

毒品和犯罪问题办公室
联合国毒品和犯罪问题办公室

UNODC
Research

当代毒品问题

2024 年世界毒品问题报告

©联合国，2024年6月。全球版权所有。

本出版物可出于教育或非营利目的以任何形式全部或部分复制转载，而无需版权持有者的特别许可，但须注明出处。任何出版物若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：毒品和犯罪问题办公室，《2024年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2024年）。

未经毒品和犯罪问题办公室的事先书面许可，不得将本出版物用于转售或任何其他商业目的。若需获得此种使用许可，应向毒品和犯罪问题办公室的研究和趋势分析处提出申请，同时说明拟进行复制的目的和用途。

免责声明

本出版物的内容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，亦不意味着对其观点或政策的任何认可。

欢迎对本报告发表评论意见，发送地址如下：

Research and Trend Analysis Branch
United Nations Office on Drugs and Crime
PO Box 500
1400 Vienna
Austria
电子邮件：wdr@un.org

网址：<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

联合国毒品和犯罪问题办公室
维也纳

2024年世界毒品问题报告

联合国
2024年，纽约

序言

我很自豪地在此介绍联合国毒品和犯罪问题办公室2024年版旗舰报告《世界毒品问题报告》——今年的报告深入探讨了毒品制造和贩运的主要发展动态，并研究了吸毒模式和相关危害。

这份全方位报告揭示了世界毒品问题带来的不断发展演变的挑战，展示了与非法毒品贸易有关的痛苦、死亡和暴力的严峻局面。

有组织犯罪集团正在利用法治的不稳定和漏洞来扩大其贩毒行动，同时破坏脆弱的生态系统，并使人口贩运等其他形式的有组织犯罪长期存在。可卡因产量达到历史新高，拉丁美洲的产量攀升，欧洲、非洲和亚洲的毒品使用和市场扩大。此外，由于西南亚、近东和中东以及东南欧的甲基苯丙胺贩运活动增多，以及北美的芬太尼过量使用，合成毒品对民众和社区造成巨大伤害。与此同时，阿富汗事实上的管辖当局实施的鸦片禁令对农民的生计和收入造成了严重影响，因而必须采取可持续的人道主义对策。

本年度的报告用专门章节讨论阿富汗鸦片禁令的影响，获得治疗机会有限的妇女中过量使用合成毒品问题，金三角毒品贩运与有组织犯罪之间的关联，并概述了有关大麻和致幻剂的监管和立法方面进行的变革。

本期报告还首次开辟了一个专门探讨健康权和吸毒问题的章节——我们希望这一章节将为今后关于实现健康权和评估相关进展情况的讨论提供起点。如今有太多受世界毒品问题影响的人被剥夺了健康权，其中妇女受到的影响尤为严重——她们仍然因吸毒而面临耻辱和歧视。健康权应当对所有人一视同仁，吸毒者须与其社区所有成员一道享有这一权利。这意味着应当无歧视地向所有人提供全面、有效、自愿的戒毒治疗、护理和服务，并维护人的尊严。

除了健康干预措施外，本年度的报告还呼吁针对非法药物市场采取更具战略性的司法干预措施。最新数据显示，有700万人因毒品相关犯罪行为而触犯法律，而其中三分之二是因吸毒或持有毒品而触犯法律。司法对策必须重点关注在助长毒品贸易方面发挥关键作用的最高层行为体，在帮助吸毒者接受治疗的同时追究贩运者的责任。

此外，采取长效努力摧毁毒品经济必须辅之以提供社会经济机会和替代办法，而不仅仅是取代非法作物或收入，而是要解决非法作物种植背后的根本结构性原因，诸如贫困、欠发达和不安全等，同时还必须紧盯促使招募年轻人从事毒品交易的因素——这些人特别容易使用合成毒品。

在阐明这些模式和趋势的同时，我希望本期报告将成为决策者、研究人员和所有利益攸关方的重要资源和证据基础，帮助他们制定应对政策和措施，并动员各方采取行动，共同应对世界毒品问题带来的挑战，同时努力维护所有人的健康、安全和尊严。

联合国毒品和犯罪问题办公室
执行主任
加黛·瓦利（签字）

致谢

《2024 年世界毒品问题报告》系由联合国毒品和犯罪问题办公室（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该司司长 Jean-Luc Lemahieu 以及该研究分析处处长 Angela Me 的监督下编写，毒品问题研究科科长 Chloé Carpentier 担任了本期报告撰写工作的协调人。

内容概览

Chloé Carpentier

Angela Me

研究、分析和起草

Hussain Alnaser

Liz Barrett

Hernan Epstein

Kamran Niaz

Bryce Pardo

Thomas Pietschmann

Alison Ritter

Inshik Sim

Jirka Taylor

Danica Thanki

Kevin Woods

Sonya Yee

数据管理与估计数编制

Sonia Arias Garcia（联合国艾滋病署）

Antonela Guberac

Natalia Ivanova

Virginia Macdonald（世卫组织）

Andrea Oterová

Anton Radinov

Umidjon Rakhmonberdiev

Ali Saadeddin

Keith Sabin（联合国艾滋病署）

Markus Schwabe Alavi

Markus Schwabe

定性访谈

Apinun Aramrattana

Pablo Carvacho

Catalina Droppelmann

François Patuel

Mariya Prilutskaya

Anna Quarrey

Cecilia Rossa

Christina Steenkamp
Mayyada Wazaify

在线平台开发
Gerald Kandulu

制图
Juan Ardila
Coen Bussink
Francesca Massanello
Irina Tsoy
Lorenzo Vita
Viviana Viveros

图文设计与制作
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttinig
Ivana Lazić
Maria Moser

编辑
Jonathan Gibbons

研究支持
Clemens Bauer-Mitterlehner
Jennifer Estigene
Lara Kuschlanski
Marta Proietto

行政支持
Andrada-Maria Filip
Iulia Lazar
Luka Žagar

审稿和评论

《2024 年世界毒品问题报告》的编写工作从毒品和犯罪问题办公室各司处同仁以及麻管局秘书处的专门知识和宝贵贡献中获益良多。

研究和趋势分析处谨此对世界毒品问题报告科学咨询委员会下列人士的宝贵贡献和建议建言表示感谢：

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Charles Parry
Afarin Rahimi-Movaghar
Peter Reuter

Alison Ritter
Francisco Thoumi

在法国的慷慨资助下，“金三角地区的非法毒品供应：与其他犯罪活动交织在一起及其所产生的影响”一章得以完成。

在美利坚合众国的慷慨资助下，“性别、年龄与合成毒品”一章得以完成。

在荷兰王国、挪威、瑞典和瑞士的慷慨资助下，“毒品使用与健康权：制定评估框架”一章得以完成。

解释性说明

《世界毒品问题报告》中所采用的名称和材料的编排方式并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位，或对其边界或界线的划分表示任何意见。

本《报告》中所使用的国家和地区的名称均系收集到相关数据时正式使用的名称。

在今年的《世界毒品问题报告》中，亚马逊流域被定义为包括其水文流域的最大面积、亚马逊生物群落和属于亚马逊的行政区域，其边界系由亚马逊地理参照社会环境信息网络提供。

由于“毒品使用”、“毒品误用”和“毒品滥用”之间的区别在科学和法律上存在一定的模糊性，《世界毒品问题报告》中使用了“毒品使用”这一中性术语。而“误用”一词仅用于表示处方药的非医疗性使用。

《世界毒品问题报告》中所使用的所有“毒品”和“毒品使用”术语均指受各项国际药物管制公约管控的物质，以及这些物质的非医疗用途。

除非另有说明，《世界毒品问题报告》中所使用的“缉获量”一词系指所缉获的毒品数量。

除非另有说明，《世界毒品问题报告》所载的所有分析均以会员国通过年度报告调查表向毒品和犯罪问题办公室提交的官方数据为依据，并在可能的情况下纳入了按性别分列的数据分析。

《世界毒品问题报告》中使用的相关人口数据摘自：《世界人口前景展望：2022 年修订版》（联合国，经济和社会事务部，人口司）。

除非另有说明，文中提及的元（\$）均指美元。

除非另有说明，文中的“吨”均指公吨。

本分册中使用了以下缩写语：

ACLED	武装冲突地点和事件数据项目
多动症（ADHD）	注意力缺陷多动障碍
<i>alpha</i>-PVP	α -吡咯烷基苯戊酮
苯丙胺类兴奋剂（ATS）	苯丙胺类兴奋剂
BZP	<i>N</i> -苯基哌嗪
2C-B	4-溴-2,5-二甲氧基苯乙胺
麻二酚（CBD）	大麻二酚
《濒危物种公约》（CITES）	《濒危野生动植物种国际贸易公约》
麻委会（CND）	麻醉药品委员会
2019 冠状病毒病（COVID-19）	冠状病毒病
二甲基色胺（DMT）	二甲基色胺
EMCDDA	欧洲毒品和毒瘾监测中心
GBL	伽马丁内酯
GDP	国内生产总值

GHB	伽马羟丁酸
公顷 (ha)	公顷
HCV	丙型肝炎病毒
艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS)	人类免疫缺陷病毒/获得性免疫缺陷综合征
麻管局 (INCB)	国际麻醉品管制局
致幻剂 (LSD)	麦角乙二胺
摇头丸 (MDMA)	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
浴盐 (MDPV)	亚甲基二氧吡咯戊酮
NGO	非政府组织
新精活物质 (NPS)	新精神活性物质
经合组织 (OECD)	经济合作与发展组织
麻管局办公室 (ONCB)	麻醉品管制局办公室
ONDCP	国家药物管制政策办公室
PCP	苯环利定
P-2-P	1-苯基-2-丙酮
创伤后应激障碍 (PTSD)	创伤后应激障碍
PWID	注射吸毒者
SEZ	经济特区
STI	性传播感染
THC	四氢大麻酚
艾滋病规划署 (UNAIDS)	联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署
开发计划署 (UNDP)	联合国开发计划署
毒品和犯罪问题办公室 (UNODC)	联合国毒品和犯罪问题办公室
世卫组织 (WHO)	世界卫生组织
世界缉获数据库 (World WISE)	世界野生生物缉获数据库

年度报告调查表联络人

毒品和犯罪问题办公室谨此衷心感谢各会员国的年度报告调查表联络人为整理和报告各自国家的毒品需求和供应情况数据所做的持续努力——这些数据为本年度《世界毒品问题报告》的撰写工作奠定了基础：

Daniela Hoxhallari (阿尔巴尼亚)、Amina Boussaha (阿尔及利亚)、Djazia Dehimi (阿尔及利亚)、Mohamed Oundi (阿尔及利亚)、Gemma Raduan (安道尔)、John Swift (安提瓜和巴布达)、Adrián Betti (阿根廷)、Elisa Sproviero (阿根廷)、Davit Petrosyan (亚美尼亚)、Andrew Courir (澳大利亚)、Andrea Zehner (奥地利)、Daniel Lichtenegger (奥地利)、Raphael Bayer (奥地利)、Wolfgang Pfneiszl (奥地利)、Asiman Mehdiyev (阿塞拜疆)、Azad Veliyev (阿塞拜疆)、Said Asadli (阿塞拜疆)、Terrance Fountain (巴哈马)、Galina Pyschnik (白罗斯)、Olegovich Pruchkovskiy (白罗斯)、Katia Huard (比利时)、Lies Gremeaux (比利时)、Nele Van Tomme (比利时)、Stéphanie Ovaere (比利时)、Latifou Sam Adekambi (贝宁)、Judith Segnon-Agueh (贝宁)、Dawa Dawa (不丹)、Sonam Tashi (不丹)、Tshering Choden (不丹)、Carla Choque Soto (多民族玻利维亚国)、Wilson Salinas Olivares (多民族玻利维亚国)、Dragan Vukadin (波斯尼亚和黑塞哥维那)、José Gutemberg Lima Rodrigues (巴西)、Natalia Nersi (巴西)、Rafael Corassa (巴西)、Ragnieil Bertolini (巴西)、Aimi Jamain (文莱达鲁萨兰国)、Pg Rosni (文莱达鲁萨兰国)、Slaveika Nikolova (保加利亚)、Boukary Traore (布基纳法索)、Soutongo Sita Sandrine Ouedraogo (布基纳法索)、Colette Taka (喀麦隆)、Christina Arruda (加拿大)、Jennifer Salahub (加拿大)、Mahamat Marc Breau (乍得)、Emilse Pizarro (智利)、Jose Marin (智利)、Yan Zheng (中国)、Charlie Ching (中国, 香港特别行政区)、Wai Hon (中国, 澳门特别行政区)、Oscar Ricardo Santa Lopez (哥伦比亚)、Instituto Costarricense sobre Drogas (哥斯达黎加)、Ernest Zotoua (科特迪瓦)、Innocent Atse (科特迪瓦)、Roger Badou N'Guessan (科特迪瓦)、Elise Yra Ouattara (科特迪瓦)、Soualiho Ouattara (科特迪瓦)、Hrvoje Paljan (克罗地亚)、Lara Jezic (克罗地亚)、Mirela Kovacevic (克罗地亚)、Gavriel Efstratiou (塞浦路斯)、Ioanna Yiasemi (塞浦路斯)、Katerina Horackova (捷克)、Lars Petersen (丹麦)、Tammi Hansen (丹麦)、Gilda Maria Francisco Espinal (多米尼加共和国)、Moises Gomez Trabous (多米尼加共和国)、Estefanía Encalada Sandoval (厄瓜多尔)、Verónica Cuzco Quinatoa (厄瓜多尔)、Rasha Elsharkawy (埃及)、Alma Cecilia Escobar de Mena (萨尔瓦多)、Roxana Geraldine Sigüenza (萨尔瓦多)、Katri Abel-Ollo (爱沙尼亚)、Kristiin Mikko (爱沙尼亚)、Peep Rausberg (爱沙尼亚)、Jari Leskinen (芬兰)、Jarkko Helin (芬兰)、Leena Kovanen (芬兰)、Marja-Liisa Helminen (芬兰)、Claire Jounet-Arenes (法国)、Joséphine Affres (法国)、Sara Antunes (法国)、Demba Jammeh (冈比亚)、Maia Tsotsoria (格鲁吉亚)、Tamta Babunashvili (格鲁吉亚)、Anna-Lena Metterhausen (德国)、Saskia Jensen (德国)、Manjeed Mumuni (加纳)、Rosemond Agbefu (加纳)、Elfetheria Kanavou (希腊)、Ioannis Marouskos (希腊)、Ioulia Bafi (希腊)、Jullio Quijivix (危地马拉)、Ousmane Yansane (几内亚)、Thierno Bah (几内亚)、Dos Santos (几内亚比绍)、Gabrielle Bazile (海地)、Jean Alain Bernadel (海地)、Joseph Yves Max Gabeaud (海地)、国务秘书处 (罗马教廷)、Alex Villanueva Meza (洪都拉斯)、Gloria Diaz (洪都拉斯)、Anna Péterfi (匈牙利)、Peter Foldi (匈牙利)、麻醉品管制局 (印度)、Agus Irianto (印度尼西亚)、Aws Salh (伊拉克)、Imad Abdel Raziq Abdel Gani (伊拉克)、Alan Bell (爱尔兰)、Conor Brennan (爱尔兰)、Eti Kahana (以色列)、Andrea Zapparoli (意大利)、Elisabetta Simeoni (意大利)、Yuki Maehira (日本)、Kusainov Ke (哈萨克斯坦)、Morris Kamenderi (肯尼亚)、Pauline Ochieng (肯尼亚)、Stephen Kimani (肯尼亚)、Chyngyz Kalmataev (吉尔吉斯斯坦)、Agnese Zile-Veisberga (拉脱维亚)、Diana Vanaga-Araja (拉脱维亚)、Zeinab Abbass

(黎巴嫩)、Aušra Dovydeniene (立陶宛)、Aušra Lazauskiene (立陶宛)、Brigita Rasimaite (立陶宛)、Evelina Pridotkiene (立陶宛)、Ruta Lazauskiene (立陶宛)、Michel Goergen (卢森堡)、Nadine Berndt (卢森堡)、Rita Cardoso Seixas (卢森堡)、Norkumala Abdul Rahman (马来西亚)、Abdelaye Keita (马里)、Souleymane Coulibaly (马里)、Yamoussa Diarra (马里)、John Testa (马耳他)、Victor Pace (马耳他)、Ainina Sogho (毛里塔尼亚)、Corceal Sewraz (毛里求斯)、Mangatha Amreeta (毛里求斯)、Martha Vazquez (墨西哥)、Amarbayasgalan Chuluun (蒙古)、Gordana Milutinovic (黑山)、Ljiljana Golubovic (黑山)、Jasna Sekulic (黑山)、Nevena Markovic (黑山)、Abderrahim Matraoui (摩洛哥)、Ayoub Aboujaafer (摩洛哥)、El Maaroufi Abdelhafid (摩洛哥)、Mustapha El Alami El Fellousse (摩洛哥)、Nadia Chouaib (摩洛哥)、Jossyel José Mussa Mac Tacula (莫桑比克)、Orlando Carlos Alberto (莫桑比克)、Zaw Lin Oo (缅甸)、Johannes Gaeseb (纳米比亚)、Guus Cruts (荷兰王国)、Sophie Harvey (新西兰)、Manuel García Morales (尼加拉瓜)、Abdoul Aziz Garba Yayé (尼日尔)、Issou Fou Abdoulaye (尼日尔)、Ibiba Jane Odili (尼日利亚)、Daniel Bergsvik (挪威)、Elisabeth Kvaavik (挪威)、Mahmood Al Abri (阿曼)、Mohamed Amin (阿曼)、Syed Sijjeel Haider (巴基斯坦)、Tasiq Rasheed (巴基斯坦)、Arnulfo Castellero (巴拿马)、Rubielys Saladana (巴拿马)、Tatiana Tesis (巴拿马)、Christian Gomez (巴拉圭)、Laura Reinoso (巴拉圭)、Manuel Benítez (巴拉圭)、Mathías Jara (巴拉圭)、Marcos Bravo (秘鲁)、Bob Cañega (菲律宾)、Corazon P. Mamigo (菲律宾)、Mary Grace C. Cortez (菲律宾)、Rebecca F. Arambulo (菲律宾)、Yvonne B. San Pascual (菲律宾)、Lukasz Jedruszak (波兰)、Ana Sofia Santos (葡萄牙)、Elsa Maia (葡萄牙)、Qatar ARQ 小组 (卡塔尔)、Jongmoo Hong (大韩民国)、Jun Namkung (大韩民国)、Victor Tacu (摩尔多瓦共和国)、Ciprian Zetu (罗马尼亚)、Oleg Lozhkin (俄罗斯联邦)、Saud Alsabhan (沙特阿拉伯)、Baye Cheikh Hane (塞内加尔)、Commissaire Mame Ndew Sene (塞内加尔)、Dusan Ilic (塞尔维亚)、Sibylla Mederic (塞舌尔)、Evelyn Low (新加坡)、Thamaraichelvan Meyappan (新加坡)、Eva Debnarová (斯洛伐克)、Ivana Bucková (斯洛伐克)、Jože Hren (斯洛文尼亚)、Staša Šavelj (斯洛文尼亚)、Vathiswa Dlangamandla (南非)、Elena Alvarez Martín (西班牙)、Patricia Martín (西班牙)、Thamara Darshana (斯里兰卡)、Sabrina Rootharam (苏里南)、Ellinor Lithner (瑞典)、Jennie Hagelin (瑞典)、Joakim Strandberg (瑞典)、Julia Ahlin (瑞典)、Lucien Colliander (瑞士)、Seymour Mizrahi (瑞士)、Mohannad Asber (阿拉伯叙利亚共和国)、Odilbekiyon Satrina Aydimamadukht (塔吉克斯坦)、Prang-Anong Saeng-Arkass (泰国)、Mouzinho T. Correia (东帝汶)、Abi Kemeya-Abalo (多哥)、Awi Essossimna (多哥)、Nadine Beeka (特立尼达和多巴哥)、Sheena Arneaud (特立尼达和多巴哥)、Rim Mansouri (突尼斯)、Mohamed Ali Chouaibi (突尼斯)、Resul Olukman (土耳其)、A Ihor Yehorov (乌克兰)、Oleksandr Skoliarov (乌克兰)、Volodymyr Lytvynov (乌克兰)、Artem Bonevych (乌克兰)、Amal Ahmed Ali Alzeyoudi (阿拉伯联合酋长国)、Noora Abdullatif Saeed Almeihri (阿拉伯联合酋长国)、Alberto Oteo (大不列颠及北爱尔兰联合王国)、Alexandra Shiafkou (联合王国)、Jacob Jeffrey (联合王国)、Domician Mutayoba Dominic (坦桑尼亚联合共和国)、Nicholas Wright (美利坚合众国)、María Elisa Cabrera (乌拉圭)、Daniel Umpiérrez (乌拉圭)、Khatam Djalalov (乌兹别克斯坦)、Carlos Javier Capote (委内瑞拉玻利瓦尔共和国)、Johanna Jaimes Valero (委内瑞拉玻利瓦尔共和国)、Rita Kaonga (赞比亚)、Penny Garcia (直布罗陀)、Anan Mohammad Hassan Theeb (巴勒斯坦国)。

