针对最暴力毒贩的维持治安行动能够通过产生强大威慑力来减少暴力行为（见下文的框注）。¹⁶⁵

可以通过削弱武装团体与毒品贩运之间的联系来减少暴力行为的另一种确定目标的方式强调禁止毒品而不是铲除非法作物。同样，有效替代发展方案可以通过激励民众放弃非法活动来削弱武装团体、毒品贩运和民众之间的联系。不过，正如《2015年世界毒品问题报告》第二章所述，替代发展与暴力之间的相互作用也可以产生反作用，这意味着在暴力已经非常严重的情况下，替代发展难以实施。

有针对性的执法还可能需要一种不看重逮捕毒品贩运链条上的小角色，因此不倾向于加剧大规模监禁问题的战略，那样做不会对暴力问题产生多少积极（或者也许甚至还有消极）影响。¹⁶⁶

干预措施的长期成果与短期成果

注重在短期内快速破坏毒品贩运组织和减少暴力行为的战略有时会导致更多暴力行为。同样地，中期解决暴力行为根本原因的战略可能对在短期内减少暴力行为没有那么显著的影响。

非法毒品市场的内部和外部结构引发暴力行为。旨在破坏犯罪集团行动的政策和措施，例如主要针对其首领的政策和措施，会导致所谓的“空置链”¹⁶⁷，引发对继承权的暴力争夺，以及通过攻击政府本身来实施暴力报复。有人认为，自2006年以来，墨西哥的毒品暴力升级中就存在这样的机制，¹⁶⁸随后暴

伦比亚特区华盛顿，布鲁金斯研究所出版社，2009年）。

¹⁶⁵ Mark Kleiman, “毒品战争中外科手术式的打击：对边境两边来说更加明智的政策”，《外交事务》，第90卷，第5期（2011年9月/10月），第89-101页；以及 Lessing, “罪犯战争暴力行为的逻辑”。

¹⁶⁶ Pien Metaal 和 Coletta Youngers 编辑，《系统超载：拉丁美洲的毒品法和监狱》（阿姆斯特丹，跨国研究所，2011年）。

¹⁶⁷ Richard H. Friman, “打造空置链：执法努力和犯罪经济中的机动性”，《犯罪、法律和社会变化》，第41卷，第1期（2004年），第53-77页。

¹⁶⁸ Gabriela Calderón 等人，“在墨西哥对犯罪组织的斩首行

力凶杀率在2011年达到高峰后开始下降。¹⁶⁹在其他地方，对日本大阪有组织犯罪的分析显示，执法对产生“空置链”的影响比在其他背景下有限，其部分原因在于警察的镇压主要针对暴力活动，其主要目的是维持社会秩序。¹⁷⁰

成功减少暴力行为的维持治安例子

瞄准最暴力毒贩是作为“安抚警察单位”方案的一部分于2008年开始在里约热内卢实施的一种方式。该方案包括提前宣布警察和军人将进驻某些有暴力组织活动的贫民窟，随后引入社会方案并持续维持经特别训练的警力存在，该方案被认为减少了某些贫民窟的凶杀案件。美国一些城市实施的一项被称为“毒品市场干预战略”的举措基于类似的原则，首先确定活跃市场的毒贩，对他们立案，起诉最暴力者，威胁要逮捕其他人，除非他们停止贩毒。不过，对这种“把暴力作为目标”的方式局限于难以收集用于确定对暴力行为承担的责任的合适资料，以及暴力的毒贩常常更愿意隐藏暴力以免引起执法机构的注意。^a

^a A. Durán-Martínez, “杀戮并告知？国家权力、犯罪竞争以及毒品暴力”，《冲突解决杂志》，第59卷，第8期（2015年），第1,377-1,402页。

法治、司法救助以及毒品问题

可持续发展目标的具体目标 16.3

在国家和国际层面促进法治，确保所有人都有平等诉诸司法的机会

除了非法毒品市场的内部特征能够对暴力产生的各种影响，还存在决定暴力结果而涉及政治体系和刑事司法体系的不同特点。如图21所示，拉丁美洲的凶杀水平并非毒品贩运的直接结果，因为一些国家凶杀率高，可卡因贩运水平也高，而另一些国家凶杀水平高，但可卡因贩运水平低（或者反过来）。

法治和政府的强弱是非法活动如何组织以及会变得多么暴力的主要决定因素。在政府存在较弱的地方，由于缺乏服务及保障公民安全的能力，犯罪组织能够变得更加强大和暴力，并找机会招募更多的人加

动以及暴力动态”，《冲突解决杂志》，第59卷，第8期（2015年），第1455-1485和1475页。

¹⁶⁹ 毒品和犯罪问题办公室凶杀统计数据（2016年）。

¹⁷⁰ 见 McSweeney 等人，“作为保护政策的毒品政策”；以及 Friman, “打造空置链”。

入他们的队伍。此外，在政府执法不力或者腐败的地方，犯罪组织可能更会相互争斗并与政府官员对抗。西非就是这样一个动态的例子，是深受政治不稳定影响的分区域，2005年以来从南美洲经过这里转运到西欧的可卡因数量增加了。此种毒品贩运流的暴力影响在政治环境极不稳定的国家较大。

面对暴力犯罪的国家在开展加强法治的改革时，例如加强警察培训和问责制的警察部门改革时，会体验到此种暴力行为的减少，或者可以防止其升级。这些国家开展了打击犯罪的行动，使得采用暴力对毒贩来说代价太大，从而减少了暴力行为。

尼加拉瓜是实现民主、加强法治的重要改革措施的有趣例子。尼加拉瓜改革警察部门及其机构文化的磋商强调社区警务、预防犯罪和犯罪情报。因此，尼加拉瓜的凶杀率大大低于其他一些中美洲国家，但其面对犯罪和暴力有着类似的挑战，例如贫困、内战遗祸以及对毒品贩运路线有着地理上的重要性。¹⁷¹ 在其他地方，美国在经过暴力犯罪猖獗以及“快客”流行（见第96页上的框注）后，1990年代的凶杀率持续下降，原因在于各种因素，包括治安战略的彻底改变。

刑事司法

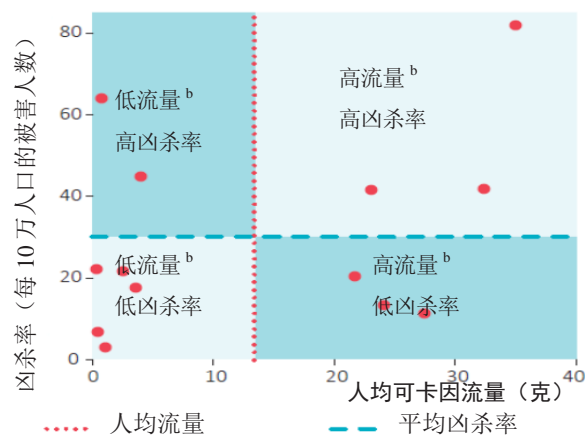
政府旨在破坏贩毒组织的干预措施，按照定义，以将罪犯绳之以法以及恢复法治为目标。毒品法执法行动，像一般执法行动一样，在由符合人权标准的公正、透明和有效机构实施时，有利于法治和所有人享有正义。但当执法行动背离这些原则时，可能会助长不加选择的镇压以及侵犯公民的权利。

在执法机构缺乏资源并且容易腐败的情况下，在司法系统软弱以及有罪不罚司空见惯的情况下，要求警察更加有效地打击毒品贩运有可能导致不分青红皂白地逮捕那些有可能被认为是罪犯的人。另外还可能导致执法人员把容易确定嫌疑人的犯罪类别作为目标，而这些往往是轻微的涉毒犯罪而不是更严重的犯罪，例如凶杀。¹⁷² 零容忍政策如果实施不当，

¹⁷¹ Jos é M. Cruz, “中美洲的暴力犯罪和民主化：暴力国家的存续”，《拉丁美洲政治和社会》，第53卷，第4期（2011年），第1-33页。

¹⁷² Juan Carlos Garzón, “严厉打击弱者，软弱对待强者：毒品法和维持治安”（哥伦比亚特区华盛顿，伍德罗·威尔逊国际学者中心，2015年）。

图. 21 | 2010年拉丁美洲某些^a过境国的凶杀率和过境可卡因数量



资料来源：可卡因流量估计数基于美国国家药物管制政策办公室，“2010年可卡因走私”，2012年1月；凶杀数据来自毒品和犯罪问题办公室凶杀统计数据（2016年）。可查阅 www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html。

a 有13个国家的数据。

b 所有流量按人均表示。

有时会有一些风险，例如因污名化而引发暴力，以及有可能对吸毒者或毒品贩运链条上低层次的参与者滥用权力，¹⁷³⁻¹⁷⁴⁻¹⁷⁵ 这会导致大规模监禁低层次罪犯或者强行拘留吸毒者。

刑事司法、毒品贩运和非法毒品市场

刑事司法系统能够间接影响非法市场上毒品的供应，不仅是在其通过禁止减少非法供应时，而且还在其加大违禁风险时，加大违禁风险会提高消费市场上毒品的价格。毒贩做买卖是为了获利，所以当执法加大了毒贩的成本时，这些成本会转嫁给（以提价的形式）吸毒者。研究显示，执法对毒品价格的影响在新的市场或新兴市场上，或当其在成熟市场上引起市场震动时最为明显。¹⁷⁶⁻¹⁷⁷

¹⁷³ 开发署，《论毒品政策的发展方面》（纽约，2015年）。

¹⁷⁴ “让药物管制‘与目的相适应’：以联大特别会议后十年为基础的建设情况”，联合国毒品和犯罪问题办公室执行主任供促进对大会第二十届特别会议进行审查的报告（E/CN.7/2008/CRP.17）。

¹⁷⁵ 法外处决、即决处决或任意处决问题特别报告员的报告，A/HRC/14/24/Add.6号文件。

¹⁷⁶ Peter Reuter 和 Mark A. R. Kleiman, “风险和价格：毒品执法的经济分析”，《犯罪与司法：研究综述》，第7卷（1986年），第289-340页。

¹⁷⁷ Caulkins 和 Reuter, “毒品执法如何影响毒品价格”（见

研究证实，最终刑事司法干预措施导致的毒品贩运成本加大能够在长期转变为非法吸毒的减少，¹⁷⁸ 尽管这不一定会导致市场规模的缩小。事实上，只依靠价格上涨来遏制吸毒是不够的，重要的是确保在价格上涨助推下需求的减少实际上超过价格的上涨。通过直接减少需求的干预措施能够实现这一点，例如吸毒的预防、治疗、康复和后期调养。

刑事司法干预能够对毒品市场产生其他间接的和无法预料的影响。将贩毒组织中的高层人员作为目标可引发重组¹⁷⁹ 以及犯罪手法的改变，对某个地区或线路的打击可引起供应模式的转变，因为毒贩们会利用其他弱点并寻找最容易的方法来对毒品的非法需求中获利；¹⁸⁰ ¹⁸¹ 这样的结果表明，除了必须在一个国家或一条贩运路线上取得成功之外，还有必要在系统巩固法治方面取得进展。这一现象的一个例子是在采取击落从秘鲁上瓦亚加流域的种植区运输古柯糊或可卡碱的小型飞机的政策后，非法可卡因生产转到了哥伦比亚的可卡因加工点。¹⁸²

此外，毒品贩运能够对刑事司法系统施加影响。例如，毒品贩运猖獗能够滋生腐败，破坏刑事司法系统正常运转能力。贩毒组织在实现其犯罪目标方面的成功，以及有时更加明显的贩毒后果，可能会暴露刑事司法系统的不足，从而引起改革。1980年代，在哥伦比亚，当毒品暴力威胁到政府时，安全机构，尤其是警察部门，没有为毒品管制行动做好准备，它们为腐败所困扰，并且缺乏协调。对抗犯罪组织

脚注 94)。

¹⁷⁸ Michael Grossman, “个人行为与吸毒：价格作用”，载于《吸毒：个人行为、社会相互作用、市场及政治》，第16卷，Björn Lindgren 和 Michael Grossman 编辑，卫生经济学和卫生服务中的进展研究系列（Bingley，联合国翡翠集团出版有限公司阿姆斯特丹，2005年）。

¹⁷⁹ Jason M. Lindo 和 M. Padilla-Romo, “打击犯罪和社区暴力中的关键人物方式：来自墨西哥毒品战争的证据”，第9067号讨论文件（波恩，劳动学研究所，2015年5月）。

¹⁸⁰ Peter Reuter, “毒品贩运中的机动性”，载于《结束毒品战：关于毒品政策经济学的LSE专家组的报告》，John Collins 编辑（伦敦经济政治学院，2014年）。

¹⁸¹ Juan C. Garzón 和 John Bailey, “在拉丁美洲减少供应的政策迁徙效应：可卡因贩运中的一个临界点，2006-2008年”，载于《毒品与社会手册》，Henry H. Brownstein 编辑，威利犯罪学和刑事司法手册系列（联合国西萨塞克斯，John Wiley 和 Sons，2016年）。

¹⁸² Barry D. Crane、A. Rex Rivolo 和 Gary C. Comfort, 《禁毒方案有效性实证检验》，防御分析研究所文件 P-3219（弗吉尼亚亚历山大，防御分析研究所，1997年）。

的需要促使哥伦比亚安全机构进行了重大变革。¹⁸³

刑事司法对吸毒人员的影响

不同刑事司法办法对吸毒和吸毒人员有不同影响。各司法管辖区在涉毒犯罪定义、起诉裁量权或者处罚类别和严厉性方面有所不同。一些区域的国家在处理因持有少量毒品供个人消费的轻罪而遭逮捕者时采取了更严厉办法，对罪犯实施监禁。欧洲和拉丁美洲几个国家选择了限制处罚范围，在涉及个人消费的轻罪案件（没有加重处罚的情节）中采取替代监禁或处罚措施（例如罚金、警告、缓刑或辅导）。

惩罚性办法不一定会转化为阻止吸毒方面的成效。对吸毒和为个人消费而持有毒品进行严厉的处罚似乎对社区吸毒问题没有威慑作用，¹⁸⁴ 实际上对吸毒者的幸福和健康有着不良影响。

关进监狱和关入强制戒毒中心往往给吸毒者和有毒瘾者本已成问题的生活雪上加霜，尤其是那些最年轻的和最脆弱的人。¹⁸⁵ 接触监狱环境方便了与年龄较大的罪犯和犯罪团伙的联系，加剧了污名化并且助长了犯罪特征的形成。关进监狱还常常加剧社会排斥，恶化健康条件并减少社会技能。与监禁相比，社区的监禁替代措施（在门诊或住院治疗环境中），例如对阿片剂成瘾的社会心理辅助药物治疗，能够更加有效地减少涉毒犯罪。¹⁸⁶ 刑事司法对妇女和对男子的影响不同。女性罪犯和囚犯，尤其是那些有吸毒疾患者，面临着特殊困境，因为在许多情况下，刑事司法系统还没有准备好满足妇女的特殊需要。受吸毒疾患影响的妇女比男子更加脆弱，更受侮辱，她们同时还有着比男子更加严重的心理健康障碍，她们遭受暴力和虐待的可能性更大（见题为“社会发展”的部分）；然而，她们接受治疗的可能性比男子小得多。¹⁸⁷ 有滥用药物问题的儿童在司法系统中尤其令人担忧，因为他们常常遭受非法毒品市场上帮派和有组织犯罪集团的剥削。在许多国家，绝大多数被羁押的儿童都是受毒品依赖影响的