目录

序言

解释性说明

- 01 阿富汗：2022 年塔利班关于种植、生产和贩运毒品的禁令及其影响
- 02 金三角地区的非法供应毒品：与其他犯罪交织在一起及其所产生的影响
- 03 性别、年龄与合成毒品
- 04 大麻和迷幻类药物：监管变化和 environment 发展动态催化受管制物质的非医疗用途
- 05 毒品使用与健康权：制定评估框架

词汇表

区域分组

01

阿富汗：2022 年塔利班关于种植、生产和贩运毒品的禁令及其影响

阿富汗：2022 年塔利班关于种植、生产和贩运毒品的禁令及其影响

2022 年禁令的背景

一直到最近，阿片剂的生产和出口可以说是 20 世纪 80 年代以来阿富汗最大的非法经济活动。2022 年，阿富汗的鸦片产量约占全球非法鸦片产量的 80%。¹ 仅罂粟种植的收入就相当于该国整个农业部门价值的 29%，而多年来，包括鸦片和海洛因在内的阿片剂出口总值超过了官方记录的合法货物和服务出口总值。^{2, 3} 因此，几十年来，阿片剂行业在该国农村人口的收入中占相当大的份额。塔利班接管之前的估计数表明，所有村庄⁴中有三分之一以上种植罂粟，种植罂粟的农民的总收入平均比不种植罂粟的农民约高 50% 左右。⁵

阿富汗也被确定是全球大麻树脂的重要来源国，仅排在摩洛哥之后。⁶ 此外，近年来，甲基苯丙胺制造的扩张给该国的非法毒品经济又增加了一层复杂性，带来了新的毒品利润。⁷

自 2021 年 8 月塔利班接管以来，合法经济和毒品经济都开始发生急剧变化。到 2021 年，阿富汗一直从大量流入的外部发展援助获益匪浅，这有助于在 2002-2020 年期间将该国的人均国内生产总值提高 54%^{8, 9} 但发展援助的突然锐减以及对进入国际银行和金融系统施加限制，使整个国民经济受到严重挤压。¹⁰ 该国的人均国内生产总值在 2020 年至 2022 年期间下降了近 30%，^{11, 12, 13} 尽管 2021 年 8 月塔利班接管后经济形势恶化，但安全状况有所改善，腐败现象有所减少。随着塔利班事实上的管辖当局掌权，武装冲突停止，导致暴力事件和死亡人数大幅减少。^{14, 15, 16} 此外，一些证据表明，2022 年，腐败和对腐败的看法都达到了过去十年的最低水平，^{17, 18, 19, 20} 尽管 2023 年可能会出现中度反弹。²¹

尽管如此，阿富汗仍然是世界上最贫穷的国家之一，²² 面临严峻的社会挑战。自塔利班接管政权以来，妇女的权利受到严重限制，包括在教育、有偿就业、言论自由、个人行动和政治参与方面，她们的状况自那时以来一直没有改善。^{23, 24}

2022 年 4 月，塔利班事实上的管辖当局宣布禁止生产所有毒品。2022 年的收成基本上没有受到禁令的影响，但 2023 年该国的鸦片经济急剧下滑，农民的收入大幅减少。

图 1 2002-2022 年阿富汗人均国内生产总值

	人均国内生产总值（美元）
	塔利班接管政权
	人均国内生产总值（美元，现值）
	人均国内生产总值（以 2015 年美元不变价格计算）

资料来源：世界银行、世界发展指标数据库；联合国开发计划署，《两年回顾：阿富汗经济、家庭和跨领域部门的变化》（2021 年 8 月至 2023 年 8 月）。

禁止种植罂粟

掌权不到一年，2022 年 4 月，就在 2022 年鸦片收获即将开始之际，塔利班正式宣布禁止种植罂粟。2022 年的禁令扩大到使用、运输、销售、交易、进口和出口所有类型的毒品，如酒精、海洛因、水烟（甲基苯丙胺）、K 片、大麻叶和所有其他类型的毒品，以及毒品生产厂。不遵守禁令的任何人将面临伊斯兰教法程序。²⁵

图 2 2019-2023 年阿富汗武装冲突报告“事件”数量和相关死亡人数

	“事件”数量
	死亡人数
	塔利班接管政权
	“事件”
	死亡人数
	第一季度
	第二季度
	第三季度
	第四季度

资料来源：武装冲突地点和事件数据项目数据库。

注：报告的“事件”包括战斗、爆炸/远程暴力、针对平民的暴力、暴民暴力、暴力抗议和示威。

图 3 1994-2023 年阿富汗鸦片种植面积和产量

	罂粟种植面积（公顷）
	360,000
	320,000
	280,000
	240,000
	200,000
	160,000
	120,000
	80,000
	40,000
	鸦片产量（吨）
	9,000
	8,000
	7,000
	6,000

	5,000
	4,000
	3,000
	2,000
	1,000
	种植面积
	产量
	-95%

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023年阿富汗鸦片情况调查》，2023年8月。

示图 1 2023 年阿富汗各省罂粟种植面积和 2022 年至 2023 年各省罂粟种植面积的变化

	2023 年罂粟种植面积
	土库曼斯坦
	伊朗伊斯兰共和国
	乌兹别克斯坦
	塔吉克斯坦
	中国
	巴基斯坦
	印度
	巴尔赫 132 公顷
	巴达赫尚 1,573 公顷
	法里亚布 532 公顷
	萨尔普勒 318 公顷
	巴德吉斯 368 公顷
	拉格曼 434 公顷
	库纳尔 364 公顷
	古尔 647 公顷
	楠格哈尔 530 公顷
	法拉

	127 公顷
	乌鲁兹甘 647 公顷
	查布尔 882 公顷
	尼姆鲁兹 101 公顷
	赫尔曼德 142 公顷
	坎大哈 3,544 公顷
	省一级罂粟种植面积
	最高（超过 2,000 公顷）
	高（1,001-2,000 公顷）
	中等（501-1,000 公顷）
	低（101-500 公顷）
	被认为无罂粟
	国际疆界
	省界

	2022-2023 年罂粟种植面积的变化
	土库曼斯坦
	伊朗伊斯兰共和国
	乌兹别克斯坦
	塔吉克斯坦
	中国
	巴基斯坦
	印度
	巴尔赫 -97.1%
	巴达赫尚 -63.5%
	法里亚布 -92.3%
	萨尔普勒 -90.8%
	巴德吉斯 -97.4%
	拉格曼

	-60.6%
	库纳尔 -55.7%
	古尔 -63.7%
	楠格哈尔 -89.9%
	法拉 -99.2%
	乌鲁兹甘 -95.6%
	查布尔 -42.4%
	尼姆鲁兹 -95.8%
	赫尔曼德 -99.9%
	坎大哈 -87.9%
	变化情况
	无罂粟省
	中度减少（最高-50%）
	大幅减少（-50%至-75%）
	锐减（-75%至-95%）
	最大降幅（超过-95%）
	国际疆界
	省界

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。图中虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023年阿富汗鸦片情况调查》，2023年8月。

随后给了两个月的宽限期，这使 2022 年的收成几乎不受禁令的影响，但到 2023 年收获前，由于禁令全面生效，全国各地的罂粟种植和鸦片产量急剧下降。全国罂粟种植面积减少了 95%，减少至共计 10,800 公顷，这表明农民基本上遵守了这项禁令。由于没有迹象表明每公顷产量发生重大变化，鸦片产量估计也减少了 95%，从 2022 年的 6,200 吨降至 2023 年的 333 吨。这一下降幅度大于塔利班在 2000-2001 年第一次实施鸦片禁令后的下降幅度。

除了罂粟种植田的数量急剧减少外，其余罂粟田的平均面积也大幅减少（减少 36%），从 2022 年的 0.36 公顷减少到 2023 年的 0.23 公顷。²⁶

遥感数据和实地报告表明，2023 年罂粟种植转移到了更偏远和隐蔽的地点，包括庭院和其他封闭区域，隐藏在视线之外。农民这样做可能是为了避免铲除罂粟和消除其他潜在影响。此外，一些农民可能试图将铲除的风险分散到多块较小的田地。²⁷

在编写本报告时，要对 2024 年阿富汗鸦片产量趋势作出可靠的估计还为时过早。然而，我们收到了一些传闻，称阿富汗农民试图在 2024 年种植比前一年更多的罂粟。²⁸ 还有报道称，2024 年 2 月和 3 月，全国各地的罂粟铲除力度有所加大。²⁹

这方面的初步信息远未表明阿富汗的鸦片种植面积和产量已恢复到 2023 年前的水平，而是表明该国目前的鸦片产量仍处于较低水平，尽管可能略高于 2023 年。由于鸦片产量不足和投机，鸦片价格飞涨，一些农民将冒着规避禁令的风险在 2024 年重新种植鸦片，这并非不可思议。在 2022 年和 2023 年价格大幅上涨后，干鸦片的贸易价格在 2024 年趋于稳定，甚至略有下降，从 2023 年 12 月的每千克 802 美元的峰值降至 2024 年 1 月和 2 月的略高于 700 美元，³⁰但仍比 2021 年 8 月之前高出许多倍，当时一直低于每千克 100 美元。

然而，必须强调的是，在撰写本报告时，上述所有趋势指标仍是初步的，因此，2024 年晚些时候获得更可靠的信息后，这些趋势指标可能会发生变化。

图 4 2022 年和 2023 年阿富汗罂粟田面积

	田地面积（公顷）
	0.9
	0.8
	0.7
	0.6
	0.5
	0.4
	0.3
	0.2
	0.1

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》，2023 年 8 月。

注：须线显示每年的田地面积范围。共有 50% 的数值落在方框内，方框内的线表示中位数（50% 数值较大，50% 数值较小）。为清楚起见，图中省略了离群值。

2022 年阿富汗国内禁令的影响

一个已然贫困的国家的经济损失

尽管从 2022 年 5 月至 2023 年 5 月，鸦片价格上涨了 60% 以上，从 2021 年 7 月至 2023 年 12 月上漲了 9 倍多，³¹ 阿富汗鸦片产量下降意味着，从 2022 年到 2023 年，农民从鸦片生产中获得的总收入下降了 92%。³² 罂粟种植的减少主要是由于小麦和其他谷物的种植面积有所增加，其他作物的种植也有所增加，但程度要小得多，但这只是略微减少了收入的总体损失。

2023 年，阿富汗农村地区因不种植罂粟而造成的总体经济损失估计达 12.5 亿美元。在法拉、赫尔曼德、坎大哈和楠格哈尔四省，2022 年近 75% 的非法罂粟种植出现在这些省份，2023 年农民因从鸦片转向小麦而损失了约 10 亿美元。³³

农民收入下降是在相当脆弱的经济形势下发生的。尽管粮食作物的种植有所增加，但一些农民采取消极的应对机制，如出售资产，包括土地、牲畜和机械，³⁴与禁令前一样，鸦片收入主要用于购买食品、支付医疗费用和偿还债务。据媒体报道，迄今为止，因抵制2022年禁令而引发零星激烈冲突，有些导致伤亡，^{35, 36, 37}但随着储蓄和消极应对机制的耗尽，加上鸦片价格历史企高，暴力可能蔓延，造成不稳定，加重基本人道主义需求并阻碍发展努力。

2023年国内生产总值的最终估计数尚未公布，但初步评估报告显示，2023年人均国内生产总值可能继续萎缩。^{38, 39, 40}此外，2023年10月发生的几次强震^{41, 42, 43}以及从邻国遣返没有有效证件的阿富汗难民，^{44, 45}使经济形势恶化，到2024年1月中旬，已有50多万阿富汗难民离开巴基斯坦，⁴⁶这可能会使阿富汗本已很高的失业率和贫困率雪上加霜。⁴⁷

转向制造甲基苯丙胺？

塔利班接管政权之际，甲基苯丙胺制造在阿富汗蓬勃发展。阿富汗及其邻国的甲基苯丙胺缉获量从2017年的约2.5吨增加到2021年的29.7吨，其中来自阿富汗的份额呈增长态势。在阿富汗，年缉获总量从2019年的不到100千克迅速上升到2021年的近2,700千克，这表明产量增加，⁴⁸尽管与东南亚和北美国家相比，该国的甲基苯丙胺行业总体规模似乎仍然较小。⁴⁹

与鸦片和海洛因不同的是，不可能准确估计甲基苯丙胺的生产规模，这使得了解这种毒品的制造趋势更具挑战性。缉获量数据并不全面，可能往往更多地反映执法能力而不是实际供应量，但如果对各国的缉获量进行分析并结合其他指标，则有助于确定可能的趋势。2019年至2023年第一季度在阿富汗及其周边地区的缉获量表明，该国的甲基苯丙胺制造量有所扩大。2019年至2022年期间，非洲、亚洲和欧洲共有17个国家报告缉获了源自阿富汗的甲基苯丙胺。⁵⁰特别是，伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦报告称，近年来在其境内缉获的甲基苯丙胺大多数来自阿富汗。^{51, 52}

阿富汗周边西南亚国家缉获甲基苯丙胺的趋势可被视为反映阿富汗的毒品制造趋势，但这并不表明该国2022年的禁令产生了很大影响。伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦报告的甲基苯丙胺缉获量在2022年持续增加，尽管阿富汗的缉获量有所下降。⁵³然而，尚不完全清楚这是由于产量下降、为避免被发现而搬迁制造点还是执法重点减少。

麻黄属植物生长在野外，其所含的麻黄碱可用作制造甲基苯丙胺的廉价前体，⁵⁴但它并非唯一可用的前体物质。其他是从感冒药中提取的麻黄碱，或从药品供应链转移的高纯度散装麻黄碱。⁵⁵对阿富汗制造甲基苯丙胺可能使用的前体的成本和收益的分析表明，如果继续大规模生产，麻黄属植物不太可能仍然是阿富汗及其周边地区贩运甲基苯丙胺的主要来源。然而，成本只是制造商决策过程中的一个因素而已，供应的季节性变化和被发现的风险也可能发挥作用。⁵⁶

塔利班于2023年9月中旬关闭了法拉省的Abdul Wadood集市，据报该集市是销售野生大麻的主要中心之一，当局还对周围的麻黄素加工点和全国各地的甲基苯丙胺加工点采取行动，并阻止收获大麻，特别是在巴米扬、赫拉特、古尔、萨尔普勒、乌鲁兹甘和法里亚布，⁵⁷表明该国有意愿阻止制造甲基苯丙胺。⁵⁸

示图 2 2020年1月至2023年10月西南亚及其邻近次区域甲基苯丙胺单次大量缉获情况

	亚美尼亚
	阿塞拜疆
	土耳其
	伊拉克
	科威特

	沙特阿拉伯
	也门
	伊朗伊斯兰共和国
	卡塔尔
	阿拉伯联合酋长国
	阿曼
	乌兹别克斯坦
	吉尔吉斯斯坦
	塔吉克斯坦
	阿富汗
	巴基斯坦
	查谟和克什米尔
	印度
	斯里兰卡
	马尔代夫
	2020年1月至2023年10月甲基苯丙胺缉获量（千克）
	<1
	>1-10
	>10-100
	>100-1,000
	>1,000-2,550
	未列入分析/数据不详

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。图中虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

图 5 2005-2023 年东南亚甲基苯丙胺缉获量

	2005-2023 年东南亚
	千克当量
	45,000
	40,000
	35,000
	30,000
	25,000
	20,000
	15,000

	10,000
	5,000
	阿富汗
	巴基斯坦（2022 年估计数，基于 2022 年数据）
	巴基斯坦（2005-2022 年）
	伊朗伊斯兰共和国
	东南亚
	2013-2023 年阿富汗
	千克当量
	3,500
	3,000
	2,500
	2,000
	1,500
	1,000
	500
	阿富汗
	趋势

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》，2023 年 8 月。

阿富汗事实上的管辖当局报告的甲基苯丙胺缉获量在 2023 年增加了一倍多，达到 3.3 吨，创历史新高。⁵⁹ 与此同时，有迹象表明，在比过去更孤立的地区，甲基苯丙胺的制造仍在持续，⁶⁰ 从阿富汗走私甲基苯丙胺的活动也在继续。⁶¹

高纯度甲基苯丙胺可能是用前体化学品而不是麻黄属植物制造的，⁶² 在该国外部报告的高纯度甲基苯丙胺日益增多。伊朗伊斯兰共和国是阿富汗甲基苯丙胺的主要过境国之一，报告称，2023 年，通过其领土非法贩运源自阿富汗的高纯度甲基苯丙胺的事件越来越多。⁶³ 与此同时，有报告称，在近年来阿富汗甲基苯丙胺的主要目的地南部非洲，阿富汗甲基苯丙胺的质量有所提高，可与来自墨西哥、尼日利亚以及东亚和东南亚的甲基苯丙胺的质量相媲美。⁶⁴

2023 年，伊朗伊斯兰共和国的甲基苯丙胺缉获量持续增加，从 2021 年的全国最高纪录 25 吨和 2022 年的 30 吨⁶⁵ 增加到 2023 年新的纪录 37 吨⁶⁶，超过了东南亚 2022 年甲基苯丙胺的缉获总量。毒品主要在该国东部靠近阿富汗边境的地方被截获。⁶⁷ 就巴基斯坦而言，对甲基苯丙胺重大缉获事件的分析也显示，2023 年缉获量显著增加。⁶⁸

对 2020-2021 年和 2022-2023 年期间（毒品禁令之前和之后）阿富汗邻国报告的甲基苯丙胺单次重大缉获量的分析显示，缉获模式没有发生任何重大变化。在显然表明为阿富汗来源模式的国家，单次缉获的甲基苯丙胺同样表明毒品禁令后缉获量持续增加。因此，到目前为止，阿富汗境内对甲基苯丙胺制造实施的毒品禁令在阿富汗境外的总体影响似乎非常有限。在可能与东南亚秘密制造甲基苯丙胺有关的所有甲基苯丙胺缉获量中，⁶⁹ 海上（印度洋、阿拉伯海和阿曼湾）单次缉获的大量甲基苯丙胺的总体比例从 2020 年的 8% 上升到 2022 年的 13% 和 2023 年的 18%，显然表明近年来甲基苯丙胺的海上贩运活动增多。⁷⁰

然而，仍然难以确定阿富汗境外缉获的甲基苯丙胺数量不断增加在多大程度上与该国内制造的甲基苯丙胺有关，以及阿富汗的甲基苯丙胺出口是否因此继续增加。

在阿富汗，2022年毒品禁令和鸦片产量大幅减少对甲基苯丙胺生产的影响仍有待观察。继续执行对甲基苯丙胺的禁令最终可能有助于减少甲基苯丙胺的贩运，但也可能导致甲基苯丙胺的制造转移到该区域的其他国家，特别是前体化学品更容易获得的国家。

示图 3 2020-2023 年西南亚及其邻近次区域（不包括阿富汗）甲基苯丙胺的单个大规模缉获情况

	2020 年 1 月至 2021 年 12 月
	亚美尼亚
	阿塞拜疆
	土耳其
	伊拉克
	科威特
	沙特阿拉伯
	也门
	伊朗伊斯兰共和国
	卡塔尔
	阿拉伯联合酋长国
	阿曼
	乌兹别克斯坦
	吉尔吉斯斯坦
	塔吉克斯坦
	阿富汗
	巴基斯坦
	查谟和克什米尔
	印度
	斯里兰卡
	马尔代夫
	2020 年 1 月至 2021 年 12 月甲基苯丙胺缉获量（千克）
	≤ 1
	>1-10
	>10-100
	>100-1,000
	>1,000-2,550
	未列入分析/数据不详
	2022 年 1 月至 2023 年 10 月

	亚美尼亚
	阿塞拜疆
	土耳其
	伊拉克
	科威特
	沙特阿拉伯
	也门
	伊朗伊斯兰共和国
	卡塔尔
	阿拉伯联合酋长国
	阿曼
	乌兹别克斯坦
	吉尔吉斯斯坦
	塔吉克斯坦
	阿富汗
	巴基斯坦
	查谟和克什米尔
	印度
	斯里兰卡
	马尔代夫
	2022年1月至2023年10月甲基苯丙胺缉获量（千克）
	≤ 1
	>1-10
	>10-100
	>100-1,000
	>1,000-2,526
	未列入分析/数据不详

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。图中虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

图 6 2020-2023 年西南亚、中亚和阿曼湾重大缉获事件中甲基苯丙胺缉获量的趋势

	缉获量，编入索引（2020年第一季度=100）
	第一季度
	第二季度
	第三季度

	第四季度
	东南亚、中亚和阿曼湾缉获的甲基苯丙胺
	塔利班接管政权
	毒品禁令
	甲基苯丙胺——趋势

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：由于报告仍在编写中，有关 2023 年第四季度甲基苯丙胺单次重大缉获量的数据可能仍不完整。

2022 年禁令的影响：谁受益，谁蒙受损失？

种植罂粟的农民最初从塔利班接管政权和 2022 年宣布的鸦片禁令中受益匪浅。2022 年的鸦片收成略少于 2021 年，但鸦片价格迅速上涨，因此农民从鸦片销售中获得的总收入增加了两倍多，从 2021 年的 4.25 亿美元增加到 2022 年的 13.6 亿美元，相当于该国整体国内生产总值的 9%。就该国的农业国内生产总值而言，鸦片生产价值从 2021 年的 9% 增加到 2022 年的 29%。⁷¹ 同样，2021 年阿富汗鸦片和海洛因出口的总收入为 17 亿至 25 亿美元⁷²（占整体国内生产总值的 12% 至 18%）⁷³，2022 年再次增长。⁷⁴

2023 年，尽管鸦片价格进一步上涨，但由于罂粟种植实际减少，按农场收购价值计算的鸦片销售总收入下降了 92%，从 13.6 亿美元降至 1.1 亿美元，与 2018-2021 年期间的平均收入相比下降了 75%。⁷⁵ 大多数种植鸦片的农民随后转而种植小麦，损失惨重。2023 年，小麦每公顷收入为 770 美元，比罂粟每公顷收入（10,000 美元）低约 92%。^{76,77}

一些农民可能出售以前收获的鸦片，并从价格上涨中获益。然而，根据以往的研究，农民可能并未有大量库存，因为农民通常在当年内⁷⁸ 就出售了收获的大约 80% 的鸦片，以满足购买食品、支付医疗费用或债务偿还等基本需求。⁷⁹ 因此，由于非法种植急剧减少导致价格大幅上涨，供应链上有鸦片库存的贩运者可能从中获益最多。初步缉获数据表明，阿富汗贸易商在 2023 年出口了大量鸦片，可能是为了清除库存并从极高的价格中获益。⁸⁰

图 7 2005 年 1 月至 2023 年 12 月（调整至 2023 年 12 月）阿富汗农场收购的干鸦片每月价格，以每千克不变价格计（美元）

	以每千克不变价格计（美元）
	2010 年歉收导致 2011 年价格上涨
	2015 年的低产量导致 2016 年价格高
	由于 2017 年鸦片产量高，价格下降
	2021 年 8 月中旬价格企高（塔利班接管政权）
	2022 年 4 月宣布鸦片种植禁令
	2023 年实施罂粟禁令

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。毒品和犯罪问题办公室，价格监测系统；和美国劳工统计局，所有城市消费者的居民消费价格指数（CPI-U）。

图 8 2008-2023 年农民将收获的鸦片出售给贸易商的收入估计数

	（百万美元）
	1,800
	1,600
	1,400
	1,200
	1,000
	800
	600
	400
	200
	最佳估计
	下限
	上限

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。

注：农民收入按鸦片收获期平均销售价格计算。

图 9 2023 年在法拉、赫尔曼德、坎大哈和楠格哈尔之前的罂粟田地种植的作物

	罂粟（100%）
	罂粟，3%
	谷物，68.4%
	休耕，10.8%
	夏季作物，15.1%
	多年生作物和其他一年生作物，2.6%

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。

了解谁从甲基苯丙胺制造的变化中受益，谁蒙受损失，更具有挑战性。鸦片生产可能涉及数十万农民和鸦片收获者，与之相比，阿富汗甲基苯丙胺行业的劳动力主要包括收集野生麻黄属植物的劳动者（这项工作非常耗时），⁸¹而随后这种毒品的制造，同其他合成毒品一样，需要的人更少。⁸²因此，甲基苯丙胺生产变化产生的影响可能不会波及大型社区，而是更多局限于少数人中。

对阿富汗毒品使用的影响

鸦片和甲基苯丙胺生产的变化也可能影响到阿富汗的国内市场。在过去十年中，毒品使用已经多样化，在年轻人中，使用合成毒品的比例高于使用阿片剂的比例。^{83, 84}在不同的评估以及在阿富汗接受吸毒病症治疗的人群中，报告使用甲基苯丙胺等合成毒品的事件越来越多。^{85, 86, 87, 88}

该国最近一次毒品使用调查是 2018 年对 13-18 岁的中学生进行的调查。约 12% 的人（14% 的男童和 8.5% 的女童）报告过去 12 个月中曾至少使用过任何药物（包括酒精）。⁸⁹与许多其他国家不同的是，在城市和农村地区，13-18 岁人群毒品使用的程度并没有显著差异。据报告，男童使用大麻、海洛因和鸦片的频率高于女童，而镇静剂或药用阿片类药物的使用数量相当。在青少年中，过去一年甲基苯丙胺和“K”片的使用情况与海洛因的使用水平相同。总体而言，1.3% 的学生报告吸食过海洛因，同样比例的学生报告曾使用过甲基苯丙胺，1.8% 的学生报告曾服用“K”片。

对 2020 年 9 月至 2021 年 3 月期间在阿富汗收集的 500 多份“K”片样本进行的分析显示，存在 26 种不同的物质，但在大多数分析样本中（74%）发现了甲基苯丙胺，要么作为主要物质（42%），要么与阿片类药物（主要是海洛因或曲马多；32%）结合使用，主要含有摇头丸的药物比例较小（23%）。⁹⁰

阿片剂供应量的急剧减少可能会推动对其他可能更强效的合成阿片类药物的需求增加，特别是在支持康复的循证治疗服务不能广泛提供的情况下。甲基苯丙胺供应的变化也可能导致其他兴奋剂物质使用增多。

2022 年禁令对阿富汗境外的影响

截至 2022 年，全球非法鸦片产量大部分来自阿富汗，往往超过 80%。因此，2022 年 4 月毒品禁令的执行如果长期持续下去，可能会对阿片剂的全球供应和由阿富汗阿片剂供应的市场上的阿片剂需求产生重大影响。据估计，2021 年全世界所有阿片剂使用者中约 80% 消费的阿片剂来自阿富汗，⁹¹他们大多位于非洲、亚洲（东亚和东南亚除外）、欧洲和北美的一个地区（加拿大）。

关于过境国阿片剂贩运情况及其在主要消费市场的非医疗用途的最新综合数据，可以提供关于阿富汗鸦片禁令的影响的信息，但目前还没有这些数据。

示图 4 2018-2022 年消费市场中已确定的阿片剂主要来源国

	鸦片生产——阿富汗
	阿片剂的主要来源国是阿富汗
	鸦片生产——缅甸
	鸦片生产——老挝人民民主共和国
	阿片剂的主要来源国是缅甸
	鸦片生产——美洲
	阿片剂的主要来源国是墨西哥/哥伦比亚
	数据不详

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。苏丹共和国与南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。图中标虚线大致代表印度与巴基斯坦所商定的查谟和克什米尔控制线。查谟和克什米尔的最终地位尚未得到双方同意。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府之间在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权归属上存在着争端。

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；和毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

[解说栏开始

2000 年塔利班第一次鸦片禁令及其后果

2000 年 7 月 27 日，塔利班最高领导人颁布法令，全面禁止在阿富汗种植罂粟，该法令立即生效，并影响了 2001 年的收获季节。^a因此，阿富汗的鸦片产量下降了 94%，从 2000 年的 3,276 吨下降到 2001 年的 185 吨。阿富汗剩余的鸦片生产大多来自当时由北方联盟控制的地区。^b然而，塔利班的鸦片禁令持续不长，第二年鸦片产量开始再次攀升。^c

东南亚、中亚和土耳其的鸦片缉获量在 2001 年前三个季度下降了一半，而海洛因缉获量基本保持稳定，这表明在供应链上有阿片剂库存。^b然而，阿富汗鸦片价格对禁令立即作出反应，在一年内上涨了十倍多，从 2000 年四五月份的每千克 28 美元上涨到 2001 年 4 月的每千克 300 美元，然后在 2001 年 9 月 11 日前的一周进一步上涨到每千克 700 美元左右。^b邻国的价格也有所上涨，尽管幅度较小。2001 年初至 2002 年年中，伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦和塔吉克斯坦的鸦片价格上涨了五到六倍，而海洛因价格上涨了 2.5 到 4 倍。^d相比之下，西欧的海洛因价格并没有因阿富汗价格上涨受到太大影响；2001 年批发价格继续下降（约 10%），2002 年保持稳定，但据报告，从 2001 年开始，法国、土耳其和大不列颠及北爱尔兰联合王国的海洛因纯度有所下降。^b在联合王国，2001 年第一季度至 2002 年年中，纯度调整的海洛因零售价格上涨了约 70%。^d

由于鸦片禁令持续时间短，价格上涨并没有持续很长时间。短缺对欧洲治疗需求和死亡的总体影响并不特别明显；^e除爱沙尼亚和芬兰外，该区域大多数市场似乎在最初的冲击后迅速恢复。^{f, g}

在离阿富汗较近的伊朗伊斯兰共和国，由于市场上鸦片短缺，一些鸦片使用者似乎转向了海洛因，其中一些人转向静脉注射，因为这被认为是一种更有效的施用方式，从而增加了血源性疾病传播的风险。^{f, h, i}

^a 联合国药物管制和预防犯罪办事处，《2001 年全球非法药物趋势》（纽约：药管防罪办事处关于毒品和犯罪的研究，2001 年）。

- b 联合国药物管制和预防犯罪办事处，《2002 年全球非法药物趋势》，药管防罪办事处关于毒品和犯罪的研究——统计数字（2002 年，纽约）。
- c William Byrd 和 Christopher Ward，《阿富汗毒品与发展动态》，18 卷（世界银行，社会发展文件，2004 年）。
- d Thomas Pietschmann，“海洛因市场定价行为”，《麻醉品公报》，第五十六卷，第 1 和 2 期（2004 年）。
- e 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。
- f 毒品和犯罪问题办公室，《2022 年世界毒品问题报告》，第三分册（2022 年，维也纳）。
- g Jonathan P. Caulkins 等，“波罗的海和北欧对塔利班第一个罂粟禁令的反应：对欧洲和今天合成阿片类药物的影响”，《国际药物政策杂志》，第 124 卷（2024 年 2 月 1 日）。
- h Afarin Rahimi-Movaghar 等，“伊朗转向注射吸毒：对定性和定量证据的系统性审查”，《国际药物政策杂志》，第 26 卷，第 9 期（2015 年 9 月），第 808-819 页。
- i Masoumeh Amin-Esmacili 等，“伊朗德黑兰注射毒品者的概况”，《伊朗医学学报》（2016 年），第 793-805 页。

解说栏结束]

虽然可以说，阿富汗和阿富汗主要贩运路线沿线⁹²的阿片剂库存可以减轻第一年鸦片禁令产生的影响，但这些库存的确切位置及其补偿 2023 年鸦片产量减少 95% 的能力仍不清楚。

2022 年，即塔利班接管政权一年之后，由阿富汗鸦片生产供应的国家缉获的阿片剂总量（以海洛因当量表示）下滑（与 2021 年相比下降了 30%），当时阿富汗的鸦片产量仍然处于高位。这是过去 30 年来最大的单年下降幅度，尽管并非所有国家和次区域都出现下降。⁹³

2022 年，阿富汗和受阿富汗阿片剂影响的许多其他国家和地区的海洛因缉获量比上一年大幅下降。不过，在西欧和中欧，海洛因缉获量仍然相当稳定，巴基斯坦报告的缉获量略有增加，阿拉伯联合酋长国报告的缉获量大幅增加。⁹⁴

很难解释这些变化，并确定它们是否反映出路线改变、供应量和贩运活动减少，或者贩运者预期 2022 年实施禁令且价格可能上涨，因而保留了库存。⁹⁵ 关于单次缉获量的数据表明，阿片剂的贩运正转向通过海路贩运。2010-2019 年期间，在运往西欧和中欧市场的船只上缉获的海洛因总占比为 32%，2021-2023 年期间这一比例增至 59%。⁹⁶ 另一方面，中亚和俄罗斯联邦的缉获量下降，这与世界该地区毒品市场的持续演变趋势一致，即使用合成毒品和新精神活性物质的人越来越多，而使用阿片剂的人越来越少。⁹⁷ 此外，2022 年东欧的缉获量大幅下降，这可能与乌克兰的武装冲突以及随后该区域贩运路线的调整有关。⁹⁸

2021-2022 年海洛因缉获量的变化

	增加
	阿拉伯联合酋长国+334%
	巴基斯坦+24%
	保持稳定
	西欧和中欧+1%
	下降
	近东和中东-6%

	非洲-18%
	南亚-20%
	伊朗-32%
	中亚和外高加索-42%
	阿富汗-47%
	东欧-58%
	东南欧-66%

图 10 2008-2023 年农民将收获的鸦片出售给贸易商的收入估计数

	鸦片产量（吨）
	10,000
	9,000
	8,000
	7,000
	6,000
	5,000
	4,000
	3,000
	2,000
	1,000
	海洛因缉获量（吨）
	阿富汗鸦片产量与阿富汗阿片剂相关的海洛因缉获量之间的相关系数：R=0.75
	波动性：阿富汗鸦片产量年增长率标准差：s=3.30
	与阿富汗阿片剂有关的海洛因缉获量：s=0.18
	阿富汗鸦片产量
	趋势——鸦片产量
	海洛因缉获量
	趋势——海洛因缉获量

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2023 年及以往年份阿富汗鸦片种植情况》；和毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复。

注：主要与阿富汗阿片剂有关的海洛因缉获量（根据年度报告调查表中的信息）是指在以下地区缉获的海洛因：(a) 东南亚及近东和中东；(b) 中亚和外高加索；(c) 南亚；(d) 非洲；和(e) 欧洲。

图 11 2019-2022 年主要由阿富汗阿片剂供应的区域/次区域的海洛因缉获量

	与阿富汗鸦片生产有关的海洛因缉获量（千克）
	100,000
	80,000

	60,000
	40,000
	20,000
	非洲
	中亚和外高加索
	南亚
	近东和中东/西南亚
	东欧
	东南欧
	西欧和中欧
	未报告国家的估计数

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。

图 12 2020-2023 年期间主要由阿富汗阿片剂供应的各区域/次区域每季度单次海洛因缉获量

	指数（2019 年第一季度=100）
	第一季度
	第二季度
	第三季度
	第四季度

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

图 13 2019-2023 年与阿富汗鸦片生产有关的海洛因缉获量分布情况，按海洛因单次重大缉获量报告

	分布情况
	非洲
	东欧
	东南欧
	西欧和中欧
	大洋和海洋
	中亚和外高加索
	南亚
	西南亚
	近东和中东

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：大洋和海洋包括阿曼湾、阿拉伯海和印度洋。

过去的缉获量数据表明，原产于阿富汗的阿片剂到达最终目的地国可能需要数月到一年半的时间，这取决于这些国家与阿富汗的距离和所使用的运输方式。因此，阿富汗鸦片

产量减少将导致东南亚在几个月内鸦片供应短缺，而西欧的目的地市场在陆路贩运的情况下可能需要长达一年（或稍长）的时间也会同样出现短缺现象。⁹⁹

尚无 2023 年的全球缉获量汇总数据，但关于海洛因单次缉获量的数据表明，2022 年大多数次区域的缉获量下降，2023 年这一现象将持续，中亚、外高加索和东欧除外，这些区域的单次缉获量增加。¹⁰⁰ 与大多数其他次区域的下降形成鲜明对比，尚不清楚这一增长是否表明贩运者一直试图通过北方路线（从阿富汗经中亚到东欧）偷运更多的阿片剂。

在编写本报告时，没有明显迹象表明西欧的大型目的地市场出现海洛因供应短缺迹象，但传闻表明，阿富汗鸦片产量下降可能已经造成了种种后果。

特别是硝氮类物质，这类合成阿片类药物几年前已经在美国¹⁰¹和西欧¹⁰²以及南美洲和大洋洲¹⁰³上市，似乎正在蔓延。¹⁰⁴ 一些硝氮类物质比芬太尼更有效，^{105, 106} 在西欧、中欧和北美造成了致命后果。¹⁰⁷ 自 2009 年以来，欧洲市场上共发现了 78 种新的不受管制的阿片类药物，其中包括 13 种强效苯并咪唑（硝氮类物质）阿片类药物。¹⁰⁸ 与此同时，近年来报道出现了越来越多的新硝氮类物质。在全球范围内，新的独特的硝氮类物质的数量现在正在接近芬太尼类似物的数量，¹⁰⁹ 而自 2021 年以来，欧洲报告的新的独特的硝氮类物质的数量一直高于芬太尼类似物的数量。¹¹⁰