¹⁸³ Durán-Martínez, “杀戮并告知？”（见脚注150）。

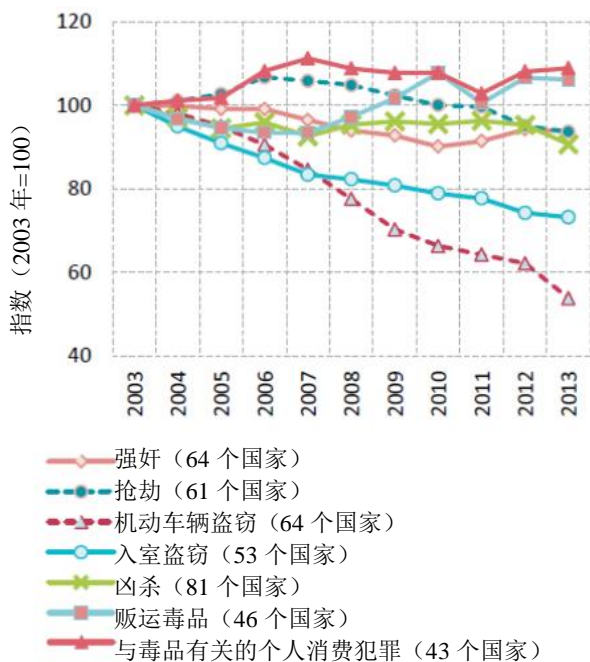
¹⁸⁴ 毒品和犯罪问题办公室，“从强制到凝聚：通过卫生保健而不是惩罚治疗毒品依赖”，讨论文件，2010年。

¹⁸⁵ Ralf Jurgens 和 Glenn Betteridge, “注射毒品的囚犯：公共健康和人权至关重要”，《健康与人权》，第8卷，第2期（2005年），第46-74页。

¹⁸⁶ “从强制到凝聚”（见脚注184）。

¹⁸⁷ 《2015年世界毒品问题报告》，第6页。

图 22 | 2003-2013 年各类犯罪的全球犯罪率趋势



资料来源：联合国关于犯罪趋势和刑事司法系统运作情况的调查(毒品和犯罪问题办公室)。

注：趋势的计算是相对于 2003 年基数的每 10 万人口的加权犯罪率。为了得出全球估计数，对每个区域估计的犯罪率按照该区域人口占全球人口的比例进行了加权。关于贩运毒品和与毒品有关的个人消费的数据主要是指因为这些类别的犯罪而遭到逮捕或起诉的人。

儿童，或者实施了涉毒犯罪的儿童。过于依赖剥夺儿童的自由以及戒毒治疗方案或其他替代拘留措施执行不力是共同的挑战，¹⁸⁸ 尽管将剥夺自由用作最后的手段是一项国际义务。¹⁸⁹

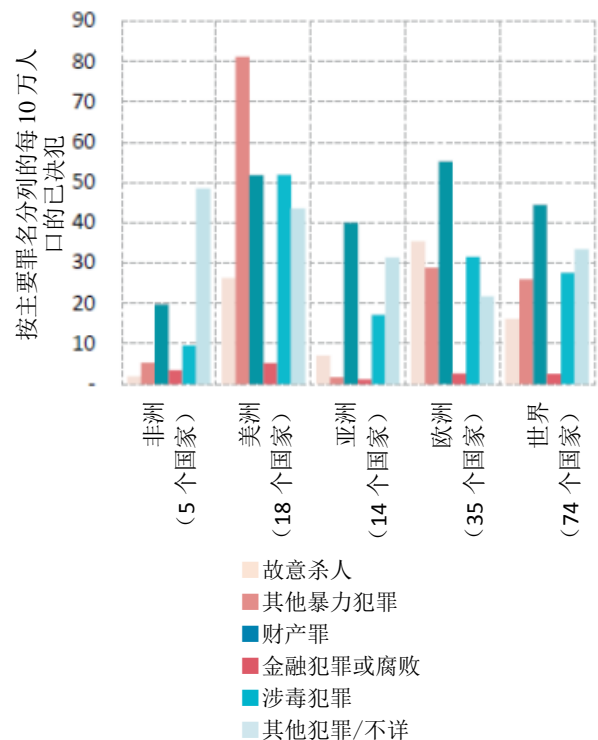
毒品对刑事司法系统的影响

正如执行含有刑事处罚可能性的任何法律一样，执行与毒品有关的法律可导致刑事司法系统的相应负担，需要耗费资源来进行涉毒犯罪的调查、起诉、裁定和监禁。全球警察记录的涉毒犯罪，尤其是与个人消费有关的犯罪，在过去十年里有所增长，而其他类别的犯罪，例如抢劫、盗窃机动车、入室行窃和杀人，则大幅减少(见图 22)。毒品和犯罪问

¹⁸⁸ 见“联合国研究暴力侵害儿童问题独立专家的报告”(A/61/299, 第 61 段)；另见负责暴力侵害儿童问题的秘书长特别代表的专题报告(《促进针对儿童的恢复性司法》(纽约, 2013 年), 第 7 和 29 页)。

¹⁸⁹ 《儿童权利公约》，第三十七条；另见《联合国保护被剥夺自由少年规则》第 1 条和第 2 条(大会第 45/113 号决议, 附件)。

图 23 | 2012 年最终判决的各主要罪名的已决犯



资料来源：秘书处关于世界犯罪趋势与预防犯罪和刑事司法领域新出现的问题及应对措施的说明(E/CN.15/2016/10)。

题办公室估计，略低于三分之一的全球监狱人口(2012-2014 年为 30%，而 2003-2005 年为 32%)仍是待决犯或审前羁押犯。¹⁹⁰ 既决罪犯中的涉毒罪犯估计占全球监狱人口的 18%，即每 10 万罪犯中有 28 人涉毒¹⁹¹(见图 23)。

各国法律为确定一项涉毒犯罪是“个人消费”性质还是“贩运”性质所采用的标准区别很大；其中可能包括毒品的类别和数量、相关起点(或者根本没有起点)、毒品纯度、在团伙中的地位以及当事人是否吸毒。这种区别使得比较不同国家的数据具有挑战性。全球合计数显示，与个人消费有关的犯罪数量超过了毒品贩运罪行的数量，反映出吸毒人数大大高于毒品供应链上人数的事实。可以利用的有限数据也显示，个人消费相关罪行的定罪率(被判有罪的人数与嫌疑人的人数之比)往往低于贩运罪行的定罪率。此外，对贩运罪规定的刑期一般较长。所有这些因素都有助于确定毒品贩运罪行和与个人

¹⁹⁰ 基于 145 个国家的数据。

¹⁹¹ 基于 74 个国家的数据，对多重罪行的定罪按最严重的归类。

消费有关的罪行在涉毒犯罪导致的所有监禁中各自所占的比例。2014年所有因涉毒犯罪而被关押在监狱里的人中有超过四分之三被判犯有毒品贩运中，不到四分之一被判犯有与个人消费有关的罪行（根据来自29个国家的数据）。^{192、193}

一项研究估计，有235,000人被强行拘押在东亚和东南亚的1,000个禁毒拘留中心，他们可能在拘留中心遭受到一系列侵犯人权的行为，例如强迫劳动、体罚和性暴力。¹⁹⁴

对个人消费罪行采用替代监禁措施可对司法救助产生积极影响

国际药物管制公约留出了灵活余地，以便对持有、购买或种植供个人消费的毒品的人或者在其他情况下被认为罪行轻微的人规定治疗、教育、后期护理、康复和重返社会措施，这些措施或者作为定罪或处罚的替代措施，或者作为定罪或处罚的补充措施，视罪行的严重性而定。¹⁹⁵ 这种方式的例子包括通过行使警察或检察官的自由裁量权将小案子转出刑事司法系统，并实施非监禁措施以替代监禁措施。这符合各项国际药物管制公约，¹⁹⁶ 而且符合人权标准的有效刑事政策的要求。此外还要求各项国际药物管制公约的缔约国采取措施预防药物滥用，并规定对吸毒者的早期诊断、治疗、教育、后期护理、康复和重返社会。¹⁹⁷

监禁替代措施显然能够对吸毒者产生积极影响。作为监禁替代措施而向吸毒罪犯提供循证治疗和护理

¹⁹² 上述各个估计数是根据相应的现有数据集计算出来的，在假设这些数据集代表全球人口的基础上列出了这些估计数。不过，根据具体指标的不同，准确的覆盖范围以及，因此，不确定性程度有所不同。

¹⁹³ 秘书处关于世界犯罪趋势与预防犯罪和刑事司法领域新出现的问题及应对措施的说明（E/CN.15/2016/10）

¹⁹⁴ Joseph J. Amon 等人，“东亚和东南亚的强制性禁毒拘留：政府、联合国和捐助者的对策”，《国际药物政策杂志》，第25卷，第1期（2014年），第13-20页。

¹⁹⁵ 见《1988年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第三条第4款，《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》第三十六条第1(b)款以及《1971年精神药物公约》第二十二条款第1(b)款。

¹⁹⁶ 见《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》第三十六条第1(a)款，《1971年公约》第二十二条款第1(a)款以及《1988年公约》第四条(a)款。

¹⁹⁷ 见《经1972年议定书修正的1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条。

服务已经证明能够大大增加康复，减少累犯。¹⁹⁸ 有大量证据表明，作为代替刑事司法制裁的一种措施，有效治疗吸毒成瘾并进行临床干预（住院病人或门诊病人）使得康复大幅增加。与仅实施刑事司法制裁的效果相比，这对有吸毒疾患的人和社区来说都是更好的结果。¹⁹⁹

有时实施替代监禁措施是为了应对吸毒问题愈演愈烈的情况。例如，1980年代美国“快客”吸毒流行，这成为促使设立“毒品法院”的一个重要因素。同样，1990年代葡萄牙毒品问题的挑战性和葡萄牙毒品管制政策的重大转折以及支持政策实施的机构设置提供了条件。²⁰⁰

腐败、有组织犯罪和非法资金流

腐败

可持续发展目标的具体目标 16.5

大幅减少一切形式的腐败和贿赂行为

腐败及相关犯罪形式如敲诈勒索在阻碍或妨碍投资、创业和组建企业方面（其前提条件包括法治和程序透明）造成了成本，并最终有碍繁荣和经济发展。

毒品问题与腐败之间存在相辅相成的关系。非法毒品交易活跃的地方常常是政府存在和法治薄弱并且因此存在腐败机会的地方。与此同时，贩毒组织的利润和势力让它们有资源花钱换取执法人员——尤其是当执法人员的报酬水平低的时候——以及政客和商界的保护，从而加剧了腐败；这意味着腐败可能是打击贩毒的薄弱环节。

腐败类别

腐败程度可高可低。低层次或者“轻微”腐败常常从巡街警察或地方政客开始，由于缺乏社会正当性或者由于与犯罪团伙成员同属一个社区，他们可能

¹⁹⁸ 见麻醉药品委员会第55/12号决议；另见毒品和犯罪问题办公室《关于预防累犯和罪犯重返社会的入门手册》，刑事司法手册丛书（维也纳，2012年），第43页。

¹⁹⁹ “从强制到凝聚”（见脚注184）。

²⁰⁰ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《毒品政策简介：葡萄牙》（卢森堡，欧洲联盟出版局，2011年）。

容易犯罪。²⁰¹

随着毒贩的势力增长，他们还可以渗透进警察机构以确保获得警官的默许。高层次的或“严重”腐败涉及权力最高层，例如警长、在全国有影响的政客以及高级执法官员。腐蚀官员为贩毒大开方便之门的做法在世界各地都有记录。

腐败还可能随法治的强弱以及政府机构的有效性；政治体系的特点如政党实力、刑事司法系统的效力，包括其调查和起诉职能而变化，运行监督机制的存在以及惩治腐败能够降低与毒品有关的腐败的程度。犯罪集团的组织也可能影响政府官员与犯罪团伙之间的具体互动情况。例如，意大利研究发现，有着复杂内部结构的有组织犯罪集团，例如“我们的事业”和“光荣会”，其活动包括但不限于非法毒品交易，他们得益于高层的政治联系，甚至在西西里和卡拉布里亚的部分地方得到了政府的正式认可。该国其他一些地方有一些有组织犯罪集团在人员招募中没有那么等级分明和严格，如克莫拉和阿普利亚集团，有着更加广泛而强大的政治联系。²⁰²

当机构强大时，腐败也可能存在，尽管比较零星并且体现在较为个体化的联系中。例如，根据美国总审计局的一份报告，2005-2012年期间，不到1%的海关和边境巡逻队的员工因腐败罪被捕；在因腐败而遭到逮捕或起诉的144名员工中，发现来自贩毒集团以及其他跨国犯罪集团的压力是一个重要因素。在144起案件中，有103起“有辱使命”，包括涉及毒品贩运或偷运移民的情况。这一期间有32,290起腐败或不端行为指控，²⁰³这表明尽管腐败可能并没有威胁到整个机构的清廉，但的确影响到其执行公务，并且在非法网络中起着重要作用。

贩毒组织利用腐败和暴力来开展业务。罪犯和毒贩同时使用这两个策略，甚至将一个策略作为另一个策略的补充，因为可以利用暴力威胁或直接使用暴

力来降低腐败成本。²⁰⁴ 不过，腐败网络的类别也可能决定暴力的普遍程度。可预测的稳定腐败网络提供罪犯们可能不愿意通过暴力加以动摇的保护。²⁰⁵ 一些分析员认为，政治体系的特点以及不同执法机构之间的关系可影响腐败网络的组织和可预测性。可预测的腐败网络——有执法人员保障和保护的网络——能够阻止罪犯部署大规模暴力行动。在政府权力集中并且法治薄弱的情况下，此种网络更有可能出现，因为这样的环境便于在权力的最高层创建腐败渠道。这有可能阻止使用暴力，因为罪犯们可能更愿意避免暴力，因为暴力有可能迫使政府当局更加严厉地针对他们。²⁰⁶ 同样地，下放权力和造成政治竞争的机构变化有可能割裂腐败渠道，迫使罪犯们利用暴力手段给当局施压。²⁰⁷

毒品与非法资金流

可持续发展目标的具体目标 16.4

到2030年，大幅减少非法资金和武器流动，加强追赃和被盜资产返还力度，打击一切形式的有组织犯罪

非法毒品交易利润对有组织犯罪集团来说可能是巨大的经济诱惑。例如，毒品和犯罪问题办公室最近的一项研究²⁰⁸显示，沿巴尔干路线通过欧洲走私阿片剂的非法收入年均为280亿美元。该利润的几乎一半来自拥有最大阿片剂非法市场的四个欧洲国家：法国、德国、意大利和联合王国。不过，在这些国家，来自非法阿片剂的利润占国内总产值的比例(0.07-0.19%)大大小于在国内总产值相对较小的国家，例如阿尔巴尼亚(占国内总产值的2.60%)、伊朗伊斯兰共和国(1.66%)以及保加利亚(1.22%)。