据媒体消息，可能是由于爱尔兰当地市场上的海洛因供应减少，2023 年底，依托尼西平（*N*-吡咯烷基依托尼秦）¹¹¹ 和丙托吡尼秦（*N*-吡咯烷基丙托尼秦）开始在都柏林和科克的街道上作为海洛因出售，这导致了一波药物过量浪潮，^{112, 113} 2023 年 11 月和 12 月这两个城市共发生 77 例。¹¹⁴ 以前只有美国报告了大量与依托尼西平有关的用药过量事件，¹¹⁵ 加拿大也有报道（程度较小），¹¹⁶ 而比利时、斯洛文尼亚和英国也发现了这种情况。¹¹⁷

图 14 2012-2023 年全球一级向毒品和犯罪问题办公室预警信息库报告的独特芬太尼类似物和硝氮类物质的数目

	数目
	芬太尼类似物
	硝氮类物质

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，新精神活性物质预警信息库，硝氮类物质——一类新的合成阿片类药物出现（2024 年 2 月）。

注：2023 年的数据依旧为初步数据。

来自英国的报告表明，2023 年市场上出现了高效硝氮类物质。¹¹⁸ 由于这些物质是作为其他阿片类药物、苯二氮草类药物和合成大麻素等其他物质出售或与其他物质混合出售的，¹¹⁹ 许多使用者并不知道他们正在服用硝氮类物质，导致 2023 年 6 月 1 日至 12 月 7 日期间 54 人死亡。¹²⁰ 然而，截至 2023 年 12 月，国家打击犯罪局尚未发现证据表明目前与硝氮类物质有关的死亡浪潮与阿富汗鸦片禁令之间存在联系。尽管如此，国家打击犯罪局警告说，一旦现有的海洛因库存耗尽，今后具有致命后果的硝氮类物质仍有可能进一步扩散。¹²¹

来自波罗的海国家的数据还显示，使用硝氮类物质可迅速影响与毒品有关的死亡率趋势。自 2019 年以来，在爱沙尼亚发现了异硝氮烯，而自 2022 年以来，在毒品致死的尸检分析中越来越多地发现了其他硝氮类物质。初步数据显示，2023 年，爱沙尼亚 48% 的吸毒致死案例中已发现了硝氮类物质，其中大多数与原硝氮烯有关，其次是甲硝苯。¹²² 在拉脱维亚，2023 年，吸毒致死案例中涉及硝氮类物质的比例达 29%，主要与异硝氮烯的使用有关。¹²³

在伊朗伊斯兰共和国，由于贩运者实施将毒品出口到利润更高的国外市场的策略，海洛因的供应似乎开始下降，2023 年最后几个月，国内海洛因价格上涨。据传闻报告，这导致非法市场上对鸦片酊的需求持续增加，在伊朗伊斯兰共和国，鸦片酊被用作非官方形式的阿片类替代疗法。¹²⁴

2022 年禁令可能产生的长期影响

向其他国家供应阿片剂的变化

阿富汗鸦片产量减少，同一次区域或更远地区的其他地方的产量增加可以至少部分对此予以弥补，这些地方可能是已经在生产或过去曾经生产过鸦片的国家，也可能是由于叛乱或冲突而难以控制领土的国家。

例如，可能会发生一些转移，包括将种植从阿富汗东部转移到巴基斯坦部落地区的邻近地区。缅甸也可能出现鸦片产量增加的情况，一系列冲突正在影响该国的不同地区（见关于金三角的一章）。缅甸的鸦片产量已经从 2021 年的 423 吨增加到 2022 年的 790 吨和 2023 年的 1,080 吨，两年内增长了 2.5 倍。¹²⁵然而，这种产量增加不太可能在短期内填补阿富汗约 6,000 吨鸦片的短缺。

阿片剂需求的变化，包括转向其他毒品、海洛因纯度下降和治疗需求增加

阿富汗海洛因短缺对目的地国毒品使用模式的影响无法预测，可能因当地市场条件和提供戒毒治疗及其他服务的水平而异。对 2001 年阿富汗鸦片禁令对北欧国家的影响进行的分析表明，海洛因严重短缺导致转向使用不同的物质。例如，在爱沙尼亚，海洛因基本上被芬太尼及其衍生物所取代，在芬兰则被丁丙诺啡所取代。在挪威，2001 年前药物过量频发事件减少，与此同时，2001 年海洛因纯度下降，寻求美沙酮治疗增加，而甲基苯丙胺的使用相对增加。¹²⁶

海洛因短缺造成的一个可能后果是鸦片剂价格上涨，从而可能减少对海洛因的需求。阿富汗的鸦片和海洛因价格已经开始上涨，虽然鸦片价格在目的地海洛因销售价格中所占比例很小，但由于海洛因供应短缺，主要消费国的价格最终也可能上涨。

图 15 2021 年 1 月至 2023 年 12 月阿富汗全国鸦片和海洛因价格

	鸦片价格（美元/千克）
	1,200
	1,000
	800
	600
	400
	200
	海洛因价格（美元/千克）
	6,000
	5,000
	4,000
	3,000
	2,000

	1,000
	1 月
	3 月
	5 月
	7 月
	9 月
	11 月
	干鸦片价格（农民）
	海洛因价格（交易商，最佳质量）

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，价格监测系统。

价格上涨可能减少阿片剂消费，使其对新的使用者进入市场的吸引力降低，同时促使现有使用者减少消费或离开市场（例如，通过实施替代疗法，如果有的话）。¹²⁷2020 年对海洛因价格弹性的系统性审查（基于 1995 年至 2018 年在全球范围内进行的 19 项研究）发现，海洛因纯度调整价格上涨 10%，海洛因消费量平均将减少 9.4%（幅度：-2%至-21%）。¹²⁸

另一种可能的结果是吸毒者转向使用其他物质，因为全球市场日益复杂，而且许多地方都提供多种毒品，其中有些是阿片类药物等镇静剂或与阿片剂有类似作用的毒品。^{129, 130}可能替代海洛因的具体物质将取决于每个国家的供需动态，包括其在合法或非法市场上的供应情况。

示图 5 2020-2022 年可供医疗消费的美沙酮和丁丙诺啡的供应情况

	每百万居民统计学限定日剂量
	>10,000
	1,000-9,999
	100-999
	20-99
	1-19
	0
	数据不详
	阿片剂主要来源国并非阿富汗

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。苏丹共和国与南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。图中所标虚线大致代表印度与巴基斯坦所商定的查谟和克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府之间在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权归属上存在着争端。

资料来源：麻管局，《麻醉药品：2024 年全球估计需求量——2022 年统计数据》（E/INCB/2023/2）。

注：“统计学限定日剂量”是指麻管局定义的“为统计目的而确定的每日剂量”，是用于统计分析的“技术计量单位”，而非建议的每日处方剂量；实际使用剂量可能因所需治疗和医疗实践而各异。

在消费市场，特别是在零售一级，纯度水平也可能下降，贩运者往往试图通过添加掺加剂和掺杂物来弥补供应短缺。掺杂可能并不一定始终如此，使用者可能面临的是纯度和含量突然变化，这可能会导致过量甚至致命后果。¹³¹ 由于纯度下降，使用者也可能转向更有效的施用方式，如注射，¹³² 在没有安全注射做法的情况下，这可能会增加感染艾滋病毒/艾滋病或丙型肝炎等血源传播性疾病的风险。¹³³

消费市场上阿片剂短缺也可能导致对戒毒治疗，包括阿片类替代疗法的需求增加。关于可供消费的美沙酮和丁丙诺啡数量的数据表明，在西欧和中欧提供阿富汗阿片剂的许多国家以及伊朗伊斯兰共和国，阿片类替代疗法基本上可供使用，但在被用作阿富汗阿片剂过境国或目的地国的其他国家，阿片类替代疗法较少。¹³⁴

图 16 2019 年或有数据的最近一年西欧和中欧每年向注射毒品者分配的针头注射器数量和接受阿片类替代疗法的高风险吸毒者比例

	每年注射毒品者人均针头注射器数量
	2020 年世卫组织目标
	芬兰
	拉脱维亚
	立陶宛
	匈牙利
	塞浦路斯
	卢森堡
	挪威
	捷克
	比利时
	西班牙
	希腊
	法国
	葡萄牙
	克罗地亚
	接受阿片类替代疗法的高风险阿片类药物使用者 (百分比)

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，《2022 年世界毒品问题报告》，第二分册，毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复和欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲注射吸毒者病毒性肝炎消除进展情况晴雨表》。

图 17 2018-2022 年最先进的经合组织国家以外国家注射毒品者中针头注射器方案和接受阿片类激动剂维持治疗的覆盖率

	接受阿片类激动剂维持治疗的注射吸毒者的百分比
	马来西亚
	塞舌尔
	毛里求斯

	塞尔维亚
	捷克
	摩洛哥
	北马其顿
	格鲁吉亚
	越南
	缅甸
	印度
	孟加拉国
	塔吉克斯坦
	肯尼亚
	阿尔巴尼亚
	墨西哥
	乌克兰
	伊朗伊斯兰共和国
	爱沙尼亚
	塞内加尔
	泰国
	亚美尼亚
	摩尔多瓦共和国
	柬埔寨
	多哥
	白罗斯
	尼泊尔
	印度尼西亚
	阿塞拜疆
	南非
	哈萨克斯坦
	每年向注射毒品者分发的针头和注射器
	2025 年目标

资料来源：艾滋病规划署，“2023 年全球艾滋病监测”。

阿片剂短缺造成的最有问题的结果之一可能是从海洛因转向其他阿片类药物，其中一些可能更有效，从而导致比海洛因更有害的后果。¹³⁵ 这些物质可能从现有的合法或非法市场传播，也可能从无到有，爱尔兰的硝氮类物质就是这种情形。

在药用阿片类药物的非医疗用途比海洛因更为普遍的国家，海洛因短缺可能通过增加医疗药物的非医疗用途来弥补。例如，在位于阿富汗阿片剂出口南部路线（从阿富汗向东和向南至亚洲、非洲、欧洲和美洲）沿线的许多东非国家，海洛因的使用在该次区域似乎普遍相当有限，低于药用阿片类药物的使用。在肯尼亚，最新的全国住户调查（2022 年）数据显示，处方药的非医疗用途，包括苯二氮草类和阿片类药物等镇静剂（主要是可待因）的使用远比海洛因的使用广泛：在 15-64 岁的人口中，报告在其一生中用过非医疗

用途的人中，这一比例分别为 1.1%和 0.2%，而在年度和上个月的使用中，差异甚至更明显。¹³⁶

在西非大部分地区和中东部分地区，曲马多的非医疗用途已经非常广泛。¹³⁷ 海洛因的短缺很可能会导致对曲马多的需求进一步增加，尽管这种变化的幅度可能不是很大，因为海洛因的使用相当有限。例如，尼日利亚的一项全国毒品调查显示，2018年，15-64岁人口中有 4.7%滥用药用阿片类药物（主要是曲马多，其次是可待因），而使用海洛因的比例为 0.1%。¹³⁸

印度是全球最大的阿片类市场之一，¹³⁹ 在很大程度上由阿富汗阿片剂供应，在过去二十年中，药用阿片类药物的非医疗用途远超海洛因的使用，2018 年几乎与海洛因的使用持平（10-75 岁人口中，这一比例分别为 0.96%和 1.14%）。¹⁴⁰ 然而，尽管使用率相似，但报告的药用阿片类药物“问题使用”¹⁴¹（0.23%）远低于海洛因（0.57%）。¹⁴² 经常在印度境内贩运并用于非医疗目的的药用阿片类药物包括可待因（通常包含在咳嗽制剂中）、^{143, 144} 曲马多^{145, 146} 和丁丙诺啡。^{147, 148}

在主要使用海洛因的地方，供应冲击可能引发不同的反应。西欧和中欧就是这种情况，到目前为止，海洛因仍然是可供非医疗目的中最常用的阿片类，也是吸毒是造成大部分健康负担的原因所在。^{149, 150} 然而，也有例外，其他阿片类药物在一些国家的阿片类市场占据主导地位。¹⁵¹

实际上，在西欧和中欧，药用阿片类药物的非医疗用途不容忽视，其中一些可为弥补海洛因短缺奠定基础。在该次区域的一些国家，很大一部分（2018 年为 20-40%）接受治疗的阿片类药物使用者寻求吸毒病症治疗，这些吸毒病症与阿片类药物而非海洛因的非医疗用途有关：丁丙诺啡（捷克）、美沙酮（丹麦和德国）、“调和糖浆水”（波兰）和羟考酮（塞浦路斯）。¹⁵² 在德国、意大利、西班牙和联合王国进行的一项多指标分析评估了普通人群的滥用程度，发现 2015-2018 年期间滥用最多的药用阿片类药物是可待因，其次是曲马多、吗啡和羟考酮。¹⁵³

示图 6 2022 年（或有数据的最近一年）欧洲按国家分列的非医疗用途使用最多的阿片类药物

	毒品
	海洛因
	非医疗用途的药用阿片类药物
	丁丙诺啡（非医疗用途）
	阿片类药物新精神活性物质
	数据不详

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

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。

图 18 1985-2021 年欧洲联盟和联合王国与美国的毒品相关死亡人数

	毒品相关死亡人数
	100,000
	80,000
	60,000
	40,000

	20,000
	8,663
	2,762
	9,463
	5,488
	14,218
	6,535
	17,415
	7,730
	29,813
	6,556
	38,329
	6,823
	52,404
	8,248
	106,699
	91,799
	10,431
	10,751
	美国——所有毒品
	美国——阿片类药物
	美国——美沙酮以外的合成阿片类药物（主要是芬太尼）
	欧洲联盟和联合王国——所有毒品

资料来源：欧洲毒品和毒瘾监测中心，《统计公报》；毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复；国家药物和洗钱管制政策办公室；以及美国药物滥用问题研究所，药物过量死亡率。

注：2021年，在美国死于毒品过量使用的106,699人中，有80,411例（75%）与阿片类有关，其中大部分阿片类药物致死（接近88%）与滥用芬太尼及其类似物有关。在欧洲联盟，2021年所有过量致死案例中有74%与滥用阿片类药物有关。

此类物质对健康的危害可能比海洛因小，但新的、可能更有害的物质也可能进入市场，如芬太尼、¹⁵⁴ 硝氮类物质¹⁵⁵ 和已在世界上几个国家发现的各种其他阿片类新精神活性物质。¹⁵⁶ 北美当前阿片类危机的例子表明了这种转变的潜在风险，这场危机导致了与合成阿片类药物，特别是芬太尼有关的死亡人数创下历史新高。^{157, 158}

尽管导致北美^{159, 160} 当前阿片类危机发展的背景和初始条件可能未在其他次区域出现，但在过去由阿富汗阿片剂供应的市场上，非法阿片类药物市场上由供应驱动的变化也可能很快发生，导致合成阿片类药物占据主导地位，并造成短期和长期后果。

除了对健康的危害外，合成阿片类药物取代海洛因还可能严重影响毒品市场、贩毒行为体和贩毒路线。合成阿片类药物的生产可能比海洛因¹⁶¹ 更廉价、更快和更有利可图，并可为与巴尔干路线没有联系的新贩毒集团开辟机会，或导致老贩毒集团多样化和修改其供

应链。虽然这些变化可能只对零售分销产生轻微影响，但对批发和国际贩运的影响可能更大，并带来新的安全挑战。

注释和参考文献

- 1 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告：执行摘要》，2023年。
- 2 例如，见联合国毒品和犯罪问题办公室2021年《2019年阿富汗鸦片情况调查：社会经济调查报告：罂粟种植的驱动因素、原因和后果》。
- 3 2017年是自系统性监测开始以来鸦片收获量最大的一年，阿片剂经济（国内消费、制造和出口阿片剂获得的收入）的价值估计在41亿至66亿美元之间，占阿富汗国内生产总值的20%至32%。资料来源：毒品和犯罪问题办公室和阿富汗政府，《2017年阿富汗鸦片情况调查——对可持续发展、和平与安全的挑战》，2018年5月，第207页。
- 4 阿富汗政府，毒品和犯罪问题办公室，《2018年阿富汗鸦片情况调查——对可持续发展、和平与安全的挑战》，2019年。
- 5 毒品和犯罪问题办公室和阿富汗伊斯兰共和国，《2019年阿富汗鸦片情况调查——社会经济调查报告：罂粟种植的驱动因素、原因和后果》，2021年2月。
- 6 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告：在线部分》，2023年。
- 7 毒品和犯罪问题办公室，“了解阿富汗的非法甲基苯丙胺制造情况”，2023年8月。
- 8 世界银行，“世界发展指标数据库”，未注明日期。
- 9 开发计划署（联合国开发计划署），《2021-2022年人类发展报告》（2022年，纽约）。
- 10 开发计划署（联合国开发计划署），《2023年阿富汗社会经济展望》，2023年4月。
- 11 世界银行，“世界发展指标数据库”。
- 12 开发计划署（联合国开发计划署），《2023年阿富汗社会经济展望》。
- 13 开发计划署，《两年回顾：阿富汗经济、家庭和跨领域部门的变化》（2021年8月至2023年8月），2023年。
- 14 武装冲突地点和事件数据项目，“区域概览：南亚和阿富汗，2021年7月24日至30日（以及之前周/月/年）”，2021年8月5日。
- 15 武装冲突地点和事件数据项目，“区域概览：南亚和阿富汗，2021年9月18日至24日（以及随后的周/月/年）”，2021年9月29日。
- 16 武装冲突地点和事件数据项目，“ACLED数据库”，2023年12月。
- 17 开发计划署（联合国开发计划署），《2023年阿富汗社会经济展望》。
- 18 透明国际，“2020-2022年清廉指数”，未注明日期。
- 19 世界银行集团，“阿富汗私营部门快速调查——商业环境评估——第二轮”，2022年9月。
- 20 Mohammad Imran Khushal，“腐败及其对阿富汗人民的影响”，《现代外交》，2022年11月13日。
- 21 透明国际，“2023年清廉指数”，2024年1月30日。
- 22 开发计划署（联合国开发计划署），《2021-2022年人类发展报告》。
- 23 Heather Barr，“塔利班与全球对妇女权利的抵制”，《人权观察》，《乔治敦国际事务杂志》，2024年2月6日。
- 24 联合国妇女署亚洲及太平洋办事处，“联合国妇女署执行主任西玛·巴胡斯关于阿富汗的声明”，2023年8月16日。