²⁰¹ Graham D. Willis, “在巴西圣保罗敌对的当局和民事警察”, 《拉丁美洲研究综述》, 第49卷, 第1期(2014年), 第3-22页。

²⁰² Letizia Paoli, “意大利的有组织犯罪: 黑手党联盟和犯罪集团”, 《全球犯罪》, 第6卷, 第1期(2004年), 第19-31页。

²⁰³ 美利坚合众国政府问责局, 《边境安全: 需采取更多行动以加强美国海关与边防局减少员工腐败和不端行为的努力》, GAO-13-59(哥伦比亚特区华盛顿, 2012年)。

²⁰⁴ Benjamin Lessing, “与罪犯的战争中暴力行为的逻辑”, 《冲突解决杂志》, 第59卷, 第8期(2015年), 第1486-1516页。

²⁰⁵ R. Snyder 和 A. Durán-Martínez, “在墨西哥和哥伦比亚毒品、暴力和政府支持的收保护费的组织”, 《哥伦比亚国际》, 第70期(2009年7月/12月), 第61-91页。

²⁰⁶ Durán-Martínez, “杀戮并告知?”(见脚注150)。

²⁰⁷ 毒品和犯罪问题办公室, 《西非的跨国有组织犯罪: 威胁评估》(维也纳, 2013年)。

²⁰⁸ 毒品和犯罪问题办公室, 《毒资: 巴尔干路线上贩运的阿片剂的非法收入》(维也纳, 2015年)。

从利用分散小伎俩，包括邮政汇票或汇款，到前台业务的复杂手法，洗钱的手段多种多样；不过，不管在什么样的情况下，非法毒品交易常常带来的巨额收入通过合法途径得以再循环。在许多情况下，这样的非法收入能够给一个国家的经济注入大量现金流，并且能够对宏观经济产生重大影响，例如货币价值的变化以及预算和外汇储备的增加，正如在一些西非国家那样，其中一些国家受到可卡因贩运的巨大影响。例如，在几内亚比绍，外汇储备从 2003 年的 3,300 万美元增至 2008 年的 1.74 亿美元；在冈比亚，在资本流入没有明显变化的情况下，达拉西的价值急剧上升。²⁰⁹

非法资金流的一个后果是有可能破坏一个国家金融体系包括其国际金融部门的完整性。例如，就阿富汗阿片剂而言，金融行动特别工作组的一份报告²¹⁰发现，资金一般不是从大型消费市场直接流入阿富汗；而是，中间国在资金流入或流出阿富汗中起着门户的作用。随着毒贩使用一整套资金转移技巧，例如银行系统、资金或价值转移服务以及高价值的商品和现金运送人，消费市场与中间国之间的资金转移变化很大。不过，中间国与阿富汗之间的资金往来似乎特别倾向于使用现金运送人以及资金或价值转移服务。

消费国产生的非法毒品交易所得收入的一部分被转移到金融中心，在金融中心，公司、金融机构、居民个人和金融服务专业人员的账户被用来积累和重新分配资金流。

最近的洗钱例子证明了非法收入如何通过发达国家中主要的金融机构进行再循环。2012 年，美国司法部对总部设在联合王国的一家银行罚款 19 亿美元，理由是“疏于监督”，导致至少 8.81 亿美元的毒品贩运收入被洗白。²¹¹ 其疏忽包括未能监督来自该银行设在墨西哥的单位的至少 6.7 亿美元的电汇。这些资金来自墨西哥的锡那罗亚贩毒集团、哥伦比亚北斯德瓦里贩毒集团以及其他较小的贩毒组织。²¹²

²⁰⁹ 西非毒品问题委员会，《不只是过境：毒品、国家和西非社会》（2014 年）。

²¹⁰ 金融行动特别工作组，《与阿富汗阿片剂的生产和贩运有关的资金流》（巴黎，2014 年）。

²¹¹ 美国诉美国汇丰银行，第 12-CR-763 号，2013 WL 3306161，13-14（E.D.N.Y.J，2013 年 7 月 1 日）。

²¹² 新闻稿，司法部，“汇丰控股和美国汇丰银行承认违反

这些形式的非法资金流对于犯罪集团的生存至关重要，对可持续发展构成巨大威胁。

E. 伙伴关系



可持续发展目标 17

加强执行手段，重振可持续发展全球伙伴关系

为全球可持续发展提供援助，包括发达国家向发展中国家提供发展援助，是可持续发展目标中涉及的另一关键要素。发达国家应提供其国民收入总值的 0.7% 作为给发展中国家的官方发展援助。此外，可持续发展目标的具体目标 17.9 是加强国际社会对在发展中国家开展高效的、有针对性的能力建设活动的支持力度，以支持各国落实各项可持续发展目标的国家计划。鉴于可持续发展与毒品管制之间广泛的相互作用，发展援助和能力建设也必须纳入到应对世界毒品问题的措施中。

国际社会在应对世界毒品问题的努力中早就认识到了要求加大有效的国际合作的共担责任概念所体现的伙伴关系的重要性。在 2016 年 4 月举行的联合国大会特别会议上，会员国承认世界毒品问题仍是一项共同和分担的责任，应当在多边环境下通过更多有效的国际合作予以处理，并需要采取一种综合、多学科、相互加强、平衡、以科学证据为基础的全面解决办法。这次特别会议是继 2009 年的政策文件《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草案》之后一个重要的里程碑，确定了会员国应采取的行动以及 2019 年之前要实现的目标。在 2016 年的会议上，会员国通过了题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件。²¹³

该文件欢迎《2030 年可持续发展议程》，并指出实现可持续发展目标的努力与有效应对世界毒品问题

反洗钱和制裁规定，罚款 12.56 亿美元以达成延缓起诉协议，2012 年 12 月 11 日”，<http://www.justice.gov/opa/pr/hsbc-holdings-plc-and-hsbc-bank-usa-na-admit-anti-money-laundering-and-sanctions-violations>，归档在 <http://perma.cc/NNX2-PCLJ>。首席检察官助理 Lanny A. Breuer 在汇丰银行记者招待会上的声明，纽约，2012 年 12 月 11 日。可查阅 www.justice.gov/。

²¹³ 大会 S-30/1 号决议，附件。

的努力相辅相成，相互促进。此外，在该文件中，会员国重申需要调动充足资源处理和应对世界毒品问题，并呼吁根据请求加强援助发展中国家有效落实《政治宣言和行动计划》及成果文件所载各项行动建议。

国际发展援助的资金分配

经合组织提供了关于官方发展援助的数据，包括经合组织发展援助委员会成员以及其他捐助方承诺和支付的援助款。根据经合组织的国际援助统计数据（贷方报告制度），1995-2014年期间，这些捐助方提供的国际援助呈广泛增加趋势，即使在应对通货膨胀进行调整后也是如此（以2013年的美元计算）。然而，同一时期，对毒品相关事项的特定部门即“替代发展”（农业和非农业）²¹⁴以及“麻醉品管制”²¹⁵的承诺却呈现出不同趋势。对这些部门尤其是“麻醉品管制”部门的援助在1998年之后大幅增加，1998年举行了关于应对世界毒品问题的大会第二十届特别会议。1999-2008年期间，“麻醉品管制”援助平均为14.4亿美元（以2013年的恒定美元计），“替代发展”援助平均为2.19亿美元（以2013年的恒定美元计）——分别是1995-1998年期间年平均数的大约80倍和5倍。

尽管2009年通过了《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草案》，²¹⁶这两个部门获得的援助自2008年以来却大幅减少，尤其是“麻醉品管制”部门。此外，虽然1999-2008年期间“麻醉品管制”部门在与毒品有关的援助总额中所占份额最大，但减少迅猛，以至于2010年以后“替代发展”部门所获援助大大低于2007年和2008年的峰值，但每年还是超过了“麻醉品管制”部门所获援助。就占发展援助总额的百分比而言，上述毒品相关部门所获援助总额在2000年达到最高水平（2.6%），2014年为0.14%。

毒品相关部门所获援助的主要受益者反映了毒品作物种植的所在地。2009-2014年期间，南美洲占向“麻醉品管制”以及“替代发展”部门承诺的援助的一半以上，而南亚和中亚区域（经合组织指定）占“麻醉品管制”承付款的逾五分之一以及“替代发展”

²¹⁴ 见本报告的在线方法部分。

²¹⁵ 见前一脚注。

²¹⁶ 见前一脚注。

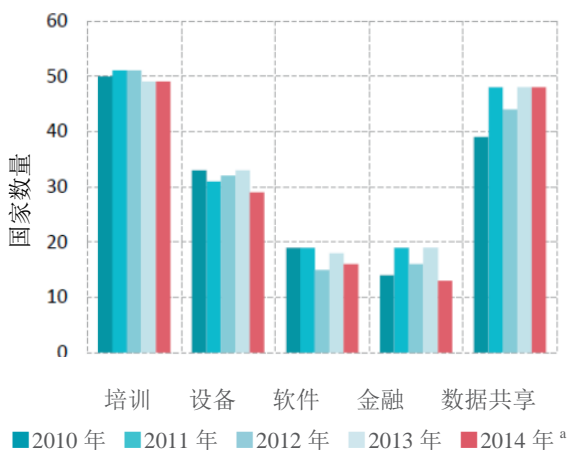
承付款的逾三分之一。²¹⁷

也许有经合组织的贷方报告制度未涵盖的国家向毒品相关领域发展援助提供了大量捐款。另外，经合组织的贷方报告制度中的一些发展援助没有被归入上述部门，但也对应对世界毒品问题有着直接或间接的促进作用。例如“医疗服务”部门涵盖，除其他领域外，“毒品和物质滥用管制”，²¹⁸而对“控制性传播疾病包括艾滋病毒/艾滋病”部门的援助可能也间接有助于减轻吸毒疾患。

技术援助和国际合作

在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草案》中，商定了国际合作领域的几点行动方针。尤其是，一致认为会员国应在减少毒品需求方面增加国际援助以便能够产生重大影响。关于减少毒品供应，在《行动计划》中，会员国承诺提供进一步鼓励和援助以便：及时通过官方渠道分享信息；实施边境管制措施；提供设备；交换执法官员；私营部门与公共部门之间开展合作；以及为有效监测毒品贩运活动拟定实用的新方法。

图. 24 | 2010-2014年报告接受特定类别技术援助的国家数量



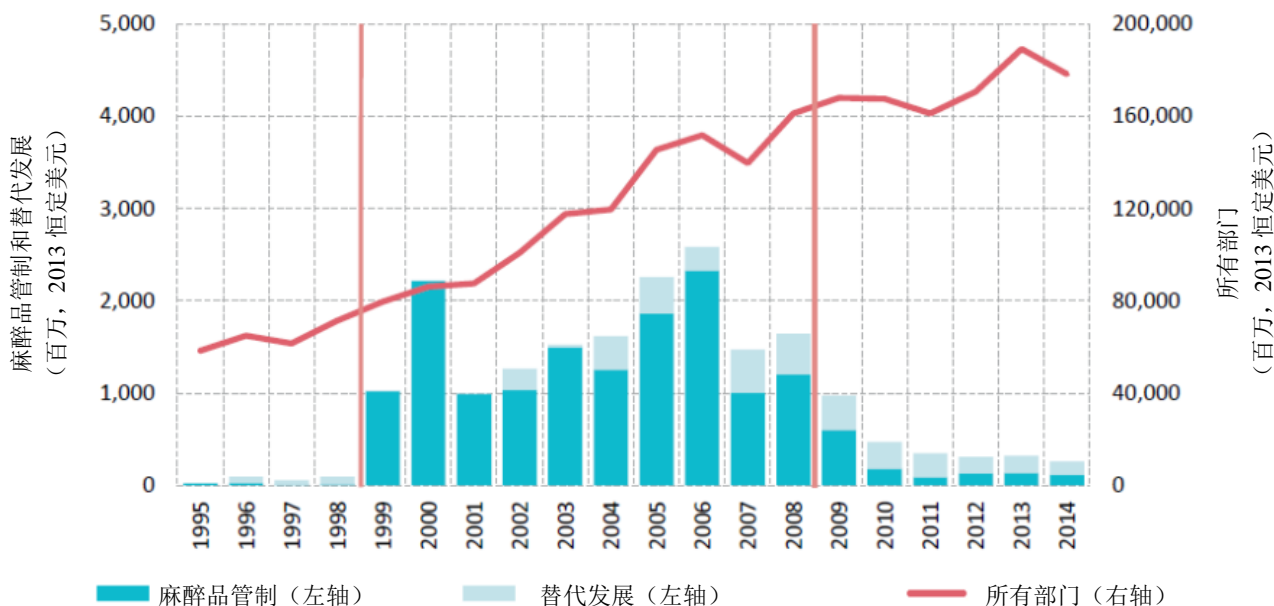
资料来源：对年度报告调查表的答复。

^a 2014年的数据反映截至2015年11月收到的回复。

²¹⁷ 见前一脚注。

²¹⁸ 见经合组织贷方报告制度援助活动数据库的用途规范（对一直到2014年并包括2014年的现金流量报告有效），可查阅 www.oecd.org。

图. 25 1995-2014 年对提供官方发展援助的全球承诺趋势：对所有部门的援助以及对“麻醉品管制”部门和“替代发展”部门的援助^a



资料来源：经合组织，国际发展统计在线数据库（贷方报告制度）。2016年3月提取的数据。

^a 农业替代发展和非农业替代发展的合计数。

在大会特别会议上，会员国重申承诺要有效执行《政治宣言和行动计划》中所列的各项规定，并特别建议采取以下措施：加强向请求国提供有针对性、有效和可持续的专业技术援助，适当情况下包括充足的财务援助、培训、能力建设、设备和专门技能，以协助会员国从健康、社会经济、人权、司法和执法等方面有效处理世界毒品问题；与国际发展界和其他主要利益方合作，增进会员国之间的南北合作、南南合作和三角合作；加强各国不同领域从业人员在所有各级定期交流信息、良好做法和经验教训。

2010年以后会员国对毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表的答复表明，会员国继续参与多种跨境活动和国际合作，以减少非法毒品供应，包括交流信息、与其他国家联合开展行动以及互派联络官。一系列交流平台继续广泛用于执法机构间交流信息。作出答复的多数会员国使用多个交流平台，包括正式和非正式渠道；最常见的包括区域和国际会议、执法机构之间直接交流、国际刑事警察组织（刑警组织）、联络官、区域组织、世界海关组织和外交渠道。²¹⁹