- 25 阿富汗伊斯兰酋长国，司法部，“关于禁止种植罂粟的法令”，2022年4月5日（埃米尔阁下的法令、命令和指示，《官方公报》，第1432号（2023年5月22日））。
- 26 毒品和犯罪问题办公室，《2023年阿富汗鸦片情况调查》，2023年8月。
- 27 同上。
- 28 毒品和犯罪问题办公室，《阿富汗价格监测仪表盘中的实地报告》，2024年3月。
- 29 同上。
- 30 毒品和犯罪问题办公室，《阿富汗价格监测仪表盘》，2024年3月。
- 31 毒品和犯罪问题办公室，“价格监测系统”，未注明日期。
- 32 毒品和犯罪问题办公室，《2023年阿富汗鸦片情况调查》。
- 33 同上。
- 34 评估能力项目，“阿富汗——应对危机：与喀布尔省阿富汗家庭的对话”，2023年6月16日。
- 35 阿富汗伊斯兰酋长国发言人办公室，“Badashan 罂粟铲除运动——任命调查悲惨事件的委员会/代表团”，2024年5月4日。
- 36 阿里亚纳通讯社，“阿富汗伊斯兰酋长国针对巴达赫尚抗议活动成立了代表团 | 阿里亚纳通讯社”，2024年5月5日。
- 37 Yogita Limaye，“塔利班的毒品战争内部——鸦片罂粟作物被砍”，英国广播公司新闻，2023年6月6日。
- 38 开发计划署（联合国开发计划署），《2023年阿富汗社会经济展望》。
- 39 世界银行和阿富汗未来，“阿富汗发展最新情况——短暂稳定后的不确定性”，2023年10月。
- 40 开发计划署，《两年回顾：阿富汗经济、家庭和跨领域部门的变化》（2021年8月至2023年8月）。
- 41 Masoud Popalzai Chen Heather，“超过2,000人在阿富汗西部地震中丧生”，美国有线电视新闻网，2023年10月8日。
- 42 Christina Goldbaum 和 Yaqoob Akbary，“致命地震发生几天后，又一场强震袭击了阿富汗”，《纽约时报》，2023年10月11日，第2栏，世界。
- 43 半岛电视台，“阿富汗赫拉特地区再次发生地震”，2023年10月15日。
- 44 Caroline Gluck，“从巴基斯坦被迫返回加剧了阿富汗的人道主义危机”，联合国难民署，2023年11月17日。
- 45 Philippa Candler，“联合国难民署关注巴基斯坦命令无证外国人离境的不利影响”，联合国难民署，2023年11月21日。
- 46 国际移民组织，“阿富汗边境形势报告——联合会紧急边境行动，2027年1月14日至27日”，2024年2月5日。
- 47 Caroline Gluck，“从巴基斯坦被迫返回加剧了阿富汗的人道主义危机”。
- 48 毒品和犯罪问题办公室，“了解阿富汗的非法甲基苯丙胺制造情况”。
- 49 2021年，阿富汗的甲基苯丙胺缉获量达到顶峰，仅占全球甲基苯丙胺缉获量的0.7%（毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查表的答复）。
- 50 毒品和犯罪问题办公室，“了解阿富汗的非法甲基苯丙胺制造情况”。
- 51 毒品和犯罪问题办公室，“对年度报告调查表的答复”，未注明日期。
- 52 毒品和犯罪问题办公室，“毒品监测平台”，未注明日期。

- 53 毒品和犯罪问题办公室，“对年度报告调查表的答复”。
- 54 毒品和犯罪问题办公室，“2021 年阿富汗的毒品形势：最新调查结果和新出现的威胁”，2021 年 11 月。
- 55 毒品和犯罪问题办公室，“了解阿富汗的非法甲基苯丙胺制造情况”。
- 56 同上。
- 57 Alcis，“真正前所未有的：塔利班毒品禁令”，Alcis，2023 年 6 月 6 日。
- 58 Alcis，“压力下的行业和人口：塔利班统治下的甲基苯丙胺生产”，2023 年 12 月 11 日。
- 59 阿富汗事实上的管辖当局禁毒部副部长，“2021-2023 年阿富汗毒品和前体缉获情况”，未注明日期。
- 60 Alcis，“压力下的行业和人口：塔利班统治下的甲基苯丙胺生产”。
- 61 毒品和犯罪问题办公室，“毒品监测平台”，未注明日期。
- 62 如果没有详细的化学专门知识，似乎很难从麻黄属植物中制造出高纯度甲基苯丙胺，而从合成麻黄碱或伪麻黄碱中制造甲基苯丙胺似乎相对容易。
- 63 药物管制协调股办公室、伊朗伊斯兰共和国、麻醉药品委员会第六十七届会议，会外活动“了解西亚和中亚不断变化的非法药物贩运趋势，并通过能力建设干预措施制定循证、量身定制和积极主动的应对措施”，2024 年 3 月 22 日。
- 64 Jacon Eligh，“全球合成毒品市场——现在和未来”。
- 65 毒品和犯罪问题办公室，“对年度报告调查表的答复”。
- 66 “伊朗伊斯兰共和国药物管制协调股办公室致毒品和犯罪问题办公室的信函，2024 年 1 月 10 日”，未注明日期。
- 67 药物管制协调股办公室、伊朗伊斯兰共和国、麻醉药品委员会第六十七届会议，会外活动“了解西亚和中亚不断变化的非法药物贩运趋势，并通过能力建设干预措施制定循证、量身定制和积极主动的应对措施”。
- 68 毒品和犯罪问题办公室，“毒品监测平台”，未注明日期。
- 69 其中包括在西南亚、中亚和外高加索、近东和中东、东南欧、南部非洲、南亚、阿曼湾、阿拉伯海和印度洋缉获的甲基苯丙胺。
- 70 同上。
- 71 毒品和犯罪问题办公室，“阿富汗的鸦片种植：最新调查结果和新出现的威胁”，2022 年 11 月。
- 72 毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。
- 73 该计算基于世界银行报告的 2021 年阿富汗国内生产总值 142.665 亿美元（现值）（世界银行，国民账户数据，国内生产总值（现值美元））。
- 74 毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。
- 75 同上。
- 76 同上。
- 77 即使鸦片生产的额外投入（劳动力、杀虫剂、化肥等）仍然存在巨大差异也被考虑在内。
- 78 毒品和犯罪问题办公室与阿富汗伊斯兰共和国，“毒品和犯罪问题办公室，《2019 年阿富汗鸦片情况调查：社会经济调查报告，罂粟种植的驱动因素、原因和后果》”，2021 年 2 月。
- 79 毒品和犯罪问题办公室，《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。

- 80 同上。
- 81 毒品和犯罪问题办公室，“了解阿富汗的非法甲基苯丙胺制造情况”。
- 82 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告：当代毒品问题分册》，2023年。
- 83 毒品和犯罪问题办公室和阿富汗伊斯兰共和国，《2018年阿富汗青年毒品使用与健康情况研究》，2021年4月。
- 84 毒品和犯罪问题办公室目前正在评估阿富汗的毒品使用情况，包括高风险毒品使用和毒品使用流行率。结果将于2024年晚些时候公布。
- 85 全球合成毒品监测：分析、报告和趋势方案，《阿富汗合成毒品形势评估》（毒品和犯罪问题办公室，2017年）。
- 86 Abdul Suboar Mamand 和 Hendrée E. Jones，“阿富汗妇女和儿童的毒品使用情况：一个重要的公共卫生问题的复杂性”，《HSOA 成瘾和成瘾症杂志》，第7卷，第1期（2020年1月31日）。
- 87 Dave Bewley-Taylor、Ross Eventon 和 Mat Southwell，“糟糕变得更糟糕？阿富汗毒品使用和治疗情况”，《政策简报》，第19卷（全球药物政策观察站，斯旺西大学，2023年3月）。
- 88 Nasar Ahmad Shayan 等，“阿富汗赫拉特毒品使用的流行病学情况”，《成瘾与健康》，第14卷，第2期（2022年4月）：第68-77页。
- 89 毒品和犯罪问题办公室和阿富汗伊斯兰共和国，《2018年阿富汗青年毒品使用与健康情况研究》。
- 90 毒品和犯罪问题办公室，“阿富汗的‘K片’——从法医视角洞察新兴合成毒品市场”，《全球综合监测：分析、报告和趋势方案更新》，2022年。
- 91 毒品和犯罪问题办公室，“对年度报告调查表的答复”。
- 92 对过去三十年数据的分析表明，阿富汗的鸦片产量与阿富汗贩运路线沿线的海洛因缉获量之间存在正相关关系。这些数据还表明，阿富汗鸦片年产量的波动性远远大于相关海洛因缉获量的波动性，这表明贩运路线沿线可能有库存，可确保海洛因从阿富汗顺利供应到目的地市场。
- 93 毒品和犯罪问题办公室，“对年度报告调查表的答复”。
- 94 同上。
- 95 土耳其国家警察局，禁毒部，《2023年土耳其毒品问题报告》（2023年，安卡拉）。
- 96 毒品和犯罪问题办公室，“毒品监测平台”，未注明日期。
- 97 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告：特别要点》，2023年。
- 98 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告：当代毒品问题分册》。
- 99 毒品和犯罪问题办公室，《2022年世界毒品问题报告》，第三分册，2022年。
- 100 毒品和犯罪问题办公室，“毒品监测平台”，未注明日期。
- 101 Alex J. Krotulski 等，“新的高效合成阿片类药物 N-吡咯烷基依托尼秦（依托尼西平）与美国各地的药物过量使用有关”，国家司法研究所（NIJ）；美国法医科学研究和教育中心，国家刑事司法（NCJ）线上图书馆文章编号：307414（2021年）。
- 102 Isabelle Giraudon、Katri Abel-Ollo、Diāna Vanaga-Arāja、Peter Heudtlass、Paul Griffiths，“评论：硝氮类物质对欧洲公共卫生的威胁越来越大”第9卷，第2期（2024年2月）。
- 103 毒品和犯罪问题办公室新精神活性物质预警信息库，“硝氮类物质——一组新的合成阿片类药物出现”，2024年2月。
- 104 同上。

- 105 Adam Holland、Caroline S Copeland、Gilian W Shorter、Dea J Connolly、Alice Wiseman、John Mooney, “评论: 硝氮类物质——预示着英国毒品相关死亡危机的第二波浪潮? ”, 《柳叶刀·公共卫生》, 第9卷, 第2期(2024年2月)。
- 106 世界卫生组织, 药物依赖问题专家委员会, “关键审查报告: 依托尼西平(*N*-吡咯烷基依托尼秦)”(2022年10月10日, 日内瓦)。
- 107 Adam Holland、Caroline S Copeland、Gilian W Shorter、Dea J Connolly、Alice Wiseman、John Mooney, “评论: 硝氮类物质——预示着英国毒品相关死亡危机的第二波浪潮?”
- 108 Paul N. Griffiths 等, “阿片类问题正在欧洲发生变化, 令人担忧的信号表明合成阿片类药物可能在未来发挥更重要的作用”, 《成瘾》, 2023年12月21日。
- 109 毒品和犯罪问题办公室新精神活性物质预警信息库, “硝氮类物质——一组新的合成阿片类药物出现”。
- 110 同上。
- 111 世界卫生组织, 药物依赖问题专家委员会, “关键审查报告: 依托尼西平(*N*-吡咯烷基依托尼秦)”。
- 112 Conor Pope, “检测发现海洛因批次中含有‘危险’合成阿片类药物, 导致过去48小时内发现44起服药过量事件”, 《爱尔兰时报》, 2023年11月11日。
- 113 Livia Kelleher, “‘高风险’合成阿片类药物在都柏林和科克作为海洛因出售, 健康与安全执行局警告”, 《爱尔兰时报》, 2024年1月13日。
- 114 Cormac O’Keeffe, “毒贩用危险合成品‘检测’海洛因市场”, 《爱尔兰检查者》, 2024年2月22日。
- 115 Alex J. Krotulski 等, “新的高效力合成阿片类药物 *N*-吡咯烷基依托尼秦(依托尼西平)与美国各地的药物过量有关”。
- 116 世界卫生组织, 药物依赖问题专家委员会, “关键审查报告: 依托尼西平(*N*-吡咯烷基依托尼秦)”。
- 117 同上。
- 118 Colin Davidson, “硝氮类物质: 比芬太尼更致命的合成阿片类药物开始出现在药物过量案例中”, 《对话》, 2023年9月25日。
- 119 健康改善与差异办公室, “国家患者安全警报: 高效力合成阿片类药物与海洛因过量和死亡有关”(2023年7月26日, 英国伦敦)。
- 120 Adam Holland、Caroline S Copeland、Gilian W Shorter、Dea J Connolly、Alice Wiseman、John Mooney, “评论: 硝氮类物质——预示着英国毒品相关死亡危机的第二波浪潮?”
- 121 Alex Homer 和 Navtej Joha, “比海洛因更强的街头毒品导致英国54人死亡”, 英国广播公司新闻, 2023年12月11日, 第2栏, 英国。
- 122 Isabelle Giraudon、Katri Abel-Ollo、Diāna Vanaga-Arāja、Peter Heudtlass、Paul Griffiths, “评论: 硝氮类物质对欧洲公共卫生的威胁越来越大”。
- 123 同上。
- 124 伊朗伊斯兰共和国卫生专家, 关于阿富汗鸦片短缺对伊朗伊斯兰共和国阿片类药物市场的影响的来文, 2024年2月2日。
- 125 毒品和犯罪问题办公室, 《2023年东南亚鸦片情况调查》, 2023年12月。

- 126 Jonathan P. Caulkins 等, “波罗的海和北欧对塔利班第一个罂粟禁令的反应: 对欧洲和当今合成阿片类药物的影响”, 《国际药物政策杂志》, 第 124 期(2024 年 2 月 1 日)。
- 127 Anne Linne Bretteville-Jensen, “毒品需求——开始、继续和戒除”, 《经济学人》, 第 154 卷, 第 4 期(2006 年 12 月 6 日): 第 491-516 页。
- 128 Jason Payne 等, “非法药物需求的价格弹性: 系统性审查”, 《犯罪和刑事司法的趋势和问题》第 606 卷(2020 年)。
- 129 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告: 当代毒品问题分册》。
- 130 Griffiths 等, “阿片类问题正在欧洲发生变化, 令人担忧的信号表明合成阿片类药物可能在未来发挥更重要的作用”。
- 131 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》, 第三分册。
- 132 Wendy Swift、Lisa Maher、Sandra Sunjic 和 Vincent Doan, “悉尼西南部高加索人和印度支那海洛因使用者的转变”, 1997 年。
- 133 Scott P. Novak 和 Alex H. Kral, “比较美国海洛因、甲基苯丙胺和可卡因的注射和非注射施用方式”, 《成瘾性疾病杂志》, 第 30 卷, 第 3 期(2011 年): 第 248-257 页。
- 134 麻管局, 《2022 年麻醉药品: 2023 年世界需求量估计数——2021 年统计数字》(E/INCB/2022/2)(2023 年, 维也纳)。
- 135 Griffiths 等, “阿片类问题正在欧洲发生变化, 令人担忧的信号表明合成阿片类药物可能在未来发挥更重要的作用”。
- 136 NACADA, 《肯尼亚毒品和药物使用状况全国调查》(2022 年, 内罗毕)。
- 137 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》, 第三分册。
- 138 毒品和犯罪问题办公室和尼日利亚, 《2018 年尼日利亚的毒品使用情况》(2019 年, 维也纳)。
- 139 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告: 在线部分》。
- 140 印度政府社会正义和赋权部, “2019 年印度药物使用程度”(2019 年, 新德里)。
- 141 调查报告将“问题使用”定义为“有害使用或依赖”。
- 142 印度政府社会正义和赋权部, “2019 年印度药物使用程度”。
- 143 毒品和犯罪问题办公室, “毒品监测平台”, 未注明日期。
- 144 毒品和犯罪问题办公室, “印度—孟加拉国: 药品贩运和滥用——公众日益关切的问题”, 2010 年。
- 145 毒品和犯罪问题办公室, “毒品监测平台”, 未注明日期。
- 146 Sophia Gorman, “印度与阿片类药物新的危险关系”, 《法国》第 24 卷, 2019 年 9 月 1 日
- 147 毒品和犯罪问题办公室, “毒品监测平台”, 未注明日期。
- 148 毒品和犯罪问题办公室, “印度—孟加拉国: 药品贩运和滥用——公众日益关切的问题”。
- 149 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2023 年欧洲毒品问题报告: 趋势和发展》(2023 年, 卢森堡)。
- 150 同上。
- 151 爱沙尼亚和拉脱维亚直到最近才出现芬太尼占主导地位的情况, 芬兰是丁丙诺啡, 其他一些欧洲国家则是非特定药用阿片类药物。资料来源: 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》, 第三分册。
- 152 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《2020 年欧洲毒品问题报告: 趋势和发展》(2020 年, 卢森堡)。

- 153 Jannetta L. Iwanicki 等, “四个欧洲国家的曲马多非医疗用途: 比较分析”, 《药物和酒精依赖》第 217 卷 (2020 年 12 月): 文章编号: 108367。
- 154 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年阿富汗鸦片情况调查》。
- 155 Davidson, “硝氮类物质”。
- 156 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》, 第四分册 (奥地利维也纳: 联合国, 2022 年)。
- 157 疾病控制预防中心 (疾控中心), “临时数据显示, 2022 年美国药物过量死亡人数将超过 10 万人”, 2023 年 5 月 18 日。
- 158 Benedikt Fischer, “加拿大持续的阿片类致死危机: 不断变化的特征和对未来路径选择的影响”, 《柳叶刀·区域健康 (美洲)》, 第 19 卷 (2023 年 3 月 1 日)。
- 159 毒品和犯罪问题办公室, 《2020 年世界毒品问题报告》, 第四分册, “跨领域问题: 不断变化的趋势和新的挑战” (联合国出版物, 2020 年)。
- 160 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》, 第三分册。
- 161 毒品和犯罪问题办公室, “合成毒品现象”, 载于《2023 年世界毒品问题报告》, 《第三分册: 当代毒品问题》, 2023 年。

02

金三角地区的非法供应毒品：与其他犯罪交织在一起及其所产生的影响

金三角地区的非法供应毒品：与其他犯罪交织在一起及其所产生的影响

导言

金三角位于老挝人民民主共和国、缅甸和泰国的三国交界地区。18 世纪后期该区域开始种植鸦片，20 世纪后半叶，该区域作为全球鸦片及其衍生物海洛因的主要生产地而声名鹊起。^{1,2} 由于此地气候温和，海拔 1,000 米以上，村庄四散且与世隔绝，地理条件适合鸦片生产，东南亚将罂粟作为经济作物和传统药物种植的做法就此发展起来。³

然而，由于内部和外部因素，罂粟作为该区域主要非法收入来源的突出地位已经下降。在缅甸境内，过去 30 年来，武装冲突和东南亚对合成毒品需求增加，改变了毒品经济的态势。^{4,5} 这些因素导致金三角犯罪集团需要将其产品组合多元化。合成毒品（特别是甲基苯丙胺）的制造以及各种非法活动，如网上金融诈骗、野生生物贩运、非法资源开采、人口贩运和洗钱等，如今已使鸦片非法贸易黯然失色。⁶ 跨国有组织犯罪集团有时采用毒品生产和贩运的策略，同时利用赌场或经济特区使其收益合法化或掩盖其真实来源。

金三角地区毒品和犯罪形势的演变往往与长期存在的政治和治理挑战密切相关，特别是在缅甸掸邦，再加上湄公河下游国家边境管理松散。⁷ 缅甸自独立以来内部冲突一直持续不断，2021 年 2 月军方接管政权以来冲突明显加剧，长期以来一直与非法经济密切相关。^{8,9} 各种武装团体¹⁰ 从一系列非法活动中牟取收入，以推进其政治或经济目标，¹¹ 其活动往往得到国家内部腐败机构的暗中支持。¹² 这种情况破坏了善治、安全和政治稳定，对生物多样性、环境和当地社区产生了重大影响。而国家存在感极低和法治形同虚设为武装团体和犯罪集团越来越多的非法活动提供了便利。

本章以《2023 年世界毒品问题报告》（“亚马逊流域毒品、损害环境的犯罪及趋同犯罪之间的关联”一章）为基础，扩展了对贩毒和其他非法活动的趋同及其如何影响金三角自然生态系统和社区的研究，还探讨了地理和组织层面的问题，评估了非法制毒和贩毒在多大程度上与挑战法治并继续推动冲突的其他非法经济有关。

金三角地区的毒品生产和贩运、损害环境的犯罪和其他犯罪活动之间的关系错综复杂，不断演变，而且往往是多层面的。本章承认监测冲突激烈地区面临的挑战，概述了近期的趋势和模式。它借鉴了官方和公开来源的数据、实地访问、研究文献综述、官方报告、开源调查分析以及通过与专家会晤收集的定性信息。¹³

金三角地区

金三角并没有商定或界定的边界，但这一术语在 20 世纪 70 年代流行开来，一般包括缅甸的掸邦、老挝人民民主共和国和缅甸之间的泰国北部几个省份以及老挝人民民主共和国西北部省份。¹⁴ 老挝人民民主共和国、缅甸和泰国交界的湄公河所形成的三国交界地区是金三角的大致中心，也是本章讨论的重点。