《行动计划》还承认，一些发展中国家，尤其是主要的毒品贩运路线上的那些国家，需要获得技术援助以进一步强化其执法机构。与之相符的是，将近四分之三的作出答复的会员国报告说，2014年在减少毒品供应领域获得了另一个国家或一个国际组织的技术援助。数据表明，大多数形式的援助的提供呈平稳趋势，而最经常采用的是那些较少涉及财务问题的援助形式。特别是，最常见的援助形式是培训和数据分析，其次是提供设备。不那么常见的援助形式包括提供软件和财务援助。

大会特别会议的成果文件还呼吁会员国为了推动和平与包容的社会，考虑在全面、综合和平衡的国家禁毒政策和方案中加强发展视角，以便处理与毒品非法供应链有关的根源和后果，为此除其他外应对影响个人、社区和社会的风险因素，其中可能包括缺乏服务、基础设施需求、涉毒暴力、排斥、边缘化和社会解体。该文件还建议会员国促进与私营部门、民间社会及国际金融机构的伙伴关系和创新合作，创造更有利的条件，在受非法毒品种植、生产、制造、贩运和其他涉毒非法活动影响或有可能发生

²¹⁹ 毒品和犯罪问题办公室执行主任的报告“会员国为落实《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草案》而采取的行动”（E/CN.7/2016/6）。

此类活动的地区和社区进行以创造就业为重点的生产性投资，以便预防、减少或消除此类活动，并交流这方面的最佳做法、经验教训、专长和技能。

鉴于毒品问题与各种各样的发展问题交织在一起的事实，公平地说，只有解决了世界毒品问题，可持续发展才会真正实现。正如本章所显示的，尽管官

方发展援助总体上增加了，但给毒品相关部门的援助实际上减少了。在实现《2030年可持续发展议程》方面已经形成的势头能够为纠正这一失衡提供一个理想的机会。

附件

大麻

大麻种植、生产和铲除（2014 年或 2010-2014 年期间有数据的最近一年）

年份	国家	产品	室外/室内	种植面积 (公顷)	铲除面积 (公顷)	可收获面积 (公顷)	产量 (吨)	铲除植株数	捣毁种植点
2012 年	阿富汗	脂	室外	10,000 ^a			1,400		
2014 年	阿尔巴尼亚	药草	室外				540	551,414	
2014 年	阿尔及利亚	脂	室外					2,522	
2011 年	阿根廷	药草	室外					5,605	2,335
2014 年	亚美尼亚	药草	室外	1.00 ^b	1.00	0.00			
2012 年	澳大利亚	药草	室内					17,668	322
2012 年	澳大利亚	药草	室外					35,146	240
2014 年	奥地利	药草	室内					19,719	400
2014 年	奥地利	药草	室外	2.00 ^b	2.00	0.00		2,795	130
2013 年	阿塞拜疆	药草	室外	23.95 ^b	23.95	0.00	263.96	8,469	151
2014 年	阿塞拜疆	药草	室外	17.50 ^b	17.50	0.00		14,889	195
2012 年	白俄罗斯	药草	室外		81.20				
2014 年	比利时	药草	室内					350,531	1,137
2014 年	比利时	药草	室外					6,057	90
2014 年	伯利兹	药草	室外					110,000	
2014 年	波斯尼亚和黑塞哥维那	药草	室外					6,141	
2014 年	巴西	药草	室外		44.01			1,364,316	
2014 年	保加利亚	药草	室内						66
2014 年	保加利亚	药草	室外	35.00 ^b	35.00	0.00		21,516	34
2010 年	乍得	药草	室外		10.00				
2014 年	智利	药草	室内					40,947	1,592
2014 年	智利	药草	室外					215,671	227
2014 年	哥伦比亚	药草	室外		265.79				
2014 年	哥斯达黎加	药草	室外	5.90 ^b	5.90	0.00		882,550	151
2014 年	科特迪瓦	药草	室外	1.00 ^b		1.00			
2010 年	克罗地亚	药草	室外	0.30 ^b		0.30			

年份	国家	产品	室外/室内	种植面积 (公顷)	铲除面积 (公顷)	可收获面积 (公顷)	产量 (吨)	铲除植株数	捣毁种植点
2014年	捷克共和国	药草	室内					71,458	301
2014年	捷克共和国	药草	室外					6,227	
2014年	多米尼加共和国	药草	室外	6.00 ^b	6.00	0.00	0.21	111	8
2014年	厄瓜多尔	药草	室外					648	34
2013年	埃及	药草/脂	室外	344.70 ^a		344.70			
2014年	萨尔瓦多	药草	室外					1,321	77
2011年	爱沙尼亚	药草	室内					385	1
2014年	法国	药草	室外					158,592	837
2014年	德国	药草	室内					109,563	755
2014年	德国	药草	室外					6,988	116
2014年	希腊	药草	室内					1,753	
2014年	希腊	药草	室外					50,331	
2014年	危地马拉	药草	室外	15.00 ^b	15.50	0.00		1,560,638	40
2014年	匈牙利	药草	室内						10
2014年	匈牙利	药草	室外						25
2013年	冰岛	药草	室内					6,652	323
2011年	印度	药草	室外		1,112.00				
2014年	印度尼西亚	药草	室外		122.00		106.00	671	6
2014年	爱尔兰	药草	室内					15,463	357
2010年	以色列	药草	室内					1,000	25
2014年	意大利	药草	室内					51,534	639
2014年	意大利	药草	室外					70,125	1,134
2011年	牙买加	药草	室外		372.69			1,053,000	
2011年	哈萨克斯坦	药草	室外					79,470	228
2014年	肯尼亚	药草	室外	133.00 ^b	133.00	0.00		5,801	
2014年	拉脱维亚	药草	室内					221	15
2013年	拉脱维亚	药草	室外					348	14
2012年	黎巴嫩	药草	室外	3,500.00 ^a	800.00	2,700.00			

年份	国家	产品	室外/室内	种植面积 (公顷)	铲除面积 (公顷)	可收获面积 (公顷)	产量 (吨)	铲除植株数	捣毁种植点
2014 年	立陶宛	药草	室内						4
2013 年	马耳他	药草	室内					27	
2013 年	墨西哥	药草	室外	13,000.00 ^a	5,734.45				
2013 年	蒙古	药草	室外	15,000.00 ^a	4,000.00	11,000.00		4,000	4,000
2013 年	摩洛哥	脂	室外	47,196.00 ^a	5,000.00	42,196.00	700.00		
2010 年	莫桑比克	药草	室外					1,079	
2014 年	缅甸	药草	室外	15.00 ^b	10.00	5.00			3
2014 年	荷兰	药草	室内						5,722
2014 年	荷兰	药草	室外						284
2014 年	荷兰	药草						1,600,000	
2014 年	新西兰	药草	室内					18,508	704
2014 年	新西兰	药草	室外					104,849	
2014 年	尼加拉瓜	药草	室外		0.30		1,507.00	3,014	30
2014 年	尼日利亚	药草	室外	4,529.15 ^b	4,529.15	2.54		53,719,342	
2013 年	巴拿马	药草	室内	0.50 ^b	0.50	0.00		37	2
2013 年	巴拿马	药草	室外	10.50 ^b	10.50	0.00		78,633	2
2014 年	巴拉圭	药草	室外	6,000.00 ^a	2,474.00	3,526.00		1,803	
2012 年	秘鲁	药草	室外						
2014 年	菲律宾	药草	室外		28.00			1,367,321	504
2014 年	波兰	药草	室内					845	45
2013 年	波兰	药草	室外		1.80			69,240	12
2013 年	大韩民国	药草	室外					8,072	
2014 年	摩尔多瓦共和国	药草	室外	100.00 ^a	59.00	41.00	10,000.00	200,548	
2014 年	摩尔多瓦共和国	药草	室内		41.00				
2013 年	罗马尼亚	药草	室内/室外					8,835	69
2014 年	俄罗斯联邦	药草	室外	24,096.29 ^a	66.90	24,029.39	369.57		2,118
2013 年	塞拉利昂	药草	室外	190.00 ^a		190.00		190	3
2012 年	斯洛伐克	药草	室内					2,927	

年份	国家	产品	室外/室内	种植面积 (公顷)	铲除面积 (公顷)	可收获面积 (公顷)	产量 (吨)	铲除植株数	捣毁种植点
2013 年	斯洛伐克	药草	室外						1,077
2014 年	斯洛文尼亚	药草	室内					9,223	118
2014 年	斯洛文尼亚	药草	室外					1,844	
2014 年	西班牙	药草	室内					208,449	
2014 年	西班牙	药草	室外					61,673	
2010 年	斯里兰卡	药草	室外	500.00 ^a		500.00	4,000.00		
2014 年	苏丹	药草	室外	8.00 ^b	8.00	0.00	345.00		
2014 年	斯威士兰	药草	室外	1,500.00 ^a	1,069.50	430.50		3,000,000	210
2014 年	瑞典	药草	室内					10,000	56
2014 年	瑞士	药草	室内					45,620	748
2012 年	塔吉克斯坦	药草	室外					2,180,121	
2013 年	特立尼达和多巴哥	药草	室外	10.28 ^b	10.28	0.00	61.00	597,100	117
2012 年	乌干达	药草	室外	150.00 ^a	88.00	62.00			5
2013 年	乌克兰	药草	室外		166.90			483,000	
2014 年	美国	药草	室内					361,727	2,754
2014 年	美国	药草	室外					4,033,513	6,376
2014 年	乌兹别克斯坦	药草	室外	0.30 ^b	0.30	0.00			716
2014 年	越南	药草	室外		2.30				

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；美国《国际麻醉品管制战略报告》。

^a大麻种植总面积的估计数。

^b当局为铲除查明的面积。

可卡因

2003-2014 年全球古柯树非法种植面积（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
多民族玻利维亚国	23,600	27,700	25,400	27,500	28,900	30,500	30,900	31,000	27,200	25,300	23,000	20,400
哥伦比亚 ^a	86,000	80,000	86,000	78,000	99,000	81,000	73,000	62,000	64,000	48,000	48,000	69,000
秘鲁 ^b	44,200	50,300	48,200	51,400	53,700	56,100	59,900	61,200	64,400			
秘鲁 ^c									62,500	60,400	49,800	42,900
共计	153,800	158,000	159,600	156,900	181,600	167,600	163,800	154,200	155,600 ^d	133,700	120,800	132,300

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 年世界毒品问题报告》（第 41-42 页）介绍了不同种植面积的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，除哥伦比亚外，秘鲁古柯树净种植面积估计数也以 12 月 31 日为参考日期。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 年以后的估计数系对小块土地调整后的结果，而往年的估计数并无此调整要求。

^b 卫星图像显示的面积。

^c 12 月 31 日的净面积，减去拍摄卫星图像后铲除的面积。

^d 计算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”。

2006-2014 年报告的古柯树累计铲除情况

		单位	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
多民族玻利维亚国	人工	公顷	5,070	6,269	5,484	6,341	8,200	10,460	11,044	11,407	11,144
哥伦比亚	人工	公顷	41,346	66,392	96,003	60,565	43,804	35,201	30,487	22,127	12,496
	喷洒	公顷	172,026	153,134	133,496	104,771	101,939	103,302	100,549	47,053	55,554
秘鲁	人工	公顷	9,153	10,188	11,102	10,091	12,239	10,290	14,235	23,947	31,200
厄瓜多尔	人工	公顷	9	12	12	6	3	14			
厄瓜多尔		植株	64,000	130,000	152,000	57,765	3,870	55,030	122,656	41,996	15,874
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	人工	公顷	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和政府报告。

注：自 2006 年以来多民族玻利维亚国的总数包括自愿铲除的和强制铲除。秘鲁的总数包括自愿铲除的和强制铲除。累计铲除指一年中所有铲除行动的总面积，包括同一块田地上的重复铲除。两个点表示无数据。

2006-2014 年 100%纯可卡因的潜在产量（吨）

	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
多民族玻利维亚国	94	104	113	..	..	..	..	..	..
哥伦比亚 ^a	660	630	450	488	424	384	333	290	442
范围							240-377	249-331	345-540
秘鲁	280	290	302	..	..	..	..	..	..
基于“旧”转化率的总数*	1,034	1,024	865	842	788	776	714	662	746
基于“新”转化率的总数*	1,232	1,234	1,122	1,111	1,060	1,051	973	902	943

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 2010 年以来的估计数与往年估计数直接比较。考虑到用于计算哥伦比亚的古柯产量的方法中含有（2013 年）两项调整以期提高准确度（改进生产面积估计数的不变系数，以及考虑到生物碱提取工艺中出现的趋势的不同的可卡因碱转化系数），历史数据的延续性受到影响。2009 年以后的数据经过了调整。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。《2010 年世界毒品问题报告》提供了关于持续修订转化率和可卡因加工点效率的详细信息（第 249 页）。

注：*将古柯种植公顷数转化为古柯叶，然后转化为盐酸可卡因，其中要考虑用于非法目的的古柯叶的产量数以及可卡因加工点的效率。由于在多民族玻利维亚国和秘鲁正在对转化系数进行审查，因此无法提供最终的可卡因生产水平估计数。斜体数字表示正在审查中。两个点表示无数据。关于估计方法和定义的信息可查阅本文件的在线方法部分。

2014 年全球可卡因截获率*

	全球可卡因产量估计数 (吨)，基于：		全球可卡因缉获量（吨）			全球截获率*（百分比）
	“旧”转化率	“新”转化率	按报告的 （“街头纯度”）	按（批发）纯度调整后的缉获量（100% 纯度的物质），基于：		
				“未加权的”报告 纯度的平均数 （62%）**	按缉获量“加权”的 纯度平均数（盐酸可卡 因 69%/全部可卡因 73%）	
可卡因产量（100% 纯度），以吨表示	746	943				
盐酸可卡因缉获量， 以吨表示			566	351	390	
截获率						
-最可靠估计		a			b	43
-最小		a		b		37
-最大	a				b	55
盐酸可卡因、古柯 糊、可卡碱以及快客 可卡因缉获量，以吨 表示			655	406	507	
截获率						
-最可靠估计		a			b	54
-最小		a		b		43
-最大	a				b	68

资料来源：在哥伦比亚、秘鲁和多民族玻利维亚国进行的种植调查，2014 年和毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表数据。

注：截获率的计算 = b/a（例如 507/943 = 54%）。*用调整批发纯度的缉获量除以可卡因产量估计数。**根据 2014 年或 2005-2014 年期间有数据的最近一年来自 63 个国家的批发纯度信息计算（2014 年来自 23 个报告国的信息，2010-13 年期间 23 个，2005-2009 年期间 17 个）。