在金三角地区，工业规模的毒品生产近年来在掸邦的一些特殊地区壮大，这些地区被武装团体控制，有组织犯罪集团势力强大，但几乎没有国家存在；¹⁵ 东南亚各地和相关市场的执法当局已将金三角和特殊地区确定为日益重要的毒品生产源头。

该地区地处偏远，人口稀少，生物多样性，自然资源丰富，如木材、宝石和矿物以及河流。自 20 世纪 90 年代以来，该区域的国内和跨境基础设施建设迅猛发展，加强了区域市场联系和贸易。^{16, 17, 18} 近年来，金三角地区的几个边境地区建立了赌场和经济特区，旨在促进经济增长和贸易。¹⁹ 然而，其中一些设施被怀疑是犯罪活动的据点，在某些情况下，建立这些设施旨在进一步为非法活动提供便利。^{20, 21}

在整个地区有几个主要的特区，包括掸邦的第二特区和第四特区以及老挝人民民主共和国博胶省的部分地区。这些特区通常设有赌场、酒店和企业，据称参与一系列非法活动，包括贩毒、贩运野生生物、贩运人口和金融诈骗。^{22, 23}

[解说栏开始

参与缅甸金三角地区非法市场的武装团体的动态

如今控制金三角毒品贸易的许多团体是 30 多年前出现的，当时一些武装团体在金三角的重要战略地区建立了地盘，特别是在缅甸的掸邦。佤邦联合军、民族民主同盟军和缅甸民族民主同盟军可以说是其中规模最大、势力最强的三个武装团体。到 20 世纪 90 年代，这些武装团体与缅甸军政府达成停火协议，缅甸军政府给予他们自治权，允许其保留武装。^a 此外，缅甸军政府还划定了一些特殊地区，允许武装团体从事商业活动、颁发资源开采许可证、提高税收、招募士兵并对该地区进行管理，这些地区从中央政权那里获得一些自主权，在某些情况下，这些武装团体还可以开办学校、诊所和地方政府办公室。^{b, c, d} 控制这些特区的武装团体往往从事各种经济活动，包括在经济自由贸易区的活动，但也从事非法活动，如毒品生产和资源开采。^e 不同团体的内部决策和权力分享安排各不相同，有些团体由理事会管理，有些团体则依然由少数创始人主导。^{d, f}

佤邦联合军是规模最大、势力最强的非国家武装团体，据估计拥有 2 万至 3 万名民兵，^{g, h, d} 控制着掸邦东部萨尔温江与中国边界之间的大片山区。与缅甸其他武装团体相比，佤邦联合军几乎成了毒品生产和贩运的代名词，^{i, j} 到 20 世纪 90 年代中期，佤邦联合军的业务从鸦片和海洛因转向制造甲基苯丙胺。^k 最近，佤邦联合军与跨国有组织犯罪集团合资，扩大了其产品组合，包括非法制造氯胺酮和其他特殊合成毒品。自 2020 年前后起，该团体的非法活动进一步多样化，包括网上犯罪和网络诈骗业务，事实证明这些活动有利可图，并在 2019 冠状病毒病（COVID-19）大流行期间迅速扩大。^l

另一个重要的武装团体是民族民主同盟军，据估计该团体在第四特区有 3,000 多名民兵，^m 该地区对民族民主同盟军及其在金三角的盟友具有至关重要的战略和后勤意义。重要的是，第四特区为佤邦联合军提供了通往湄公河、湄公河对岸老挝人民民主共和国和下游的泰国的通道。^k 近年来，港口设施显著发展完善，已成为包括毒品和前体化学品在内的各种合法和非法产品的过境点。ⁿ 2000 年代，第四特区的“首府”勐拉的经济开始扩张，其活

动范围广泛，最主要的是经营赌场、网上赌博设施和妓院，以及贩运野生生物，此外还有毒品和前体贩运，^o以及最近的网上欺诈和网络诈骗中心。^l

缅甸民族民主同盟军由数千名战斗人员^p组成，在第一特区活动，该地区位于第二特区以北，与第二特区和第四特区相连。1989年成立后，缅甸民族民主同盟军几乎立即开始生产海洛因和从事贩毒活动。该集团很快将业务扩展到赌博领域，使果敢的“首府”老街从一个边境小镇发展成为繁荣的赌博大都市，吸引了来自中国的投资者和越来越多的客户，以及经常在赌场、酒店和其他盈利中心工作的人口贩运受害者。^l虽然缅甸民族民主同盟军在2009年被与政府结盟的民兵组织果敢边防卫队赶出了第一特区，但据包括媒体在内的多个消息来源称，该集团已于2024年1月重新夺回了该地区。^q

- ^a Martin John Smith, 《缅甸：叛乱与种族政治》（伦敦：Zed Books, 1999年）。
- ^b Hélène Le Bail 和 Abel Tournier, “从昆明到曼德勒：新的‘缅甸之路’”，亚洲研究系列《Asie, Visions》，第25卷（2010年）。
- ^c 国际危机组织, “冰火两重天：缅甸掸邦的冲突与毒品”（2019年1月8日，比利时布鲁塞尔）。
- ^d Bertil Lintner, “佤邦联合军与缅甸的和平进程”（美国和平研究所, 2019年4月29日）。
- ^e Lintner, 《反抗中的缅甸：1948年以来的鸦片与叛乱》；Smith, 《缅甸：叛乱与种族政治》。
- ^f John Buchanan, 《缅甸的民兵》（亚洲基金会, 仰光, 2016年）。
- ^g 法新社, “‘我们命运的掌控者’：缅甸的佤邦叛乱分子展示武力”，《南华早报》，2019年4月17日。
- ^h 缅甸和平监测中心, “佤邦联合党”，《缅甸和平监测》（博客），2013年6月6日。可查阅：<https://mmpeacemonitor.org/1600/uwsa/>。
- ⁱ 例如，2008年，美国财政部根据《外国毒梟认定法》，将与佤邦联合军有联系的26名个人和17家公司作为特别指定的麻醉品贩运商予以制裁。
- ^j 美国财政部, “财政部采取行动打击缅甸贩毒集团”，美国财政部, 2008年11月13日。
- ^k 毒品和犯罪问题办公室与湄公河地区情报官员的访谈, 2021年6月。
- ^l Kyu, Myint Myint, “赌博即发展：缅甸果敢自治区案例研究”。泰国清迈：国际发展研究中心, 2018年。
- ^m 缅甸和平监测中心, “民族民主同盟军——掸邦东部”，《缅甸和平监测》（博客），2013年6月6日。
- ⁿ 毒品和犯罪问题办公室与湄公河地区情报官员的访谈, 2021年2月。
- ^o Vincent Nijman 和 Chris R. Shepherd, “缅中边境的勐拉成为全球象牙和大象部件国际贸易中心”，《生物保护杂志》，第179卷（2014年），第17-22页。
- ^p 缅甸和平监测中心, 《缅甸民族民主同盟军》，《缅甸和平监测》（博客），2013年6月6日。
- ^q Peck, Grant, “缅甸北部的武装民族联盟据称已占领了一座城市，这曾是其重要目标。”美联社, 2024年1月5日。

解说栏结束]

示图 7 金三角地区

	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民民主共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	国际疆界
	金三角
	掸邦
	特殊地区

本图中所示边界和名称以及所用称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

[解说栏开始

经济特区的作用

许多私人资助的经济特区已经在该地区的边境地区建立起来，并通过以下方式促进贸易和投资：给予优惠税收协定（例如免税通关）、独特的行政和劳工条例以吸引特定的商业或工业部门（例如制造业、旅游业和博彩业）、提供关键基础设施（如港口、仓库和公路）以及减少文件要求的其他规则和程序，以此来促进该国其他地区不可行的贸易或经济活动。^a 然而，金三角地区经济特区一般都是私人投资，管理不善，其中一些位于边境和港口地区，据悉贩运集团利用这些地区为毒品和前体化学品的非法贸易以及其他违禁品的流动提供便利。^b

金三角最大和最臭名昭著的经济特区和赌场设施之一是“金木棉赌场”，位于老挝人民民主共和国湄公河东岸的金三角经济特区，毗邻缅甸和泰国边境。金三角经济特区由老挝政府和一家中国私营企业于 2007 年共同建立，旨在促进包括旅游业在内的多项经济活动。^c 地区和国际执法及金融情报官员已将“金木棉赌场”认定为各种犯罪活动的中心，包括向缅甸贩运前体、向老挝人民民主共和国和泰国贩运毒品、为网络诈骗和在线游戏业务贩运人口以及走私野生生物产品等。^{d, e} 除了与金三角经济特区有密切联系外，佤邦联合军和民族民主同盟军还负责监督缅甸的经济特区或类似机制，在这些经济特区，网络诈骗和非法在线赌博是其收入来源。^f

复杂的在线游戏要快速发展，也需要能够交易和转移大量资金的地下银行和洗钱解决方案。东亚和东南亚的武装团体和相关的跨国组织犯罪团体也使其业务组合多样化，通常通过赌场或为经济特区服务的附属产业来洗钱和掩盖其犯罪活动。^b

^a Gokhan Akinci 和 James Crittle, “经济特区：绩效、经验教训和对特区发展的影响”（世界银行，2008 年）。

^b 毒品和犯罪问题办公室，“东亚和东南亚的赌场、洗钱、地下银行业务和跨国组织犯罪：日益加重的隐秘威胁”。

- c 投资促进部，“金三角经济特区”，2024年2月22日查阅。
- d 毒品和犯罪问题办公室与湄公河区域情报官员的访谈，2021年2月。
- e 美国财政部，“财政部制裁赵伟跨国犯罪组织”。
- f 例如，第二特区设有两个经济开发区，在其东南部与中国接壤的勐平和北部地区的南邓，这些经济开发区也设有赌场。第四特区设有永邦经济特区，位于与中国接壤的边境。

解说栏结束]

金三角的毒品生产和贩运

从历史上看，鸦片和海洛因是金三角毒品经济的支柱。直到20世纪90年代，在阿富汗成为世界毒品主要生产国之前，全球市场上作为海洛因消费的大部分鸦片都来自金三角。²⁴虽然罂粟和海洛因生产仍然是金三角地区许多武装团体和犯罪集团非法经济组合的重要组成部分，但在20世纪90年代，甲基苯丙胺制造开始日益重要，近年来已成为其一个宝贵的收入来源。²⁵尽管20世纪90年代该区域对海洛因和鸦片的需求普遍下降，整个东亚和东南亚的甲基苯丙胺市场持续增长，并延伸到大洋洲和南亚，使该毒品成为该区域另一种利润丰厚的商品。²⁶传统上，由于中央政府对广大地区的控制有限、²⁷附近可获得大量前体化学品、内部冲突持续不断，以及广大东南亚区域的甲基苯丙胺消费模式日益增长，²⁸金三角地区才得以开始进行区域甲基苯丙胺生产，并在后来占据主导地位。

到2010年，缅甸掸邦的毒品生产主要转向甲基苯丙胺，大规模生产甲基苯丙胺片剂（又称“耶巴”）供区域消费，几年后又生产晶体甲基苯丙胺供本区域和其他地方市场消费。²⁹随后几年，缉获量、缉获事件和纯度都有所增加，特别是在邻国中国当局在2013年和2014年前后集中力量减少国内秘密生产甲基苯丙胺之后。³⁰综合来看，这些供应指标表明该区域的甲基苯丙胺制造量在不断增长。自那时起，金三角乃至更广泛的东南亚的供应商继续扩大生产其他合成毒品，包括二亚甲基双氧苯丙胺和氯胺酮，^{31,32}毒品生产所需的化学品来自邻国，包括中国和印度，其次是泰国和越南。³³

这导致缉获量大幅增加，反映出从金三角贩运到东南亚及其他地区的甲基苯丙胺以及最近的氯胺酮流量大幅增加，该区域（如印度尼西亚和菲律宾）和其他区域（如澳大利亚、孟加拉国、印度、日本、新西兰和大韩民国）各国报告说，自2010年代中期以来，源自金三角的毒品缉获量急剧增加。³⁴2013年至2022年期间，东亚和东南亚的甲基苯丙胺缉获量增加了近四倍，从39吨增加到150吨。同期，来自澳大利亚、孟加拉国、印度和新西兰等更广泛区域的毒品缉获量也大幅增加，从7.2吨大幅增至20.4吨。³⁵

甲基苯丙胺和氯胺酮缉获量迅速增加的部分原因是，与植物类毒品不同，合成毒品的生产可以转移，并且不依赖于地理或有时间限制的投入或季节条件。³⁶1998-2022年期间邻近地区各国的缉获数据显示，2016年后甲基苯丙胺的缉获量迅速增加，而海洛因的缉获量则相对保持稳定。

对金三角中心750公里范围内的单次缉获事件的分析³⁷显示，甲基苯丙胺缉获量呈类似上升趋势，在2015年至2023年期间增长了近12倍（重量中位数从10千克增加到120千克），而海洛因缉获量的中位数在此期间下降（重量中位数从12千克减少到8.4千克）。然而，还需要注意的是，泰国海洛因的平均批发价格（每700克）从2015年的约8,000美元增加到2022年的11,400美元。³⁸从21世纪初开始，与甲基苯丙胺有关的缉获总量和事件首次开始超过与鸦片和海洛因有关的缉获总量和事件，这表明尽管罂粟的历史根源深厚，秘密生产合成毒品的规模还是迅速扩大，而且供应商可能愿意适应外部环境和市场信号。

与甲基苯丙胺有关的价格、纯度和其他指标也表明，该毒品的供应量更大，种类更多。近年来，整个区域甲基苯丙胺的价格普遍下降，其中缅甸的甲基苯丙胺片剂零售价格降幅最大，从 2020 年的每片约 2.50 美元降至 2022 年的每片约 1 美元。³⁹ 最近，泰国的药片批发价（例如 2,000 片）从 2020 年的约 900 美元降至 2022 年的 350 美元。然而，这些价格下降并非受纯度波动的影响，因为该区域的纯度总体保持稳定。^{40, 41} 缉获数量和次数增加、价格下降和纯度稳定表明，甲基苯丙胺在当地毒品市场的总体供应和供应量持续增加，基本上未受该区域高缉获率的影响。⁴²

图 19 2013-2022 年老挝人民民主共和国、缅甸和泰国的甲基苯丙胺和氯胺酮缉获量

	甲基苯丙胺缉获量（千克）
	140,000
	120,000
	100,000
	80,000
	60,000
	40,000
	20,000
	氯胺酮缉获量（千克）
	7,000
	6,000
	5,000
	4,000
	3,000
	2,000
	1,000
	甲基苯丙胺
	氯胺酮

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；亚洲和太平洋药物滥用信息网络。

图 20 1998-2021 年期间金三角及其周边国家和地区海洛因和甲基苯丙胺缉获量趋势（2010 年指数）

	2010 年指数
	海洛因
	甲基苯丙胺
	鸦片

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：数据涉及柬埔寨、中国、中国香港、中国澳门、中国台湾省、老挝人民民主共和国、马来西亚、缅甸、泰国和越南。所有国家和地区 2022 年的数据尚不完整。

图 21 2010-2023 年三国边界中心 750 公里范围内海洛因和甲基苯丙胺单次缉获量规模分布趋势

	千克（对数刻度）
	海洛因
	甲基苯丙胺

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：不包括 50 克及以下的零售缉获量。

对泰国近年来甲基苯丙胺缉获情况的法医分析表明，基于 P-2-P 的投入（不仅包括 P-2-P，还包括各种相关化学品，其中有些化学品未受管制）所占比例增加，这表明生产途径更加复杂和多样化。⁴³ 综合来看，纯度相对稳定，价格下降，加上包装标签或“品牌”所占份额越来越大，表明可能有更多的生产商进入市场。缅甸军方接管政权这些变化加剧，导致该国大部分地区出现治理危机，而该国传统上是该区域秘密制造甲基苯丙胺的主要来源。

从地理位置来看，金三角的毒品生产主要集中在掸邦，因为掸邦的缉获频率很高。合成毒品的生产没有可靠的量化数据，而罂粟的种植情况则不同，罂粟种植可以通过卫星图像进行估算。与金三角的其他地方相比，掸邦在数据质量方面面临的挑战更为突出，因为大片地区处于武装团体的实际控制之下。然而，在金三角地区发现了一些甲基苯丙胺秘密加工点，包括掸邦南部和老挝人民民主共和国靠近泰国边境的博胶省的大型制片设施。⁴⁴ 这些事态发展表明，金三角地区的甲基苯丙胺制造正在强化。这种情况也延伸到了其他合成毒品。例如，2021 年至 2022 年间，缅甸缉获的氯胺酮数量增加了两倍多，从 762 千克增加到 2,329 千克；老挝人民民主共和国和泰国也报告称，源自缅甸的氯胺酮数量不断增加。⁴⁵

图 22 2017-2022 年按主要前体分列的泰国分析的晶体甲基苯丙胺样本比例

	比例（百分比）
	37.3
	15.5
	47.2
	35.5
	20.4
	44.1
	45.2
	30.2
	24.6
	49.4
	27.2
	23.4
	48.4

	22.1
	29.5
	30.9
	40.9
	28.2
	基于麻黄碱/伪麻黄碱的方法
	基于 P-2-P 的方法
	不明

资料来源：《国家麻醉品管制局期刊》，泰国。

示图 8 2020-2023 年金三角甲基苯丙胺缉获量的集中程度

	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	甲基苯丙胺缉获量
	低
	高
	国际疆界
	金三角
	掸邦
	特殊地区

本图中所示边界和名称以及所用称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：甲基苯丙胺缉获量的集中程度基于毒品和犯罪问题办公室毒品监测平台上报告的观察到的缉获事件。这些一般是最常缉获毒品的地区。

在过去几年中，在老挝人民共和国北部，即离三国边界中心不远的地方，甲基苯丙胺缉获的频率和数量也有所增加，这表明贩运活动发生了转变，并表明该区域贩运网络之间存在地理联系。⁴⁶ 单次缉获量分布示图显示，2021 年至 2023 年期间，即大约在 2021 年 2 月缅甸军方接管政权之后，甲基苯丙胺缉获事件在三国边界中心急剧增加，而且还扩大到了老挝人民共和国北部靠近泰国边境的地区。

自 2021 年以来，毒品和犯罪问题办公室基于卫星的罂粟种植估计数和经地面核实的鸦片产量估计数在金三角地区逐年增加，主要原因是掸邦产量增加，据估计，2023 年，掸邦的罂粟种植面积占全国的 87%，鸦片收成占全国的 83%。⁴⁷ 缅甸近年来产量增加的主要原因是鸦片产量增加。种植面积略有增加，表明农民通过改进种植做法，如

增加种植密度、使用灌溉系统和施用化肥，使种植更加集约而非粗放。⁴⁸这使得毒品和犯罪问题办公室估计的缅甸每公顷罂粟的鸦片产量从 2020 年的约 14 千克增至 2023 年的近 23 千克，创下了自 2002 年开始监测产量以来的最高纪录。这种增长在掸邦东部最为明显，仅 2022 年到 2023 年，产量就增加了 58%。⁴⁹如果要使用更先进的投入和做法，渴望创造更多收入的武装团体和犯罪集团之间需要更好的协调。⁵⁰很难解读 2021 年军方接管政权对掸邦毒品生产的影响，因为掸邦的罂粟种植和鸦片生产的多项指标都出现了增长。

老挝人民民主共和国种植罂粟，但只占该地区非法种植的一小部分。⁵¹该国罂粟种植和鸦片生产最多的地区位于金三角，即中国和缅甸接壤的北部省份，主要是丰沙里省，该省长期以来一直是该国鸦片收成的重要中心。⁵²

对单次缉获事件的空间分析⁵³表明，与三国边界中心的距离越远，缉获重量越少，这进一步证明了金三角对毒品生产和贩运的重要性。即使在控制了季节性因素之后，这种关系也很明显。

示图 9 2020-2023 年海洛因缉获量和罂粟种植集中程度

	2020-2021 年
	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民民主共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	2020-2023 年
	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民民主共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	海洛因缉获量
	低
	高
	缅甸罂粟密度
	低
	高
	国际疆界
	金三角

	掸邦
	特殊地区

本图中所示边界和名称以及所用称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台；以及毒品和犯罪问题办公室，非法作物监测方案。

注：甲基苯丙胺缉获量的集中程度基于毒品和犯罪问题办公室毒品监测平台上报告的观察到的缉获事件。这些一般是最常发生毒品缉获的地区。毒品和犯罪问题办公室没有在掸邦特殊地区进行作物监测。

图 23 2010-2023 年缉获量随着与三国交界中心距离的增加而下降

	千克（对数刻度）
	距三国交界中心距离（公里）
	海洛因
	甲基苯丙胺

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。注：不包括 50 克及以下的零售缉获量。

[解说栏开始

2021 年军方接管政权以来缅甸毒品经济的发展态势

从历史上看，卷入冲突的许多行为体，包括国家和非国家实体，都从非法制造和交易毒品的税收中赚取收入，或直接从毒品销售收入中赚取收入。^a 缅甸也是如此，自 2021 年 2 月军方接管政权以来，缅甸的内部冲突进一步加剧。截至 2023 年 12 月，估计有 230 万人（约占该国人口的 4%）在军方接管政权后的冲突和不安全局势下而流离失所。^b 自接管以来，该国的鸦片产量，尤其是作物产量增加。2023 年，缅甸的鸦片产量估计为 1,080 吨，为过去二十年来的最高产量。^c 中央当局控制范围以外的地区（主要是掸邦）的鸦片产量有所增加。

另一个值得注意的发展态势是在金三角地区生产的甲基苯丙胺片剂“品牌”越来越多。2020 年，已知由缅甸武装团体制造的两大品牌占泰国所有缉获事件的 96% 以上。到 2022 年，这一比例已降至每 10 起缉获事件中约有 6 起，而“其他”品牌片剂所占比例从 2020 年的略低于 3% 上升至 2022 年的 25% 以上，表明在缅甸军方接管政权后，供应商更加多元化。^d

缅甸最近冲突加剧，可能导致该国执法行动或贩毒活动中断和转移。2023 年 10 月 27 日，该国多个武装团体在包括掸邦北部在内的多个地区对缅甸军方及其盟友发起联合军事行动。这一行动被称为“1027 行动”，从行动开始到 2023 年底，在掸邦北部发生了 600 多起不同的武装冲突和爆炸事件。^{e, f} 掸邦北部是许多老牌武装团体的所在地，被怀疑是大规模毒品生产基地的聚集地。^{g, h} 然而，在同一时期，掸邦北部仅报告了一起毒品缉获事件，缴获的甲基苯丙胺片剂不到 30,000 片。ⁱ 相比之下，2020 年同期掸邦北部有 41 起毒品或相关化学品缉获事件，当时武装冲突明显减少。ⁱ

要确定当地冲突对贩毒活动的未来将产生何种影响还为时过早，因为这可能取决于该国内部冲突的结果。

^a Svante E. Cornell, “麻醉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。

- b 联阿协调处，“缅甸人道主义最新情况第 35 号|2023 年回顾”，2024 年 1 月 12 日。
- c 毒品和犯罪问题办公室，《2023 年东南亚鸦片情况调查》，2023 年。
- d 毒品和犯罪问题办公室，《东亚和东南亚合成毒品情况：最新发展与挑战》，2023 年。
- e 武装冲突地点和事件数据项目通讯，“缅甸：1027 行动的势头威胁军方统治”，武装冲突地点和事件数据项目（博客），2024 年 2 月 1 日。
- f 武装冲突地点和事件数据项目，“2024 年冲突观察名单|缅甸：反抗军政府的力量日益壮大”，武装冲突地点和事件数据项目（博客），2024 年 1 月 17 日。可查阅：<https://acleddata.com/conflict-watchlist-2024/myanmar/>。
- g 例如，2018 年初在掸邦北部的贵概镇进行了一系列执法行动，缉获了约 1.93 亿片剂剂和 500 千克晶体甲基苯丙胺以及加工点设备。
- h 武装冲突地点和事件数据项目，“2024 年冲突观察名单|缅甸：反抗军政府的力量日益壮大”，武装冲突地点和事件数据项目（博客），2024 年 1 月 17 日。可查阅：<https://acleddata.com/conflict-watchlist-2024/myanmar/>。
- i 例如，2018 年初在掸邦北部的贵概镇进行了一系列执法行动，缉获了约 1.93 亿片剂剂和 500 千克结晶甲基苯丙胺以及加工点设备。

解说栏结束]

与其他非法活动交织在一起

参与其他非法活动和市场

一般来说，犯罪组织和武装团体可以形成一种共生关系，它们相互依赖，其政治和经济目标相互重叠，并与非法经济联系在一起。⁵⁴ 有时，这些目标也与缅甸军政府的目标相吻合，因为缅甸军政府历来利用准军事团体来加强国家安全，打击少数民族叛乱组织，并通过代理人帮助偏远地区的国家建设。作为交换，武装团体往往被允许从事一系列非法活动，只要他们在被要求时默许政府的要求即可。^{55, 56, 57}

从 20 世纪 90 年代起，武装团体和犯罪组织开始将创收战略多样化。除了制造各种合成毒品外，2000 年代中期，武装团体开始进行未经许可或不受监管的自然资源开采和创办农业综合企业，目的是创收和获取战略土地。^{58, 59, 60} 在金三角地区，武装团体有明确的政治目标或意识形态的，犯罪团伙没有外在政治倾向，表明二者之间存在联系的一个实例是位于老挝人民民主共和国西北部湄公河沿岸金三角经济特区的“金木棉赌场”。拥有金三角经济特区的集团通过共同的商业利益与缅甸强大的武装团体，包括佤邦联合军和民族民主联盟军建立密切联系，据报该集团从事毒品、人口和野生生物贩运、洗钱和贿赂等活动。⁶¹

在 2000 年代，随着跨境市场和基础设施的扩张，犯罪组织和武装团体参与非法资源开采的程度加剧。缅甸掸邦边境地区的大量伐木活动使一些武装团体成为实质上拥有军队的企业。⁶² 其他资源开采活动，特别是玉石、红宝石、黄金和稀土金属的开采，也成为了那些拥有资本和政治影响力来策划采矿特许权的更有名武装组织和犯罪组织的重要收入来源。例如，位于云南边境克钦邦第一特区的一个以前被称为克钦新民主军的团体向中国买家供应大量稀土元素；还有报告称，该团体参与了伐木和玉石开采活动。⁶³

全球濒危物种日益稀缺，这对有组织犯罪集团越来越有吸引力，它们在从事传统走私活动的同时，还涉足利润丰厚的野生生物贩运业务；在金三角，这种情况的报告越来越多。在金三角地区数次史无前例的大规模缉获活体野生生物或野生生物器官，

其中包括来自非洲的濒危动物。⁶⁴ 这类缉获的范围和程度表明，有组织犯罪集团的手段十分高明，能够将大量野生生物产品从非洲运入金三角内陆，只是在运往亚洲其他市场的途中被缉获。

研究表明，金三角的大多数高级别犯罪集团都参与了价值可观野生生物的走私，如来自非洲的濒危物种，而不是偷猎或向下游买家分销。^{65, 66} 野生生物缉获数据表明，在报告来源国的案件中，缉获的野生生物大多来自亚洲，其次是非洲。

跨国犯罪组织在整个区域活动，通常将偷猎和运输当地野生生物的活动外包给当地较小的犯罪集团或单个企业家。⁶⁷ 毒品活动与野生生物贩运之间的交集并不那么直接和相互关联。虽然同一犯罪集团或个人可能在相同或类似地点分别参与毒品和野生生物的贩运，但这似乎更像是一种机会主义关系。野生生物贩运似乎没有取代金三角的毒品贩运，但表明了活动的多样化，有时会采用毒品贩运采用的策略和伎俩。这些策略包括利用类似的过境点或路线运送违禁品。⁶⁸ 另一方面，鉴于该地区对野生生物产品的稳定需求，以及执法当局对缉毒工作的高度重视，有时可能会忽视动物器官的运输，因而在某些情况下，对一些犯罪行为体而言，转向野生生物贩运可能是降低因参与毒品经济而被逮捕和起诉风险的一种策略。⁶⁹

在其他情况下，犯罪集团据报与整个区域的政府官员或武装团体和交易商合作。根据对参与非法野生生物贸易的行为体进行访谈的研究报告，在整个区域活动的跨国犯罪集团与缅甸北部武装团体领导人之间似乎存在相互关系。例如，在野生生物产品的贩运和非法贸易方面，武装团体对大量走私到中国的野生生物征税，主要是通过向从事偷猎或走私来自该区域以外的其他高价值野生生物产品（如非洲象牙或犀牛角）的当地人征收费用。⁷⁰

图 24 2006-2022 年金三角缉获的哺乳动物来源的区域分布情况

	熊
	鹿
	大象
	大型猫科动物
	穿山甲
	犀牛
	其他哺乳动物
	百分比
	非洲
	亚洲
	其他
	不明

资料来源：世界野生生物缉获数据库数据。

注：三国交界中心 750 公里范围内的缉获量。

地理交汇

在金三角，海洛因和甲基苯丙胺等毒品的生产地与违禁品贩运地之间在地理上高度交集。这种情况在掸邦武装团体控制的地区最为明显，但也延伸到其他边境城镇和经济特区。一些武装团体直接或间接地参与了非法毒品经济的活动，由于它们对经济

活动有相对自主权，因此能够在各自地区内开展这些活动。⁷¹ 同样，在金三角的一些地区也存在贩运其他违禁品的活动，而国家政府在这些地区的影响力有限。其中许多地区都紧靠国家边境，具有战略优势。首先，贩运者可以通过非正式过境点逃避逮捕。一些边境城镇，特别是那些设有经济特区的城镇，拥有强大的运输和物流基础设施，为包括内河港口、机场和高速公路在内的主要区域运输线路提供补给。在该区域，金三角靠近主要的化学品生产商，这为贩运者提供了获得前体化学品等许多所需投入的机会。^{72, 73} 此外，边境区域也靠近毒品、野生生物产品和开采资源的终端市场。也就是说，东南亚内部的区域间毒品市场十分活跃，这与远在美国的可卡因大型市场形成了鲜明对比。

贩运集团有时还能利用国家基础设施和贸易路线，为走私或贩运各种非法商品提供便利。⁷⁴ 令人担忧的是，由犯罪组织的非法所得或国家政府资助的基础设施项目通过改善连通性和促进贸易可能会进一步加剧非法经济。例如，众所周知，私人拥有和经营的金三角经济特区就是用贩毒的非法所得建造的。⁷⁵ 该特区继续对主要基础设施项目进行再投资，包括修建高速公路连接线和能够接纳大型商业客机的机场。其他几个经济特区和边境工业区位于或经过克钦邦、掸邦和若开邦武装团体所在的地区，在这些地方，武装冲突、跨国犯罪和非法经济发挥着重要作用。⁷⁶

该区域的非法毒品经济在地理上与跨国犯罪集团和武装集团驱动的其他非法经济以多种方式和方向交织在一起。虽然大多数非法经济活动发生在武装团体控制的地区内，但在某些情况下，资源开采是在其他地方进行的。例如，开发资源特许权包括在森林深处修建道路，这有时会让野生生物更容易被偷猎和贩运，也会使罂粟种植地更远离当局管辖范围。⁷⁷ 在老挝人民民主共和国，约 44% 被发现的罂粟种植地位于保护区和保留地内或 10 公里范围内，⁷⁸ 这表明偏远地区被用来掩盖非法活动。

野生生物贩运数据显示，在靠近金三角中心的三国交界区域以及与中国云南省南部接壤的边境地区，报告辑获熊和大象等高价值物种制成的产品的频率较高。其中一些产品可能是为了满足该区域的各种需求，例如熊胆和大象的器官和象牙。^{79, 80} 总体而言，除了缉获大型猫科动物及其器官（包括老虎的器官）外，这与文献中报告的调查结果基本一致，据报告，这些动物经常被贩运进出金三角经济特区。⁸¹

示图 10 2006-2022 年涉及熊器官的野生生物缉获量集中程度

	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民民主共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	熊相关缉获事件的集中程度
	低
	高
	国际疆界
	金三角
	掸邦
	特殊地区

本图中所示边界和名称以及所用称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：濒危物种公约秘书处世界野生生物缉获数据库数据。

示图 11 2006-2022 年涉及大象器官的野生生物缉获量集中程度

	印度
	缅甸
	中国
	越南
	老挝人民民主共和国
	泰国
	第一特区
	第二特区
	第四特区
	大象相关缉获事件的集中程度
	低
	高
	国际疆界
	金三角
	掸邦
	特殊地区

本图中所示边界和名称以及所用称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：濒危物种公约秘书处世界野生生物缉获数据库数据。

对社区和环境的影响

毒品经济以及武装和犯罪团体在金三角地区多元化进军其他非法经济，加强了跨国犯罪网络和武装团体在区域经济中的作用，在某些情况下直接使人类安全和健康恶化，并破坏了社区的稳定。缅甸的内部冲突使社区陷入贫困循环，并推动了非法毒品生产或有害的资源开采。在该区域部分地区，犯罪集团可能经常通过胁迫、腐败或暴力来拉拢或控制部分国家机器。^{82, 83}

在一些情况下，如在缅甸，非法经济与冲突之间的关系更为紧密和直接。缅甸武装团体之间以及与军方之间数十年的战斗造成了大范围人口流离失所。难民饱受地方性贫困之苦，更有可能成为武装团体和犯罪组织的猎物，往往仅为维持生计，被迫从事资源开采或转而种植罂粟。^{84, 85}在某种程度上，罂粟种植造成了农村社区与武装团体之间的经济依赖性，武装团体给予种植罂粟的“权利”，往往收取费用，有时还为农民联系提供高利贷的鸦片贸易商，进一步使农民陷入债务泥潭。⁸⁶在掸邦从事罂粟种植的农村家庭报告说，债务循环驱使他们继续种植罂粟。^{87, 88, 89}

在其他方面，毒品现象，尤其是毒品使用，对农村社区造成了负面影响。^{90, 91}在缅甸偏远地区，甲基苯丙胺的使用与靠近毒品生产地有关。⁹²劳动者有时报告说，他们使用这种兴奋剂来延长工作时间，从而提高资源开采量。甲基苯丙胺还用来进行其他形式的剥削，如卖淫。^{93, 94}反过来，这也与其他危害有关，包括传染病的传播。⁹⁵毒品和犯罪问题办公室对掸邦从事罂粟种植的家庭进行的调查显示，与掸邦不从事罂粟种植

的家庭相比，这些家庭的毒品使用率，特别是鸦片和海洛因的使用率更高，这表明毒品使用与靠近生产点之间存在密切关系。⁹⁶

缅甸的武装团体越来越多地利用包括资源开采在内的一系列经济活动为其事业提供资金。⁹⁷ 自然资源开采热点地区恰好也是毒品使用的集中地。采矿和伐木营地的新兴城市文化、漫长的工作时间、艰苦的工作条件以及赚取的可支配收入使移民对受管制药物的需求激增。⁹⁸ 吸毒和吸毒成瘾往往会扩散到营地之外，导致附近村镇的毒品销售和使用，以及艾滋病毒和丙型肝炎病毒等疾病的传播。^{99, 100}

非法或不受监管的资源开采和毒品种植活动增加往往与冲突有关。授予武装团体的经济特许权和其他大规模发展干预措施都有强迫当地社区搬迁的历史。¹⁰¹ 在某些情况下，村民被搬迁到附近的重新安置村，这些村庄几乎没有农耕或非农耕的谋生机会。因特许权而流离失所或因经济作物种植而负债的村民采取了一系列应对机制。迁移到农场寻找有偿劳动或在非正规资源开采部门工作（这里指的是手工开采玉石和黄金以及伐木），是年轻男性家庭成员最常用的策略。但在鸦片产区附近的其他情况下，村民们把种植罂粟作为最后的可行生计选择之一。^{102, 103} 基础设施的改善和罂粟种植区交通的更加便利（部分是通过资源开采），使种植罂粟日益成为一个有吸引力的选择。¹⁰⁴

由于缺乏足够的替代生计选择、可靠的国家存在以及安全和安保，农村社区成员遭到贩运、在危险的矿山和伐木场劳动、参与犯罪团伙策划的野生生物偷猎和毒品走私的风险可能更高。缅甸境内的冲突与该区域流离失所者和被贩运者的增加有关，其中一些人被迫从事越来越多的一系列非法活动，包括网上诈骗中心。¹⁰⁵

除了对社区产生这些负面影响外，毒品经济以及其他非法或不受监管的活动的多样化也对环境造成了破坏。这包括环境危害，如倾倒用于毒品生产的化学品。此外，贩运者多元化涉足其他活动，如贩运或偷猎野生生物，也会对濒危物种造成严重和直接的负面影响。其中大多数是来自该区域的动物，但也有少部分缉获物涉及来自非洲的大象和犀牛器官。不受监管的采矿活动还向环境中倾倒有毒化学品，损害当地生态系统，对当地社区产生了不利影响。^{106, 107}

图 25 自 2000 年以来按森林砍伐状况分列的罂粟种植地分布情况（公顷百分比）

	老挝人民民主共和国
	5%
	4%
	91%
	缅甸
	10%
	8%
	82%
	在森林砍伐后三年内过渡到罂粟种植
	在森林砍伐后三年或三年以上过渡到罂粟种植
	森林以外的罂粟种植

资料来源：毒品和犯罪问题办公室利用全球森林变化数据和 M. C. Hansen 等的鸦片调查数据进行的分析，“21 世纪森林覆盖变化的高分辨率全球地图”，《科学》，第 342 卷，第 6160 期（2013 年 11 月 15 日）：第 850-853 页。

金三角区域的罂粟种植往往是在已经开垦或用于其他农业活动的地区进行的。自 2000 年以来，在老挝人民民主共和国发现的罂粟种植地中，约有 9% 位于毁林地区，其余种植地位于其他农业用途地区。自 2000 年以来，缅甸的这一比例几乎翻了一番，达到 18%，该国大部分森林砍伐发生在掸邦。^{108, 109} 罂粟种植集中在相对较小的地理区域，似乎不是这两个国家全国森林砍伐的主要驱动因素，但在需要毁林的罂粟地块中，有一半以上是在播种罂粟前不到三年内砍伐的，这表明森林砍伐与新地块的出现之间存在关系。过去二十年来，缅甸森林砍伐现象严重，开垦土地主要用于农业和采矿业。¹¹⁰ 森林砍伐的增加可能会留下大量土地来种植新的罂粟作物。通过增加使用化肥和杀虫剂而加紧种植罂粟的趋势同样会对周围环境以及直接参与使用和储存化学品的人们的健康造成危害。¹¹¹