鸦片/海洛因

1998-2015 年部分国家的罂粟种植面积（公顷）

	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	2015年
东南亚																
阿富汗	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	183,000
最小										102,000	104,000	109,000	125,000	173,000	196,000	163,000
最大										137,000	145,000	155,000	189,000	238,000		202,000
巴基斯坦（最可靠估计）	260	213	622	2,500	1,500	2,438	1,545	1,701	1,909	1,779	1,721	362	382	493	217	372
小计（最可靠估计）	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	224,217	183,372
东南亚																
老挝人民民主共和国 ^a （最可靠估计）	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	5,700
最小						904	2,040	1,230	710	1,100	1,900	2,500	3,100	1,900	3,500	3,900
最大						2,890	2,990	1,860	2,700	2,700	4,000	6,000	11,500	5,800	9,000	7,600
缅甸 ^a （最可靠估计）	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	55,500
最小				49,500	38,500	..	..	22,500	17,900	20,500	17,300	29,700	38,249	45,710	41,400	42,800
最大			97,500	71,900	49,600	..	..	32,600	37,000	42,800	58,100	59,600	64,357	69,918		69,600
泰国 ^b	890	820	750	842	129	119	157	205	288	211	289	289	209	265	..	..
越南 ^b （最可靠估计）																
小计（最可靠估计）	128,642	123,075	96,150	75,042	50,929	34,719	24,157	29,405	30,388	33,811	41,389	47,989	58,009	61,965	64,065	61,465
南美洲和中美洲																
哥伦比亚（最可靠估计）	6,500	4,300	4,153	4,026	3,950	1,950	1,023	715	394	356	341	338	313	298	387	..
墨西哥 ^c （最可靠估计）	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	11,000	17,000	24,800
最小																21,500
最大																28,100
危地马拉（最可靠估计）	..	..	..	..	330	100	..	..	..	..	..	..	220	310	640	..
小计（最可靠估计）	8,400	8,700	6,853	8,826	7,780	5,350	6,023	7,615	15,394	19,856	14,341	12,338	11,033	11,608	18,027	25,827

	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	2015年
其他																
其他国家 ^d (最可靠估计)	2,479	2,500	2,500	3,074	4,731	4,993	4,275	3,979	8,312	7,489	10,211	15,811	11,471	12,225	10,400	10,400
共计(最可靠估计)	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	316,709	281,064
最小										152,935	149,762	170,000	189,444	245,201	269,809	243,264
最大										211,835	233,662	249,400	287,952	338,309	372,209	319,364
总数的最可靠估计(四舍五入)	222,000	142,100	180,200	168,600	195,900	151,500	201,000	235,700	213,000	185,900	190,700	207,500	234,900	295,300	316,700	281,100

资料来源：阿富汗：2003年以前：毒品和犯罪问题办公室；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，美国国务院。老挝人民民主共和国：2000年以前：毒品和犯罪问题办公室；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年以前：美国国务院；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年以前：各种来源的资料。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。墨西哥：2015年以前：美国政府调查得出的估计数（《国际麻醉品管制战略报告》）；2015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。危地马拉：美国国务院（2016年《国际麻醉品管制战略报告》）。

注：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本的方法部分。

a 可能包括面积调查日期之后铲除的面积。

b 由于种植面积持续走低，越南（截至2000年）数据被纳入了“其他国家”类别。

c 墨西哥政府没有确认1998-2014年期间美国国务院提供的估计数，因为这些估计数不是其官方数字的一部分并且墨西哥不掌握计算所用方法的信息。墨西哥政府与毒品和犯罪问题办公室合作实施了一个监测系统，以估计2015年的非法种植情况。2015年的数字——由于方法方面的原因——与以前的估计数不可比。关于罂粟种植估计数和2015年（实际指的是2014年7月-2015年6月期间）统计范围的更多信息载于墨西哥政府和毒品和犯罪问题办公室题为“Resultados del Proyecto de Monitoreo de Cultivos Ilícitos en Territorio Mexicano”（“监测墨西哥领土上非法种植项目的结果”）的一份联合报告中。

d 不同来源提供的植株铲除和缉获情况报告表明，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/东南亚、南亚、东亚和东南亚、东欧、东南欧、中美洲和南美洲。从2008年开始，使用一种新方法来自估计这些国家的罂粟种植和鸦片/海洛因生产。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《世界毒品问题报告》的在线版本。

2000-2015 年部分国家烘干鸦片的潜在产量（吨）

	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	2015年
东南亚																
阿富汗	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	3,300
最小												4,800	2,800	4,500	5,100	2,700
最大											4,200	6,800	4,200	6,500	7,800	3,900
巴基斯坦 (最可靠估计)	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9	9	12	5	9
小计 (最可靠估计)	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	6,405	3,309
东南亚																
老挝人民民主共和国 ^a (最可靠估计)	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25	41	23	92	..
最小						7.2	16.3	7.4	43	6.6	11.4	15	18	11	51	84
最大						23.1	23.9	11.2	16.2	16.2	24	36	69	35	133	176
缅甸 ^a (最可靠估计)	1,087	1,097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610	690	870	670	647
最小										213	350	420	520	630	481	498
最大										445	820	830	870	1,100	916	815
泰国 ^b	6	6	9	6	2	2	2	3	5	3	5	6	3	4	..	..
越南 ^b (最可靠估计)																
小计(最可靠估计)	1,260	1,237	949	936	415	328	337	472	424	345	603	641	734	897	766	781
南美洲和中美洲																
哥伦比亚(最可靠估计)	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	8	8	8	11	12	..
墨西哥 ^c (最可靠估计)	21	91	58	101	73	71	108	150	325	425	300	250	220	225	360	475
最小																275
最大																641
危地马拉(最可靠估计)	..	..	..	..	12	4	..	..	..	..	..	..	4	6	14	..
小计(最可靠估计)	109	171	110	151	134	75	121	164	335	434	308	258	232	242	386	501

	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	2015年
其他																
其他国家 ^d (最可靠估计)	38	32	56	50	61	82	16	15	139	134	181	281	156	159	775	175
共计 (最可靠估计)	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	7,732	4,766
最小											3,898	5,789	3,738	5,558	6,202	3,771
最大											5,581	8,220	5,539	8,052	9,420	5,746
总数的最可靠估计 (四舍五入)	4,690	1,630	4,520	4,780	4,850	4,620	5,810	8,090	6,840	4,950	4,730	6,980	4,830	6,810	7,730	4,770

资料来源：阿富汗：2003年以前：毒品和犯罪问题办公室；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：巴基斯坦政府提交的年度报告调查表，美国国务院。老挝人民民主共和国：2000年以前：毒品和犯罪问题办公室；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年以前：美国国务院；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年以前：各种来源，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。2008年以来，产量的计算是基于最新的区域产量数字和来自美国国务院/缉毒局的转化率。墨西哥：2015年以前：估计数源于美国政府调查；2015年的数据是基于毒品和犯罪问题办公室支持的国家非法作物监测系统的种植调查；产额比是基于2001-2003年在墨西哥进行的产量研究；危地马拉：美国国务院（2016年《国际麻醉品管制战略报告》）。

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的在线方法部分。

^a 可能包括面积调查日期之后铲除的面积。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）数据纳入了“其他国家”类别。

^c 墨西哥政府没有确认美国在2014年以前提供的估计数，因为这些估计数不是其官方数字的一部分并且墨西哥不掌握计算所用方法的信息。墨西哥政府自2015年起建立了一个监测罂粟种植面积的系统并且正在通过与毒品和犯罪问题办公室合作实施一个监测系统，估计非法鸦片种植情况。2015年鸦片产量估计数是基于(一)墨西哥政府和毒品和犯罪问题办公室的联合项目所确定的种植面积和(二)基于2001-2003年期间美国在墨西哥开展的产量研究的产量数据。2015年的鸦片产量数字是初步数字，并且，由于方法方面的原因，与1998-2014年期间的产量数字不可比。毒品和犯罪问题办公室计算的2015年的鸦片产量估计数没有得到墨西哥政府的证实。一旦可以获得来自墨西哥/毒品和犯罪问题办公室名为“监测墨西哥领土上的非法种植”的联合项目的产量数据，产量数字将进行调整。

^d 不同来源的植株铲除和缉获报告显示在以下分区域也存在非法罂粟种植：北非、中亚和外高加索、中东和西南亚、南亚、东亚和东南亚、东欧、东南欧、中美洲和南美洲。从2008年开始，使用一种新方法来自估计这些国家的罂粟种植和鸦片/海洛因生产。估计数高于此前的数据，但数量级类似。估计方法的详细描述见《世界毒品问题报告》的在线版本。

2004-2015 年全球（非法）鸦片生产的海洛因（纯度未知）潜在产量（吨）

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
鸦片潜在总产量	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,723	4,770
未加工成海洛因的鸦片潜在产量	1,169	1,786	3,078	2,360	1,680	1,728	3,400	1,850	2,600	2,450	1,360
加工成海洛因的鸦片潜在产量	3,451	4,024	5,012	4,481	3,273	3,002	3,583	2,981	4,210	5,273	3,410
海洛因潜在总产量	472	553	686	600	427	383	467	377	555	542	327

注：计算显示的是特定年份可能用生产的鸦片制造的海洛因的潜在数量；计算没有考虑鸦片库存的变化，鸦片库存也可能用于生产海洛因，并且可能数字巨大。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 2015 年阿富汗鸦片潜在总产量均加工成了海洛因，阿富汗海洛因潜在总产量将为 300 吨，而全球潜在总产量为 447 吨（由于修订了阿富汗鸦片产量数字，因而对 2006-2009 年估计数进行了调整）。

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：(a) 未加工成海洛因的鸦片与加工成海洛因的鸦片之比；和(b) 鸦片与海洛因转化率。第一个参数是间接估算出来的，依据是鸦片缉获量与邻国报告的海洛因和吗啡缉获量之比。2004-2013 年所用转化率为 7: 1，依据是与阿富汗吗啡/“快客”海洛因生产者的谈话；德国联邦犯罪调查局 2003 年在阿富汗记录的两个（不识字的）阿富汗海洛因生产者实际从事的海洛因生产活动（公布在《麻醉品公报》上，第五十七卷，第 1 和 2 号，第 11-31 页，2005 年）；以及毒品和犯罪问题办公室关于阿富汗鸦片的吗啡含量的研究（2010-2012 年期间为 12.3%，比 2000-2003 年期间的 15%低了）。该比率修订为了 18.5 公斤鸦片生产 1 公斤 100%纯度的白色盐酸海洛因，相当于就估计为 52%出口质量的海洛因而言，比率为 9.6:1（见《2014 年阿富汗鸦片调查》）；在 2015 年估计为 59%的出口质量的基础上，该比率被调整为 2015 年为 11: 1（范围：10: 4: 1 至 11.6: 1；见《2015 年阿富汗鸦片调查》）。阿富汗海洛因的出口质量估计数是基于土耳其报告的平均海洛因批发纯度。就阿富汗之外的国家而言，采用 10: 1 的鸦片到海洛因的“传统”转化率。在可以获得更加可靠的信息时将对这些比率进行调整。斜体数字为初步数据，一旦有更新资料，即可予以修订。

2005-2015 年部分国家报告的罂粟铲除情况

	计量单位	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
阿富汗	公顷	5,103	15,300	19,047	5,480	5,351	2,316	3,810	9,672	7,348	2,692	3,760
阿尔及利亚	株						868	340	204	2,721	7,470	
阿塞拜疆	公顷							2	0.2	0.4	0.5	
阿塞拜疆	株							201	2,628	34	284	
孟加拉国	公顷	4					8	22				
加拿大	公顷						7	7				
加拿大	株						60,000	60,000				
哥伦比亚	公顷	2,121	1,929	375	381	546	711	299	319	514	813	
厄瓜多尔	株	7,500			74,555	115,580	257,306	44,200	4,025,800	2,554,865	2,023,385	
埃及	公顷	45	50	98	121	98	222	1		3		
希腊	株								192	60	144	
危地马拉	公顷	489	720	449	536	1,345	918	1,490	590	2,568	1,197	
印度	公顷	12	247	8,000	624	2,420	3,052	5,746	1,332	865	1,636	
伊朗伊斯兰共和国	公顷						2		1	1	1	
伊朗伊斯兰共和国	株								140,000	100,000	120,000	
意大利	株						1,797	2,007	6,717			
哈萨克斯坦	株							1,692			2,254	
老挝人民民主共和国	公顷	2,575	1,518	779	575	651	579	662	707	397		809
黎巴嫩	公顷	27		8		21	14	4		6	1	
墨西哥	公顷	21,609	16,890	11,046	13,095	14,753	15,491	16,389	15,726	14,662	21,644	
缅甸	公顷	3,907	3,970	3,598	4,820	4,087	8,268	7,058	23,718	12,288	15,188	13,450
尼泊尔	公顷		1		21	35						
巴基斯坦	公顷	391	354	614	0	105	68	1053	592	568	1,010	605
秘鲁	公顷	92	88	28	23	32	21					

	计量单位	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
波兰	公顷					9						
摩尔多瓦共和国	株							32,413	11,255			
大韩民国	株									25,369		
俄罗斯联邦	公顷	4		2		3		1	1	1	1	
俄罗斯联邦	株										645	
塔吉克斯坦	株							13	5,400	103		
泰国	公顷	110	153	220	285	201	278	208	205	264		
乌克兰	公顷				28		436			39		
乌克兰	株						1,185,118		474,000	22,800,000		
乌兹别克斯坦	公顷							1		1	0.3	
委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）	公顷	154										
越南	公顷			38	99	31		38	35	25	19	
共计	公顷	36,643	41,220	44,302	26,088	29,687	32,392	36,791	52,897	39,551	44,203	
共计	株	7,500	-	-	74,555	115,580	1,505,089	140,866	4,666,196	25,483,152	2,154,182	

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；区域机构的报告；以及美国《国际麻醉品管制战略报告》。

2014 年各区域和全球大麻、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	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限
非洲	47,520	21,030	60,990	7.6	3.4	9.7	2,060	950	3,350	0.33	0.15	0.53	1,960	980	2,440	0.31	0.15	0.38
东非	6,640	2,200	11,230	4.2	1.4	7.1	270	100	1,180	0.17	0.06	0.74	240	170	330	0.15	0.11	0.21
北非	5,690	2,950	8,620	4.4	2.3	6.6	350	140	560	0.25	0.10	0.41	350	140	560	0.25	0.10	0.41
南部非洲	4,610	3,190	8,380	5.1	3.5	9.2	370	240	390	0.40	0.26	0.43	310	210	330	0.34	0.23	0.37
西非和中非	30,590	12,690	32,760	12.4	5.1	13.3	1,080	470	1,230	0.44	0.19	0.50	1,060	460	1,210	0.43	0.19	0.49
美洲	48,970	48,200	50,550	7.5	7.4	7.7	13,350	13,130	13,620	2.0	2.0	2.1	2,090	1,890	2,270	0.32	0.29	0.35
加勒比	700	320	1,830	2.5	1.2	6.5	100	60	190	0.4	0.2	0.7	80	50	160	0.28	0.18	0.58
中美洲	810	750	910	2.9	2.7	3.3	40	40	50	0.2	0.1	0.2	20	20	20	0.07	0.06	0.08
北美洲	38,520	38,320	38,730	12.1	12.0	12.1	12,300	12,150	12,450	3.9	3.8	3.9	1,590	1,440	1,680	0.50	0.45	0.52
南美洲	8,940	8,820	9,070	3.2	3.2	3.3	910	880	930	0.3	0.3	0.3	400	390	410	0.14	0.14	0.15
亚洲	56,520	29,890	90,890	1.9	1.0	3.1	12,290	9,280	15,830	0.42	0.32	0.54	10,160	7,690	13,360	0.35	0.26	0.46
中亚	1,930	1,350	2,300	3.5	2.4	4.1	490	470	510	0.88	0.85	0.91	450	440	470	0.81	0.78	0.84
东亚和东南亚	10,240	6,000	23,510	0.6	0.4	1.5	3,380	2,540	4,740	0.21	0.16	0.30	3,350	2,510	4,700	0.21	0.16	0.30
近东和中东	9,650	5,620	13,620	3.4	2.0	4.8	5,400	4,000	6,820	1.91	1.41	2.41	3,470	2,500	4,650	1.22	0.88	1.64
南亚	34,700	16,930	51,460	3.5	1.7	5.2	3,020	2,260	3,770	0.31	0.23	0.38	2,890	2,240	3,540	0.29	0.23	0.36
欧洲	26,940	26,300	27,680	4.9	4.8	5.1	4,680	4,590	4,960	0.9	0.8	0.9	3,190	3,140	3,480	0.58	0.57	0.63
东欧和东南欧	5,450	4,870	6,130	2.4	2.1	2.7	3,090	3,020	3,160	1.4	1.3	1.4	1,890	1,820	1,960	0.83	0.80	0.86
西欧和中欧	21,490	21,430	21,550	6.7	6.7	6.7	1,590	1,560	1,800	0.5	0.5	0.6	1,310	1,320	1,520	0.41	0.41	0.47
大洋洲	2,550	2,120	3,540	10.2	8.5	14.2	740	610	760	3.0	2.4	3.0	50	30	50	0.20	0.12	0.19
全球估计数	182,500	127,540	233,650	3.8	2.7	4.9	33,120	28,570	38,520	0.7	0.6	0.8	17,440	13,740	21,590	0.37	0.29	0.45

资料来源：毒品和犯罪问题办公室基于年度报告调查表数据和其他官方来源的估计数。

2014 年各区域和全球可卡因^a、苯丙胺类药物^b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	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限	最可靠估计	下限	上限
非洲	2,770	860	4,990	0.4	0.1	0.8	5,540	1,440	9,530	0.87	0.23	1.50	1,160	370	2,010	0.18	0.06	0.32
东非	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北非	30	30	40	0.0	0.0	0.0	780	280	1,290	0.57	0.20	0.94						
南部非洲	680	170	780	0.7	0.2	0.9	650	310	880	0.71	0.34	0.96	270	150	330	0.30	0.16	0.36
西非和中非	1,710	580	2,600	0.7	0.2	1.1												
美洲	9,710	9,400	10,040	1.5	1.4	1.5	7,600	7,320	7,980	1.2	1.1	1.2	3,080	2,970	3,250	0.47	0.45	0.50
加勒比	180	60	340	0.6	0.2	1.2	220	20	530	0.8	0.1	1.9	50	10	160	0.19	0.04	0.56
中美洲	170	170	180	0.6	0.6	0.6	240	240	240	0.9	0.9	0.9	30	30	30	0.11	0.11	0.11
北美洲	5,140	5,020	5,260	1.6	1.6	1.6	4,560	4,490	4,620	1.4	1.4	1.5	2,490	2,460	2,520	0.78	0.77	0.79
南美洲	4,210	4,150	4,260	1.5	1.5	1.5	2,580	2,570	2,600	0.9	0.9	0.9	500	470	540	0.18	0.17	0.19
亚洲	1,360	440	2,280	0.1	0.0	0.1	19,750	4,300	35,200	0.68	0.15	1.21	11,050	2,720	19,380	0.38	0.09	0.67
中亚	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
东亚和东南亚	470	370	1,100	0.0	0.0	0.1	9,110	3,530	20,480	0.57	0.22	1.29	3,210	1,660	6,640	0.20	0.10	0.42
近东和中东	100	50	140	0.0	0.0	0.1	430	290	850	0.15	0.10	0.30						
南亚																		
欧洲	4,040	3,800	4,290	0.7	0.7	0.8	2,410	2,020	2,800	0.4	0.4	0.5	3,500	3,270	3,750	0.64	0.60	0.68
东欧和东南欧	510	300	740	0.2	0.1	0.3	840	480	1,210	0.4	0.2	0.5	1,300	1,090	1,520	0.57	0.48	0.67
西欧和中欧	3,530	3,510	3,550	1.1	1.1	1.1	1,560	1,540	1,590	0.5	0.5	0.5	2,200	2,170	2,220	0.69	0.68	0.69
大洋洲	390	390	470	1.5	1.5	1.9	480	380	520	1.9	1.5	2.1	610	560	620	2.42	2.22	2.49
全球估计数	18,260	14,880	22,080	0.38	0.31	0.46	35,650	15,340	55,900	0.8	0.3	1.2	19,400	9,890	29,010	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数据和其他官方来源的估计数。

^a 可卡因包括盐酸可卡因、快克可卡因以及其他类别，例如古柯糊、可卡碱、巴苏可、paco 和 merla。^b 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中氯胺酮* 的流行率 (%)

区域	分区域	国家	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			
中美洲	哥斯达黎加		2010年	15-64岁	0.14	0.21	0.07							年度报告调查表		
			2012年	15-16岁	0.36	0.53	0.21							年度报告调查表		
	萨尔瓦多		2010年	17-25岁	0.19			0.19						年度报告调查表		
			2012年	17-25岁	0.20									萨尔瓦多 2012 年全国大学生吸毒人口研究		
北美洲	加拿大		2004年	15岁及以上	1.00				0.30					年度报告调查表		
			2007年	15岁及以上	1.10				0.20					年度报告调查表		
			2010年	15岁及以上	1.40				0.20					年度报告调查表		
			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	
美洲	美利坚合众国		2002年	19-28岁				1.20							《监测未来：2011年调查》	
			2003年	19-28岁				0.90							《监测未来：2011年调查》	
			2004年	19-28岁				0.60							《监测未来：2011年调查》	
			2005年	19-28岁				0.50							《监测未来：2011年调查》	
			2006年	19-28岁				0.50							《监测未来：2011年调查》	
			2007年	19-28岁				0.30							《监测未来：2011年调查》	
			2008年	19-28岁				0.40							《监测未来：2011年调查》	
			2009年	19-28岁				0.50							《监测未来：2011年调查》	
			2010年	19-28岁				0.8							《监测未来：2011年调查》	
			2011年	19-28岁				0.50							《监测未来：2011年调查》	
			2000年	十二年级				2.50								《监测未来：2011年调查》
			2001年	十二年级				2.50								《监测未来：2011年调查》
			2002年	十二年级				2.60								《监测未来：2011年调查》
			2003年	十二年级				2.10								《监测未来：2011年调查》
2004年	十二年级				1.90								《监测未来：2011年调查》			
2005年	十二年级				1.60								《监测未来：2011年调查》			
2006年	十二年级				1.40								《监测未来：2011年调查》			
2007年	十二年级				1.30								《监测未来：2011年调查》			
2008年	十二年级				1.50								《监测未来：2011年调查》			
2009年	十二年级				1.70								《监测未来：2011年调查》			
2010年	十二年级				1.60								《监测未来：2011年调查》			
2011年	十二年级				1.70								《监测未来：2011年调查》			
2012年	十二年级				1.50								《监测未来 2013 年综述：青少年吸毒情况调查的主要结果》			

区域	分区域	国家	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		
亚洲	东亚和东南亚	中国香港特别行政区	2011年	15-65岁	0.60	0.80	0.50							年度报告调查表	
			2014年	13-17岁	0.10	0.10	0.10								2014年第六次全国中学生吸毒调查
			2014年	15-65岁	0.60	0.90	0.30								2014年第六次全国吸毒家庭调查
			2015年	大学生	1.08	1.38	0.87	0.34	0.55	0.18	0.17	0.24	0.12		乌拉圭大学生吸毒情况初步研究
			2007年	11-99岁				0.06		0.03					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2007年	11-20岁				0.27		0.16					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2008年	11-99岁				0.08		0.04					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2008年	11-20岁				0.34		0.21					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2009年	11-99岁				0.08		0.04					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2009年	11-20岁	0.55		0.56	0.33		0.30					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2011年	15-64岁				0.05	0.09	0.02					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2011年	15-16岁				0.18	0.25	0.11					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2012年	15-64岁				0.05	0.08	0.02					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2012年	15-16岁				0.13	0.18	0.07					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
			2014年	11-20岁				0.05	0.08	0.03					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处
2014年	11岁及以上				0.03	0.05	0.02					年度报告调查表, 药物滥用中央登记处			
		中国澳门特别行政区	2006年	15-25岁	2.00								年度报告调查表		
		印度尼西亚	2009年	11-19岁	0.30		0.20	0.10					年度报告调查表		
		泰国	2007年	12-65岁	0.70								年度报告调查表		
近东和 中东		以色列	2005年	18-40岁	0.40			0.10			0.05			年度报告调查表	
			2005年	18-24岁				0.20						“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”	
			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	
			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”	
			2009年	18-40岁	0.90			0.12	0.22	0.03	0.05			年度报告调查表	
欧洲	东欧	乌克兰	2011年	15-17岁	0.80	1.50	0.20						年度报告调查表		
													年度报告调查表		
	东南欧	罗马尼亚	2010年	..	0.10	0.10	0.10						年度报告调查表		

区域	分区域	国家	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	
			2013年	15-64岁	0.40	0.50	0.20							全国总人口中烟草、酒精和毒品的消费调查 – 2013年
	西欧和中欧	德国	2009年	..	0.80	1.10	0.40							年度报告调查表
		法国	2003年	..				0.30		0.20				
		西班牙	2010年	14-18岁	1.10			0.80			0.40			政府
			2011年	15-64岁	1.00			0.20		0.00	0.10	0.00		政府
			2012年	14-18岁	1.10		0.70	0.70			0.40			政府
			2013年	15-64岁	0.80			0.10			0.00			政府
		联合王国 英格兰	2006-07年	16-59岁	1.30			0.30			0.10			年度报告调查表
			2011年	11-15岁				0.50	0.50	0.50				SDD 调查
			2012年	11-15岁				0.50	0.50	0.50				SDD 调查
			2013年	11-15岁				0.40	0.50	0.30				SDD 调查
			2014年	11-15岁				0.40	0.60	0.20				SDD 调查
			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》
			2009-10年	15-64岁	4.00			0.50	0.80	0.20	0.20			年度报告调查表
		联合王国 (英格兰和威尔士)	2006-07年	16-24岁	2.30			0.80			0.30			《2010-2011年英国犯罪调查》
			2007-08年	16-59岁	1.30			0.40			0.20			《2010-2011年英国犯罪调查》
			2007-08年	16-24岁	2.20			0.90			0.30			《2010-2011年英国犯罪调查》
			2008-09年	16-24岁	3.50			1.90			0.80			《2010-2011年英国犯罪调查》
			2009-10年	16-59岁	2.00			0.50			0.20			《吸毒状况：2010-2011年英国犯罪调查结果》
			2009-10年	16-24岁	4.00			1.70			0.90			《吸毒状况：2010-2011年英国犯罪调查结果》
			2010-11年	16-59岁	2.20			0.60	0.80	0.40	0.30			《吸毒状况：2010-2011年英国犯罪调查结果》
			2010-11年	16-24岁	4.30			2.00			0.90			《吸毒状况：2010-2011年英国犯罪调查结果》
			2011-12年	16-59岁	2.50			0.60						《吸毒状况：2011-2012年英国犯罪调查结果》
			2011-12年	16-24岁	4.00			1.80						《吸毒状况：2011-2012年英国犯罪调查结果》
			2012-13年	16-59岁	2.20			0.40						《吸毒状况：2012-2013年英国犯罪调查结果》
			2012-13年	16-24岁	3.30			0.80						《吸毒状况：2012-2013年英国犯罪调查结果》
			2013-14年	16-59岁	2.70	3.90	1.50	0.60						《吸毒状况：2013-2014年英国犯罪调查结果》
			2013-14年	16-24岁	4.70			1.80						《吸毒状况：2013-2014年英国犯罪调查结果》

区域	分区域	国家	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	
			2014-15 年	16-59 岁	2.60			0.50			0.10			《吸毒状况：2014-2015 年英国犯罪调查结果》
			2014-15 年	16-24 岁	4.00			1.60			0.20			《吸毒状况：2014-2015 年英国犯罪调查结果》
大洋洲	大洋洲	澳大利亚	2007 年	15-64 岁	1.30		0.70	0.20			0.10			年度报告调查表
			2007 年	12-17 岁	0.00		0.00	0.00			0.00			年度报告调查表
			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
			2010 年	15-16 岁				0.10			0.00			年度报告调查表
			2010 年	18-24 岁	2.50									2010 年国家毒品战略家庭调查报告
			2013 年	14 岁及以上	1.70	2.30	1.20	0.30	0.40		0.20			年度报告调查表
		新西兰	2008 年	16-64 岁	1.20	1.7	0.7	0.30	0.4		0.1			2007-2008 年新西兰酗酒和吸毒调查

注：就本报告而言，新型精神活性物质包括氯胺酮，氯胺酮不同于其他新型精神活性物质，因为它在人类医学和兽医学中广泛使用，而大多数新型精神活性物质几乎没有医疗使用的历史。两个点表示无数据。

普通人群和青年中合成大麻素*的流行率（%）

区域	分区域	国家	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	
美洲	北美洲	美利坚合众国	2011 年	19-30 岁				6.50	9.60	4.50				《监测未来：2011 年调查》
			2011 年	十二年级				11.40						《监测未来：2011 年调查》
			2012 年	十二年级				11.30						《监测未来 2013 年综述：青少年吸毒情况调查的主要结果》
			2013 年	十二年级				7.90						《监测未来 2013 年综述：青少年吸毒情况调查的主要结果》
			2014 年	十二年级				5.80			2.70			《监测未来：2014 年调查》
	南美洲	智利	2014 年	15-64 岁	1.59	1.82	1.37	0.56	0.75	0.37				2014 年第十一次全国普通人群吸毒调查

区域	分区域	国家	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	
欧洲	东南欧	克罗地亚	2010-11 年	..	1.10									提交欧洲毒品和毒瘾监测中心的《2012 年国家报告》
	西欧及中欧	拉脱维亚	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《2012 年国家报告》
			2011 年	15-24 岁	6.10									
			2011 年	15-16 岁	10.60	15.60	6.30							年度报告调查表
			2013 年	15-16 岁	13.20	14.09	12.26							ESPAD 方法调查
		德国	2009 年	18-64 岁	0.80	1.10	0.40							年度报告调查表
			2012 年	18-64 岁	0.60	0.90	0.30							年度报告调查表
			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
			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	2010 年	14-18 岁	1.10			0.80			0.50			政府
			2011 年	15-64 岁	0.80			0.10			0.10			政府
			2012 年	14-18 岁	1.40			1.00			0.60			政府
			2013 年	15-64 岁	0.50			0.10			0.00			政府
		瑞典	2012 年	15-16 岁		2.40	2.00							年度报告调查表
		联合王国 (英格兰和威尔士)	2010-11 年	16-59 岁				0.20						《吸毒状况：2010-2011 年英国犯罪调查结果》
			2010-11 年	16-24 岁				0.40						《吸毒状况：2010-2011 年英国犯罪调查结果》
			2011-12 年	16-59 岁				0.10						《吸毒状况：2011-2012 年英国犯罪调查结果》
大洋洲	大洋洲	澳大利亚	2013 年	14 岁及以上	1.30									年度报告调查表
		新西兰	2013 年	15 岁及以上				1.70						2012-2013 年新西兰健康调查：毒品部分

* 2015 年被置于国际管制之下后，合成大麻素 JWH-018 和 AM-2201 不再属于新型精神活性物质类别。不过，在吸毒流行率调查的背景下，不可能区分属于国际管制的合成大麻素和不属于国际管制的合成大麻素。

一般人群和青年人群中各种新型精神活性物质*的流行率(%)

区域	分区域	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	
美洲	北美洲	加拿大	迷幻鼠尾草	2011年	15-64岁	1.60	2.2	1.1							年度报告调查表, 估计数
			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
		美利坚合众国	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	2014年	十二年级				1.80						《监测未来: 2014年调查》
			迷幻鼠尾草	2013年	十二年级				3.40						《监测未来 2013 年综述: 青少年吸毒情况调查的主要结果》
			迷幻鼠尾草	2012年	十二年级				4.40						《监测未来 2013 年综述: 青少年吸毒情况调查的主要结果》
			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》
亚洲	近东和 中东	以色列	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”
		也门	卡塔叶	2006年	12岁及以上				52.30	72.00	32.60				《减少卡塔叶需求》(世界银行)
欧洲	东南欧	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》
	西欧和 中欧	匈牙利	甲氧麻黄酮	2011年	16岁	6.00	5.80	6.30							年度报告调查表
		爱尔兰和北爱尔兰	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: 区域毒品问题工作组(爱尔兰)及卫生与社会保健信托(北爱尔兰)调查结果》
			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: 区域毒品问题工作组(爱尔兰)及卫生与社会保健信托(北爱尔兰)调查结果》

区域	分区 域	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	
		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
		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
			氯胺酮	2009 年	..	0.80	1.10	0.40							年度报告调查表
		芬兰	亚甲基二氧吡咯戊酮	2010 年	15-69 岁	0.10									年度报告调查表
		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									向欧洲毒品和毒瘾监测中心提交的《2011 年国家报告》
		西班牙	哌嗪	2010 年	14-18 岁	0.40			0.30			0.20			政府
			哌嗪	2011 年	15-64 岁	0.10			0.00			0.00			政府
			哌嗪	2012 年	14-18 岁	0.40			0.30			0.20			政府
			哌嗪	2013 年	15-64 岁	0.00			0.00			0.00			政府
			甲氧麻黄酮	2010 年	14-18 岁	0.40			0.30			0.20			政府
			甲氧麻黄酮	2012 年	14-18 岁	0.50			0.30			0.20			政府
			甲氧麻黄酮	2013 年	15-64 岁	0.10			0.00			0.00			政府
			迷幻鼠尾草	2010 年	14-18 岁										政府
			迷幻鼠尾草	2011 年	15-64 岁	0.90			0.20			0.10			政府
			迷幻鼠尾草	2012 年	14-18 岁	0.80			0.50			0.30			政府
			迷幻鼠尾草	2013 年	15-64 岁	0.50			0.10			0.00			政府
		联合王国 (英格兰和威尔士)	N-苄基哌嗪	2010-11 年	16-59 岁				0.10						《吸毒状况：2010-2011 年英国犯罪调查结果》
			N-苄基哌嗪	2010-11 年	16-24 岁				0.20						《吸毒状况：2010-2011 年英国犯罪调查结果》
			卡塔叶	2010-11 年	16-59 岁				0.20						《吸毒状况：2010-2011 年英国犯罪调查结果》

区域	分区域	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	2011-12 年	16-59 岁				1.00	1.50	0.70				《吸毒状况：2011-2012 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2011-12 年	16-24 岁				3.30						《吸毒状况：2011-2012 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2012-13 年	16-59 岁	1.90			0.50						《吸毒状况：2012-2013 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2012-13 年	16-24 岁	4.50			1.60						《吸毒状况：2012-2013 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2013-14 年	16-59 岁	2.30	3.20	1.40	0.60						《吸毒状况：2013-2014 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2013-14 年	16-24 岁	6.30			1.90						《吸毒状况：2013-2014 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2014-15 年	16-59 岁	2.20			0.50			0.20			《吸毒状况：2014-2015 年英国犯罪调查结果》
			甲氧麻黄酮	2014-15 年	16-24 岁	5.30			1.90			0.50			《吸毒状况：2014-2015 年英国犯罪调查结果》
			N-苄基哌嗪	2011-12 年	16-59 岁				0.10						《吸毒状况：2011-2012 年英国犯罪调查结果》
			迷幻鼠尾草	2012-13 年	16-59 岁				0.30						《吸毒状况：2012-2013 年英国犯罪调查结果》
			迷幻鼠尾草	2012-13 年	16-24 岁				1.10						《吸毒状况：2012-2013 年英国犯罪调查结果》
			迷幻鼠尾草	2013-14 年	16-59 岁				0.50						《吸毒状况：2013-2014 年英国犯罪调查结果》
			迷幻鼠尾草	2013-14 年	16-24 岁				1.80						《吸毒状况：2013-2014 年英国犯罪调查结果》
大洋洲	大洋洲	新西兰	N-苄基哌嗪	2008 年	16-64 岁	13.5	15.70	11.40	5.60	6.40	4.90				2007-2008 年新西兰酗酒和吸毒调查
			N-苄基哌嗪	2008 年	16-17 岁	19.9	15.50	24.30	13.40	9.50	17.30				2007-2008 年新西兰酗酒和吸毒调查

* 在 2015 年被置于国际管制之下后，甲氧麻黄酮、亚甲基二氧吡咯戊酮和 N-苄基哌嗪不再属于新型精神活性物质类别。不过，由于这里列示的数据指的是这些物质尚未受国际管制的时候，因此关于这些物质流行率的可用信息包含在本表中。两个点表示无数据。

美国五个司法管辖区和乌拉圭对合法大麻的规定

	阿拉斯加	科罗拉多	俄勒冈	华盛顿	哥伦比亚特区华盛顿	乌拉圭
法律程序	投票人倡议，州法规	投票人倡议，修订州宪法	投票人倡议，州法规	投票人倡议，州法规	投票人倡议	政府倡议，国家法律
名称	投票 2	修正案 64	投票 91	倡议 502	倡议 71	第 19.172 号法律
通过日期	2014 年 11 月	2012 年 11 月	2014 年 11 月	2012 年 11 月	2014 年 11 月	2013 年 12 月
实施日期	2015 年 2 月：个人持有， 消费，种植 2016 年年底（预计）： 零售	2012 年 12 月：个人持有， 消费，种植 2014 年 1 月：零售	2015 年 7 月：个人持有，消费， 种植 2015 年 10 月 1 日：通过药房零售 2016 年年底（预计）：通过有执照 的零售商零售	2012 年 12 月：个人 持有，消费 2014 年 7 月：零售	2015 年 2 月：个人持有， 消费，种植	2014 年 8 月：个人种植 2014 年 10 月：种植者俱乐部 2016 年年中： 药店销售
监管当局	大麻管制委员会（酒精饮 料管制委员会）	大麻执法部门（税务局）	俄勒冈州酒精管制委员会	酒精和大麻委员会（前酒 精管制委员会）	不适用	大麻监管和控制机构
最低年龄	21 岁	21 岁	21 岁	21 岁	21 岁	18 岁
住处要求	无	无	无	无	无	要求是乌拉圭公民或在乌拉圭长 期定居
每月个人持有数量	28.5 克	28.5 克	公开持有：28.5 克	28.5 克	57 克	每月 40 克
家庭种植	6 株，其中 3 株可以开花	6 株，其中 3 株可以开花	4 株开花的	不允许	每人 6 株，每个家庭 12 株，其中 3 株可以开花	6 株开花的
与人分享	28.5 克	28.5 克	28.5 克	不允许	28.5 克	允许在家里
零售交易限制	28.5 克	居民：28.5 克 非居民：7 克	7 克	28.5 克	不适用	每月 40 克，每周 10 克（通过药店 向登记用户销售）
零售定价结构	市场	市场	市场	市场	市场	政府控制价格

	阿拉斯加	科罗拉多	俄勒冈	华盛顿	哥伦比亚特区华盛顿	乌拉圭
税后每克的平均零售价格	目前不适用零售商店	11.50 美元	10 美元	10.00 美元	不适用	计划为 1.20-1.30 美元（最终价格将在产品分发前决定）
最大四氢大麻酚含量	无最大	无最大	无最大	无最大	无最大	15% 的最大四氢大麻酚含量（推荐标准，非法律规定）
注册要求	无	无	无	无	无	有，任何获取方式都要在大麻监管和控制机构注册
商业生产	获得许可的大麻生产者	获得许可的大麻生产者	获得许可的大麻生产者	获得许可的大麻生产者	无	获得许可的大麻生产者
商业分销	获得许可的零售大麻商店	获得许可的零售大麻商店	获得许可的零售大麻商店	获得许可的零售商	无	获得许可的药店
广告	最终的广告条例将由阿拉斯加州公共卫生部健康和社会服务局确定	限制在 21 岁以下的听众所占比例不超过 30% 的媒体	药房外面必须有进入标识；俄勒冈州酒精管制委员会有权进一步规定或禁止广告行为	限制为营业地点的零售商一个标识	不适用，无商业市场	禁止
征税	在销售或从种植场转到零售店或产品生产商那里时征税每盎司 50 美元的消费税	种植 15% 的消费税；10% 的零售大麻营业税；2.9% 的州营业税；地方营业税	2015 年 10 月至 12 月没有零售税；2016 年 1 月 5 日后 25% 的营业税	2014 年 7 月-2015 年 6 月：各个阶段 25% 的税（生产、加工、零售） 2015 年 7 月：37% 的营业税	不适用，无商业市场	征税被推迟了，尽管大麻监管和控制机构有可能在未来征税。
大麻俱乐部	未明确允许或禁止；2015 年 11 月废除了在店里消费的禁令。	不允许	不允许	不允许	不允许；目前城市工作队正在调查。	有 15-45 名成员的俱乐部可以种植最多 99 株，每年每名成员可以生产最多 480 克干产品
医用大麻	2000 年：患者登记，持有，家庭种植	2000 年：患者登记，持有，消费	1999 年：患者登记，持有，家庭种植	1999 年：持有 2012 年：家庭种植	2011 年：患者登记	2014 年：通过但尚未生效

2011-2014 年在某些城市的废水中查明的物质（毫克 /1000 人/每天）*

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
	最小值	最大值	平均值	最小值	最大值	平均值	最小值	最大值	平均值	最小值	最大值	平均值
澳大利亚												
堪培拉												
2014 年	35.24	97.86	61.07	20.23	27.38	24.54	99.45	120.46	109.10	-	-	
图文巴												
2014 年	0.60	8.19	2.32	16.52	21.60	17.59	76.42	124.33	98.22	1.92	5.06	2.42
比利时												
安特卫普 D.												
2012 年	256.28	353.69	315.63	76.53	134.98	101.99	3.58	6.23	5.01	32.80	82.55	57.30
2013 年	329.26	683.98	442.72	90.16	157.75	117.96	5.19	1032	6.64	60.01	134.39	79.53
2014 年	265.06	564.83	363.77	91.23	170.18	120.16	1.72	3.83	2.34	46.56	108.31	62.67
安特卫普 Z.												
2011 年	589.73	919.91	721.18	211.52	318.89	277.18	3.79	6.50	5.46	-	-	
2012 年	577.36	865.23	742.05	131.10	188.63	159.47	4.76	8.93	6.33	90.72	140.75	124.70
2013 年	712.15	1,053.75	836.79	166.19	202.24	185.11	3.63	7.66	5.76	718.57	142.90	129.62
2014 年	439.30	859.27	632.69	144.14	304.38	212.95	12.59	30.38	23.11	81.80	176.00	126.11
布鲁塞尔												
2011 年	115.82	244.04	184.32	22.18	57.57	35.39				-	-	
2012 年	138.08	253.17	187.19	27.36	52.36	38.85	171	2.56	2.09	61.68	89.51	73.11
2013 年	179.39	276.49	223.81	16.89	34.58	24.80	0.98	2.63	1.71	63.39	117.17	89.47
赫拉尔兹贝亨												
2013 年	13.30	31.61	22.88	0.47	1.32	0.82	-	-		3.72	9.92	6.59
科克赛德												
2013 年	25.47	70.44	51.68	21.56	31.11	26.48	-	-		18.63	42.68	30.42
尼诺弗												
2013 年	71.28	140.09	106.20	78.41	185.48	111.94				25.95	67.67	39.95
2014 年	75.66	152.43	114.17	98.39	192.64	129.40	0.23	0.67	0.49	24.92	105.92	45.84
波斯尼亚和黑塞哥维那												
萨拉热窝												
2013 年	18.31	44.62	30.58	26.15	80.77	52.42	-	-		33.08	46.15	39.77
加拿大												
格兰比												
2014 年	64.74	137.17	94.52	14.82	27.66	22.87	-	-		-	-	

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
蒙特利尔												
2014 年	115.78	177.79	150.16	7.05	12.55	9.63	-	-	-	36.37	60.46	48.72
克罗地亚												
萨格勒布												
2011 年	33.99	66.84	49.95	11.00	20.64	14.60	-	-	-	25.15	34.21	30.59
2012 年	53.52	103.36	69.80	7.25	20.35	12.13	-	-	-	40.31	49.16	44.71
2013 年	63.07	112.05	80.03	4.06	15.83	10.00	0.76	1.40	1.06	53.47	69.61	63.01
2014 年	59.26	106.05	77.43	9.48	23.62	15.65	0.62	1.51	0.77	66.85	89.66	78.45
塞浦路斯												
利马索尔												
2013 年	11.73	18.79	13.92	1.12	2.22	1.69	2.68	4.88	3.48	-	-	-
尼科西亚												
2013 年	39.24	81.44	61.00	2.73	4.03	3.34	1.12	2.02	1.50	-	-	-
捷克共和国												
布杰约维采												
2011 年	3.30	10.68	6.82	20.20	37.43	28.51	145.98	205.73	175.49	38.50	69.67	50.37
2012 年	3.16	6.89	5.25	7.46	25.52	20.13	59.24	146.33	106.45	30.66	72.77	56.36
2013 年	2.15	3.30	2.58	18.66	23.00	20.61	184.77	252.87	215.29	52.72	83.69	73.28
布拉格												
2012 年	35.35	68.85	48.34	29.38	38.35	32.41	172.54	199.58	186.72	57.30	67.32	61.70
2013 年	36.03	85.50	51.45	34.08	40.41	36.25	308.91	350.64	326.60	73.46	87.53	79.63
丹麦												
哥本哈根												
2013 年	166.96	322.89	218.55	25.44	37.22	30.64	8.41	10.70	9.78	-	-	-
2014 年	258.65	495.45	341.80	-	-	-	-	-	-	-	-	-
芬兰												
埃斯波												
2014 年	4.39	7.52	6.23	41.53	60.07	48.63	2.75	4.73	3.52	-	-	-
赫尔辛基												
2011 年**	4.67	8.95	6.49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012 年	4.78	19.96	9.27	30.21	59.08	43.73	16.81	35.79	23.74	-	-	-
2013**	6.68	14.95	9.80	66.78	127.34	94.52	-	-	-	-	-	-
2014 年	6.85	14.63	9.40	57.59	89.38	68.53	3.48	4.02	3.70	-	-	-
约恩芬												
2014 年	0.13	0.82	0.35	11.60	28.77	21.02	0.95	2.64	1.59	-	-	-

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
于韦斯屈莱												
2014 年	0.14	0.34	0.25	45.77	54.91	49.87	1.32	1.77	1.49	-	-	-
科特卡												
2014 年	1.64	8.71	4.25	90.71	114.26	104.99	1.59	2.30	1.90	-	-	-
库奥皮奥												
2014 年	2.08	6.39	4.30	25.90	72.71	43.27	4.38	7.63	6.15	-	-	-
拉赫蒂												
2014 年	7.34	13.89	11.03	110.66	166.96	139.62	2.21	61.64	12.78	-	-	-
拉彭兰塔												
2014 年	0.37	3.38	1.74	18.79	29.79	22.88	0.67	1.29	0.93	-	-	-
奥卢												
2014 年	0.12	0.41	0.28	21.49	27.19	24.86	0.99	1.62	1.27	-	-	-
罗瓦涅米												
2014 年	0.14	0.81	0.39	29.93	61.71	46.39	1.89	2.68	2.24	-	-	-
萨翁林纳												
2014 年	0.33	0.90	0.55	12.42	28.62	19.63	10.13	52.66	31.56	-	-	-
坦佩雷												
2014 年	0.72	1.86	1.00	34.66	53.52	41.87	1.20	2.49	1.52	-	-	-
图尔库												
2011 年**	2.39	3.60	2.97	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012 年	-	-	-	24.22	58.09	43.61	33.94	174.68	85.10	-	-	-
2013 年**	0.74	2.05	1.31	49.49	86.86	63.99	-	-	-	-	-	-
2014 年	1.19	1.87	1.49	47.58	86.62	62.39	3.04	4.81	3.66	-	-	-
瓦萨												
2014 年	0.41	1.27	0.85	30.48	57.25	42.60	1.74	4.71	3.79	-	-	-
法国												
法兰西堡 D												
2014 年	80463	1,869.12	1,094.83	-	-	-	-	-	-	294.04	403.31	345.84
法兰西堡 P												
2014 年	224.76	380.37	293.33	-	-	-	-	-	-	178.33	266.31	208.80
巴黎												
2011 年	167.77	263.28	206.30	-	-	-	-	-	-	36.68	259.23	123.59
2012 年	122.40	356.31	215.42	-	-	-	-	-	-	104.32	140.77	117.46
2013 年	15546	359.59	242.66	-	-	-	3.32	489	4.00	118.79	178.45	151.03
2014 年	171.92	318.70	233.96	-	-	-	-	-	-	102.39	147.11	121.36

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
德国												
柏林												
2014 年	133.43	266.61	198.29	80.11	146.55	115.27	5.59	10.57	7.91	46.80	70.53	58.30
多特蒙德												
2013 年	274.55	407.08	324.14	80.78	119.61	92.23	-	-	-	74.94	100.46	84.53
2014 年	150.62	310.79	243.26	85.25	181.30	138.29	-	-	-	42.63	92.77	74.52
德累斯顿												
2013 年	3.02	8.49	6.00	-	-	-	106.24	171.49	136.61	27.22	34.48	29.93
2014 年	6.79	9.98	8.39	9.64	33.00	22.01	114.98	159.80	133.02	24.84	45.73	31.32
迪尔曼												
2013 年	26.18	93.38	48.43	50.16	91.00	62.85	-	-	-	38.27	84.64	59.79
2014 年	12.02	60.92	31.85	48.63	100.74	67.63	-	-	-	27.08	41.59	34.52
慕尼黑												
2014 年	5.33	130.13	79.46	13.32	38.52	22.19	-	-	-	7.99	47.29	34.42
希腊												
雅典												
2013 年	47.08	75.26	59.21	12.03	18.92	16.05	3.90	5.65	4.76	25.13	230.02	-
2014 年	63.24	113.85	80.06	9.41	25.00	16.84	3.90	6.28	5.30	23.16	124.30	67.45
意大利												
米兰												
2011 年	199.89	314.56	238.85	4.43	15.47	11.05	41.37	63.47	48.68	24.60	41.55	27.61
2012 年	193.50	286.37	241.75	-	-	-	8.61	12.12	10.11	17.83	36.14	24.25
2013 年	177.79	288.68	233.17	-	-	-	4.13	8.38	5.93	18.49	37.02	24.91
2014 年	196.68	224.73	208.05	-	-	-	4.99	6.07	5.37	19.53	37.69	23.86
荷兰												
阿姆斯特丹												
2011 年	612.06	676.18	644.10	70.73	181.64	123.57	-	-	-	155.64	227.57	191.77
2012 年	429.58	951.28	650.49	17.15	35.57	27.59	3.69	10.82	6.41	138.31	219.61	178.95
2013 年	296.58	603.69	393.66	33.34	157.06	70.81	3.13	11.66	5.24	-	-	-
2014 年	626.72	830.81	716.38	23.82	155.41	89.94	1.31	5.08	2.96	273.45	1,016.30	469.37
本登												
2014 年	112.16	175.40	146.04	12.71	122.68	55.74	-	-	-	-	-	-

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
埃因霍温												
2011 年	335.00	612.00	437.42	135.82	9,372.00	3,039.78	-	-		76.45	116.63	102.77
2012 年	213.57	465.02	349.83	167.92	863.53	416.75	-	-		60.58	102.36	84.42
2013 年	187.32	918.06	426.62	177.09	2,459.90	1,129.51	-	-		-	-	
2014 年	302.05	503.15	380.83	141.37	324.03	263.73	-	-		76.52	125.00	92.55
乌特勒支												
2011 年	253.67	468.92	356.34	54.04	103.67	83.46	-	-		85.75	128.67	109.17
2012 年	274.72	456.43	344.77	38.51	60.42	46.67	0.82	2.45	1.40	119.15	169.13	133.29
2013 年	102.79	324.48	199.16	29.80	76.41	46.52	-	-		-	-	
2014 年	184.65	258.01	220.20	42.07	268.21	111.06	-	-		47.67	159.19	93.99
挪威												
奥斯陆												
2011 年	39.26	76.80	52.59	10.49	16.95	12.31	186.16	302.46	244.79	-	-	
2012 年	55.22	149.98	96.35	55.86	128.58	88.58	118.64	221.87	168.75	66.98	113.46	86.31
2013 年	35.38	113.11	69.88	46.60	77.15	63.99	69.31	139.32	107.90	-	-	
2014 年	163.84	393.68	270.93	-	-		199.80	292.23	237.40	-	-	
葡萄牙												
阿尔马达												
2014 年	38.91	71.23	54.49	0.38	2.69	1.06	0.38	1.59	0.65	26.52	54.98	45.05
里斯本												
2013 年	86.51	135.10	106.82	-	-		-	-		-	-	
塞尔维亚												
贝尔格莱德												
2013 年	19.95	87.80	40.69	9.44	20.71	16.70	-	-		12.45	21.47	16.92
诺维萨德												
2013 年	10.04	21.46	15.78	20.08	42.92	25.67	-	-				
斯洛伐克												
伯拉第斯拉瓦												
2013 年	16.99	50.92	37.56	12.92	19.41	16.58	127.92	192.05	163.77	29.91	51.35	41.45
皮斯塔尼												
2013 年	2.37	6.38	3.23	11.86	18.96	13.99	108.20	163.44	123.86	15.66	25.97	20.92
西班牙												
巴塞罗那												
2011 年	249.14	560.93	421.68	740	25.29	15.41	6.43	10.66	8.43	58.17	136.98	108.63

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
2012 年	338.01	472.60	400.59	10.59	16.72	13.37	22.28	34.73	26.55	56.52	92.31	78.52
2013 年	366.92	722.27	537.99	16.22	27.99	21.11	24.83	28.48	26.52	105.23	148.03	126.09
2014 年	402.79	541.81	461.10	20.89	43.56	29.79	14.41	34.65	22.15	119.83	204.56	165.74
卡斯特利翁												
2011 年	226.85	565.54	371.57	-	-	-	-	-	-	28.61	139.29	101.73
2012 年	155.14	376.59	262.96	-	-	-	-	-	-	96.54	170.67	117.35
2013 年	112.30	300.83	174.51	4.45	10.42	8.60	-	-	-	40.00	73.94	55.74
2014 年	57.84	430.13	206.28	-	-	-	-	-	-	41.74	88.32	60.22
圣地亚哥												
2011 年	115.20	319.67	211.22	22.29	41.20	33.84	-	-	-	36.57	138.20	78.79
2012 年	99.01	390.46	239.98	-	-	-	-	-	-	57.85	193.61	116.95
2013 年	84.01	216.24	130.21	-	-	-	-	-	-	38.16	76.38	56.72
2014 年	144.39	216.84	165.17	-	-	-	-	-	-	60.06	96.44	78.27
巴伦西亚												
2011 年**	248.49	884.57	497.70	9.76	21.86	16.29	8.27	75.97	72.26	10.45 ^{'''}	20.44	14.25
2013 年	312.99	582.11	401.50	5.31	11.64	7.96	0.96	147	1.16	56.30	92.18	67.72
2014 年	179.50	643.10	378.16	7.44	22.56	14.73	0.97	1.34	1.19	31.80	149.53	67.27
瑞典												
哥德堡												
2012 年	16.86	42.75	25.30	75.15	124.98	87.74	36.58	62.57	50.04	-	-	-
2013 年	21.95	53.73	30.58	134.70	266.44	215.33	-	-	-	-	-	-
斯德哥尔摩												
2011 年	31.11	83.23	48.82	23.32	46.46	32.80	6.31	15.06	9.44	-	-	-
于默奥												
2011 年	0.51	4.87	2.63	7.22	22.16	13.82	1.29	4.37	2.93	-	-	-
2012 年	-	-	-	-	-	-	0.65	1.34	0.94	-	-	-
2013 年	2.58	7.44	5.07	13.22	48.85	29.99	-	-	-	-	-	-
瑞士												
巴塞尔												
2012 年	221.15	352.94	281.22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2013 年	359.43	536.72	436.64	1477	56.55	33.89	2.23	18.85	12.83	-	-	-
2014 年	404.31	609.73	453.47	10.78	32.56	16.56	12.63	16.22	14.13	-	-	-
伯尔尼												
2012 年	224.03	323.60	265.50	26.41	45.19	33.05	3.79	24.69	19.55	-	-	-
2013 年	187.90	418.27	264.34	14.11	28.43	19.06	13.33	18.78	16.01	-	-	-

国家/城市/年份	苯甲酰爱康宁（可卡因代谢物）			苯丙胺			甲基苯丙胺			四氢大麻酸（大麻代谢物）		
2014 年 比尔	335.50	393.30	365.08	16.03	21.32	18.12	5.34	13.92	10.23	-	-	
2014 年 库尔	170.38	316.51	239.59	12.39	26.02	19.31	3.89	29.57	19.07	-	-	
2014 年 日内瓦	101.24	210.57	130.65	1.09	14.08	8.47	1.09	5.55	2.14	57.24	104.82	78.38
2012 年	272.61	502.62	341.15	14.88	70.98	38.96	-	-	-	-	-	
2013 年	281.92	664.09	373.45	-	-	-	-	-	-	-	-	
洛桑												
2014 年 卢加诺	242.43	460.52	311.89	4.80	13.41	7.26	2.21	6.41	3.81	73.62	215.27	116.80
2014 年 卢塞恩	185.86	299.11	240.60	-	-	-	-	-	-	35.84	79.26	58.74
2014 年 纳沙泰尔	240.78	593.17	337.36	17.03	42.70	25.18	7.76	14.60	10.20	77.27	137.60	93.40
2014 年 锡安	74.47	146.38	105.81	7.37	14.35	10.53	22.39	46.05	33.38	103.44	173.43	125.38
2014 年 圣加伦	60.41	93.04	71.09	-	-	-	1.27	3.31	1.63	69.96	114.30	86.37
2012 年	186.59	275.16	225.32	-	-	-	-	-	-	-	-	
2013 年	293.21	470.28	380.47	-	-	-	7.76	41.39	16.55	-	-	
2014 年 温特图尔	252.59	492.31	350.99	12.09	172.55	65.13	2.09	9.07	5.05	-	-	
2014 年 苏黎世	266.59	508.27	329.85	14.03	26.58	19.85	2.63	11.07	7.92	-	-	
2012 年	368.17	552.99	436.86	-	-	-	-	-	-	-	-	
2013 年	526.12	877.20	678.79	13.75	65.13	42.65	2.63	21.26	16.65	-	-	
2014 年 联合王国	445.62	834.48	598.27	13.33	53.27	25.65	17.38	25.39	21.79	-	-	
布里斯托尔												
2014 年 伦敦	183.79	369.63	248.30	70.91	92.42	82.99	1.52	2.78	2.05	-	-	
2014 年	335.15	532.41	392.71	26.31	46.20	37.60	6.54	13.72	8.18	-	-	
2013 年	421.04	978.90	710.65	-	-	-	2.01	17.09	8.94	-	-	
2014 年	660.29	852.05	737.33	-	-	-	-	-	-	-	-	

资料来源：欧洲废水分析核心小组。

* 注：一周内在废水中发现的人口标准化载荷。

**由于没有实验室间的数据或未进行实验室间的检测，欧洲废水分析核心小组无法验证结果。

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、蒙古国、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、巴勒斯坦国、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

词汇表

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）

苯丙胺类药物——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

可卡因盐——盐酸可卡因

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（只要为处方或药物类阿片）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）按照美国精神病学学会《精神障碍诊断和统计手册》（第五版）或世界卫生组织《国际疾病分类》（第十次修订）所载临床标准被诊断为吸毒致病（有害使用或吸毒成瘾）者

患吸毒疾患/有吸毒疾患——吸毒者的一个亚群。有吸毒疾患的人需要治疗、健康和社会方面的关怀和康复。依赖是一种吸毒疾患

预防吸毒和治疗吸毒疾患——“预防吸毒”的目的是预防或推迟开始吸毒以及发展到吸毒疾患。一旦有了吸毒疾患，需要治疗、护理和康复