然而，毒品生产和制造对环境的影响远不止砍伐森林或开垦土地种植非法作物。虽然人们对秘密合成毒品生产对环境影响的程度知之甚少，但这类活动会产生大量有害废物。废物不大可能得到妥善处置；而很可能被倾倒或排放到环境中。目前还没有系统的研究来衡量该区域秘密合成毒品生产对环境的影响。然而，根据对其他区域甲基苯丙胺生产产生的废物量的估计，废物和副产品的数量可能很可观。

根据现有文献，按最常见的合成路线和前体（通常是麻黄碱和 P-2-P）计，每千克成品会产生约 5-10 千克有毒废物。¹¹² 废物包括副产品、催化剂、前体和其他溶剂。假设不对此类化学品进行回收或再利用，根据最近的缉获数据，片剂的平均纯度值为 15%，晶体甲基苯丙胺的平均纯度值为 90%，则 2022 年仅在东亚和东南亚缉获的制造 83 吨“耶巴”和 68 吨晶体甲基苯丙胺就可能产生约 365-729 吨废物。¹¹³ 考虑到一定还有大量未缉获的甲基苯丙胺流入市场，金三角地区因甲基苯丙胺制造而产生的有毒废物的实际数量很可能比这些仅以缉获量为依据的估计数要大。最近的一次年度消费量估计，可能来自金三角邻近地区¹¹⁴的甲基苯丙胺的消费量接近 308 公吨。^{115, 116} 这一生产量将产生 1,500-3,100 公吨废物和副产品。以最近五年的平均缉获量计算，并将其与最近的消费量估计数相加，金三角地区每年生产甲基苯丙胺产生的化学废物量可能在 1,900 至 3,800 吨之间。¹¹⁷

用于制造甲基苯丙胺的几种化学品会对环境造成危害，特别是在生产地附近地区，如果排入水道或被焚烧，也会对其他环境造成危害。由于甲基苯丙胺制造的非法性质，目前还没有正式的法规或保障措施。环境危害可能是短暂的，也可能是持久性的，并产生其他间接影响。例如，化学品沥滤造成的土壤酸化会杀死植被，导致水土流失，增加山体滑坡的风险。废物排入水道会污染饮用水、洗澡水和作物灌溉系统，导致食物链中的生物累积。¹¹⁸

据记录，在墨西哥部分地区¹¹⁹和世界其他地区，¹²⁰ 甲基苯丙胺的秘密制造造成了一些直接和显而易见的环境危害，如污染当地水道和造成土壤侵蚀。毒品和犯罪问题办公室无法记录金三角地区因甲基苯丙胺秘密制造过程中使用的化学品处置不当而造成的直接环境影响，这不足为奇，因为在该区域，尤其是掸邦，制造甲基苯丙胺并不容易被发现。¹²¹ 非法集团在制造合成毒品时以无害环境的方式处置废物的可能性极小，发现这种危害可能只是时间问题。毒品和犯罪问题办公室外地办事处称，安全处置辑获的化学品也仍然是一项挑战，因为当局并不总是拥有安全处置可能危害环境的化学品所需的适当设施和培训。例如，仅在 2022 年，在柬埔寨的一次协调缉毒行动中，就在少数几个地点辑获了约 277 吨用于非法制造氯胺酮的化学品和化合物。¹²² 妥善处置大量有时易挥发的化学品可能需要数年时间，而且由于处理或储存不当，这些化学品有可能重新流入非法市场或污染当地环境。

图 26 2010-2022 年金三角相对于东亚和东南亚缉获的甲基苯丙胺所产生的化学废物估计数

	吨
--	---

资料来源：亚洲和太平洋药物滥用信息网络。

注：假设片剂平均纯度为 15%，晶体甲基苯丙胺平均纯度为 90%。根据按制剂对平均纯度的调整，并使用每 1 千克甲基苯丙胺产生 5-10 千克废物的估计范围，绘制了上限和下限。纯度信息系依据老挝人民民主共和国、缅甸和泰国甲基苯丙胺平均纯度调整缉获量。该区域的国家包括文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、中国香港、印度尼西亚、日本、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡、泰国和越南。

注释和参考文献

- 1 Martin Booth, 《鸦片史》(圣马丁格里芬出版社, 2013年)。
- 2 Gracie Lee, “追逐巨龙: 鸦片之祸”, 2015年10月1日。
- 3 Booth, 《鸦片史》。
- 4 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》, 2019年。
- 5 毒品和犯罪问题办公室, 《2023年东南亚鸦片情况调查》, 2023年。
- 6 国际危机组织, “湄公河沿岸的跨国犯罪和地缘政治竞争”(2023年8月18日, 比利时布鲁塞尔)。
- 7 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 8 Martin John Smith, 《缅甸: 叛乱与种族政治》(伦敦: Zed Books, 1999年)。
- 9 美国国务院, 《2000年国际麻醉品管制战略报告》(2001年, 华盛顿特区)。
- 10 在本报告中, “武装团体”是指基于种族、共同商业利益和其他因素而形成的各种团体。这些团体可能效忠于缅甸军方, 也可能不效忠于缅甸军方。详情请参见解说栏1。
- 11 John Buchanan, 《缅甸的民兵》(亚洲基金会, 仰光, 2016年)。
- 12 Mathias Bak, 《缅甸腐败和反腐败概述》(JSTOR, 2019年)。
- 13 2023年10月, 毒品和犯罪问题办公室会见了泰国和外国执法官员, 这些官员驻扎在泰国, 负责监测金三角及其周边地区的贩毒和相关犯罪趋势。
- 14 Booth, 《鸦片史》。
- 15 Buchanan, 《缅甸的民兵》。
- 16 Vanthana Nolintha, “三角地区发展动态: 老挝人民民主共和国的前景和挑战”, 《大湄公河次区域的五个三角地区》, 2012年。
- 17 Nucharee Supatn, “金三角和翡翠三角地区的区域发展动态: 泰国视角”, 《大湄公河次区域的五个三角地区》, Masami Ishida (石田真澄) 编著, 《BRC 研究报告》, 第11期(2012年)。
- 18 Masami Ishida, “大湄公河次区域五个三角地区的发展动态”, 《大湄公河次区域的五个三角地区》, 2012年, 第1-31页。
- 19 Juan Zhang, 《作为特区的赌场》, M Chettri 和 M Eilenberg 编辑(阿姆斯特丹大学出版社, 2021年)。
- 20 国际危机组织, “湄公河沿岸的跨国犯罪和地缘政治竞争”。
- 21 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚的赌场、洗钱、地下银行业务和跨国有组织犯罪: 一个不断加剧的潜在威胁”, 2024年1月。
- 22 毒品和犯罪问题办公室, “毒品和犯罪问题办公室主办金融调查技术课程”, 联合国: 毒品和犯罪问题办公室东南亚和太平洋区域办事处, 2019年9月20日。
- 23 美国财政部, “财政部制裁赵伟跨国犯罪组织”, 美国财政部, 2018年1月30日。
- 24 毒品和犯罪问题办公室, 《2010年世界毒品问题报告》(2010年, 奥地利维也纳)。
- 25 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 26 Bertil Lintner 和 Michael Black, 《疯狂的商人: 金三角的甲基苯丙胺爆炸式增长》(Silkworm Books, 2009年)。

- 27 Lionel Beehner, “缅甸的国家建设、军事现代化和跨境种族暴力”, 《亚洲安全和国际事务杂志》, 第 5 卷, 第 1 期 (2018 年): 第 1-30 页。
- 28 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2022 年)。
- 29 国际危机组织, “冰火两重天: 缅甸掸邦的冲突与毒品”(2019 年 1 月 8 日, 比利时布鲁塞尔)。
- 30 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 31 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”, 2023 年。
- 32 都柏林集团, 《东南亚地区报告》(2019 年 10 月, 比利时布鲁塞尔)。
- 33 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”。
- 34 同上。
- 35 同上。
- 36 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告》(2023 年, 奥地利维也纳)。
- 37 分析范围限制在 750 公里以内, 以考察金三角内外的事件。距离三国交界中心最远 750 公里的地区包括曼谷和仰光等主要国际港口城市。这样就可以对该区域非法行为体的贩毒事件进行更清晰的分析, 同时将可能面向东南亚以外出口市场的事件也包括在内。
- 38 2015 年的价格数据来自毒品和犯罪问题办公室年度报告调查表; 2022 年的数据来自亚洲和太平洋药物滥用信息网络。
- 39 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”。
- 40 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 41 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”。
- 42 同上。
- 43 同上。
- 44 同上。
- 45 同上。
- 46 同上。
- 47 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年东南亚鸦片情况调查》。
- 48 同上。
- 49 同上。
- 50 同上。
- 51 同上。
- 52 同上。
- 53 毒品和犯罪问题办公室, “毒品监测平台”, 未注明日期。
- 54 William D Moreto 和 Daan P van Uhm, “嵌套式复杂犯罪: 评估野生生物贩运、有组织犯罪和松散犯罪网络的融合”, 《英国犯罪学杂志》, 第 61 卷, 第 5 期 (2021 年 9 月 1 日): 第 1334-1353 页。
- 55 Buchanan, 《缅甸的民兵》。

- 56 Patrick Meehan, “缅甸的毒品、叛乱和国家建设: 为什么毒品贸易是缅甸政治秩序变化的核心”, 《东南亚研究期刊》, 第 42 卷, 第 3 期 (2011 年): 376-404 页。
- 57 Patrick Meehan 和 Seng Lawn Dan, “毒品与资源采掘: 缅中边境地区的鸦片种植和毒品使用情况”, 《农民研究杂志》第 51 卷, 第 4 期 (2023 年): 第 922-959 页。
- 58 Kevin Woods, “废墟中的橡胶: 中国农业综合企业在缅中边境地区‘武装主权’的投资定位”, 《领土、政治、治理》, 第 7 卷, 第 1 期 (2019 年 1 月 2 日): 第 79-95 页。
- 59 Juliet N. Lu, “挖掘橡胶: 中国的鸦片替代计划与老挝的橡胶生产”, 《农民研究杂志》, 第 44 卷, 第 4 期 (2017 年 7 月 4 日): 第 726-747 页。
- 60 Xiaobo Su, “重新定位云南: 安全与中缅地缘经济合作”, 《地区发展与政策》, 第 1 卷, 第 2 期 (2016 年): 第 178-194 页。
- 61 美国财政部, “财政部制裁赵伟跨国犯罪组织”。
- 62 全球见证组织, “利益冲突: 缅甸森林不确定的未来”, 2003 年 10 月。
- 63 全球见证组织, “缅甸的毒山”, 全球见证组织, 2022 年 8 月 9 日。
- 64 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 65 Moreto 和 van Uhm, “嵌套式复杂犯罪”。
- 66 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 67 Daan P. van Uhm 和 Rebecca WY Wong, “中国有组织犯罪和野生生物非法贸易: 在金三角地区的多样化和外包”, 《有组织犯罪趋势》, 第 24 卷, 第 4 期 (2021 年): 486-505 页。
- 68 同上。
- 69 同上。
- 70 Moreto 和 van Uhm, “嵌套式复杂犯罪”。
- 71 国际危机组织, “冰火两重天: 缅甸掸邦的冲突与毒品”。
- 72 毒品和犯罪问题办公室, “《2014 年世界毒品问题报告》, 第二章, 前体管制” (联合国出版物, 2014 年)。
- 73 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告》 (联合国出版物, 2023 年)。
- 74 Meehan, “缅甸的毒品、叛乱和国家建设: 为什么毒品贸易是缅甸政治秩序变化的核心”。
- 75 国际危机组织, “湄公河沿岸的跨国犯罪和地缘政治竞争”。
- 76 SiuSue Mark、Indra Overland 和 Roman Vakulchuk, “分享战利品: ‘一带一路’倡议在缅甸的赢家和输家”, 《东南亚时事杂志》, 第 39 卷, 第 3 期 (2020 年 12 月 1 日): 第 381-404 页。
- 77 Meehan 和 Dan, “毒品与资源采掘”。
- 78 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年东南亚鸦片情况调查》。
- 79 Lalita Gomez 和 Chris R. Shepherd, “老挝人民民主共和国的熊贸易与市场调查和缉获数据的观察”, 《全球生态与保护》第 15 卷 (2018 年 7 月 1 日), 文章编号: e00415。
- 80 Daan P. van Uhm 和 Mingxia Zhang, “老挝两个经济特区的非法野生生物贸易: 金三角边境地区的地下公开销售波动”, 《保护科学前沿》, 第 3 卷 (2022 年): 文章编号: 1030378。
- 81 van Uhm 和 Wong, “中国有组织犯罪和野生生物非法贸易: 在金三角地区的多样化和外包”。
- 82 Nickii Wantakan Arcado, “冰与不稳定: 泰国边境的非法资金流动”, 战略与国际研究中心 (博客), 2022 年 9 月 22 日。

- 83 国际危机组织, “湄公河沿岸的跨国犯罪和地缘政治竞争”。
- 84 Patrick Meehan, “‘五次耕地’: 缅甸掸邦西南地区停火局势中的鸦片和土地变迁”, 《土地变化杂志》, 第 22 卷, 第 2 期 (2022 年): 第 254-277 页。
- 85 Meehan 和 Dan, “毒品与资源采掘”。
- 86 Patrick Meehan, “不稳定、贫困与罂粟: 缅甸掸邦高原上的发展动态”, 《国际药物政策杂志》, 第 89 卷 (2021 年): 文章编号: 103064。
- 87 同上。
- 88 Meehan, “五次耕地”。
- 89 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年东南亚鸦片情况调查》。
- 90 Seng Lawn Dan 等, “缅甸北部的帕敢镇民间缉毒组织 (Pat Jasan) 根除毒品社会运动, 第一部分: 起源和反应”, 《国际药物政策杂志》第 89 卷 (2021 年): 103181。
- 91 Patrick Meehan 等, “缅甸掸邦年轻人走向毒品危害的日常途径”, 《第三世界季刊》第 43 卷, 第 11 期 (2022 年): 第 2712-2730 页。
- 92 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年东南亚鸦片情况调查》。
- 93 Patrick Meehan 和 Seng Lawn Dan, “毒品与资源采掘: 缅中边境地区的鸦片种植和毒品使用情况”, 《农民研究杂志》2023 年, 第 1-38 页。
- 94 Katie Hail-Jares 等, “与中缅边境女性工作者吸毒相关的职业和人口因素”, 《药物和酒精依赖》, 第 161 卷 (2016 年): 第 42-49 页。
- 95 Lucy Platt 等, “2014-2021 年缅甸参加减少危害方案的吸毒者中, 移民、矿区或边境地区对艾滋病毒发病率的影响: 回顾性队列研究”, 《medRxiv》, 2023 年, 2023 年 12 月 5 日, 文章编号: 23299510。
- 96 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年东南亚鸦片情况调查》。
- 97 Meehan 和 Dan, “毒品与资源采掘”。
- 98 同上。
- 99 Platt 等, “2014-2021 年缅甸参加减少危害方案的吸毒者中, 移民、矿区或边境地区对艾滋病毒发病率的影响: 回顾性队列研究”。
- 100 Yan-Heng Zhou 等, “中缅边境地区中国和缅甸静脉注射吸毒者艾滋病、乙肝病毒、丙肝病毒及合并感染率比较”, 《公共科学图书馆: 综合》, 第 6 卷, 第 1 期 (2011 年), 文章编号: e16349。
- 101 John Buchanan、Tom Kramer 和 Kevin Woods, “发展差异: 缅甸边境地区的区域投资”, 阿姆斯特丹: 跨国研究所, 2013 年, 第 23 页。
- 102 Kevin M. Woods, “小规模土地掠夺和自下而上的积累: 缅甸掸邦空间不均衡的土地变化中的暴力、胁迫和同意”, 《世界发展》, 第 127 卷 (2020 年), 文章编号: 104780。
- 103 Woods, “废墟中的橡胶”。
- 104 Meehan 和 Dan, “毒品与资源采掘”。
- 105 美国国务院, 《2023 年人口贩运报告: 缅甸》, 2023 年。
- 106 Saeed Rahimpour Golroudbary 等, “在绿色能源技术中使用稀土元素的全球环境成本”, 《整体环境科学》, 第 832 卷 (2022 年 8 月 1 日), 文章编号: 155022。
- 107 全球见证组织, “缅甸的毒山”。

- 108 Prashanti Sharma、Rajesh Bahadur Thapa 和 Mir Abdul Matin, “缅甸掸邦东枝县森林覆盖变化和毁林驱动因素研究”, 《环境、发展与可持续发展》, 第 22 卷, 第 6 期 (2020 年 8 月 1 日): 第 5521-5538 页。
- 109 全球森林观察, “缅甸森林砍伐率与统计数据”, 未注明日期, 2024 年 2 月 22 日查阅。
- 110 减少发展中国家毁林和森林退化所致排放量联合国合作方案/缅甸, “缅甸毁林和森林退化的驱动因素”, 2017 年 12 月, <https://www.myanmar-redd.org/wp-content/uploads/2018/02/Myanmar-Drivers-Report-final.pdf>。
- 111 Tristan Burns-Edel, “非法药物生产的环境影响”, 《全球社会杂志》, 第 4 卷 (2016 年)。
- 112 毒品和犯罪问题办公室, 《第五分册: 毒品与环境》, 载于《2022 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2022 年)。
- 113 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”。
- 114 这包括东亚和东南亚国家。
- 115 毒品和犯罪问题办公室, 《东南亚跨国有组织犯罪: 演变、发展和影响》。
- 116 这些估计数采用了各国报告的上一年流行率的最新估计数, 在某些情况下, 这些估计数已经过时, 在大多数情况下, 这些估计数可能夸大了总消费量, 因为消费量是由上个月的使用者驱动的。然而, 如果没有更及时、更准确的上月使用数据, 这些估计数就代表了各区域最合理的消费数量。
- 117 需要注意的是, 尽管大部分甲基苯丙胺来源于金三角, 但这一估计数中包括的一些国家可能不仅从金三角获取甲基苯丙胺, 而未纳入计算的邻近区域的一些国家除其他来源外, 也可能从金三角获取甲基苯丙胺。
- 118 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》。
- 119 Victoria Dittmar, “墨西哥的甲基苯丙胺生产对环境有毒”, 《洞察犯罪》, 2022 年 11 月 3 日。
- 120 毒品和犯罪问题办公室, 《第五分册: 毒品与环境》。
- 121 毒品和犯罪问题办公室, “东亚和东南亚合成毒品的最新发展动态与挑战”。
- 122 毒品和犯罪问题办公室, “新闻: 2022 年 8 月——毒品和犯罪问题办公室——全球合成毒品监测方案: 柬埔寨——东南亚成为非法制造氯胺酮的新热点?”, 2022 年 8 月。

03

性别、年龄与合成毒品

性别、年龄与合成毒品

导言

自 21 世纪初以来，合成毒品受到了越来越多的关注。合成毒品的制造性质和设计能力使得管制合成毒品比管制许多传统植物类毒品更具有挑战性。合成毒品往往可以在任何能够获得必要前体化学品的地方廉价而迅速地生产出来。此外，它们的性质多种多样，最近引起注意，这意味着相比于研究时间更长的传统植物类毒品，对合成毒品潜在风险的了解较少。《2023 年世界毒品问题报告》探讨了其中的若干动态，并描述了毒品合成可能继续扩大毒品市场并增加所造成危害的方式。¹

在这项工作的基础上，今年的章节旨在分析在考虑了市场参与者的性别和年龄²时，合成毒品的供求动态可能如何变化。流行病学文献记载了开始沾染合成毒品和有害使用合成毒品的途径，以及男女毒品消费模式的差异。尽管毒品使用行为中存在许多性别差异，在这一点上所有毒品概无例外，但也存在显著不同之处，在合成毒品的获取及其相关风险方面，男女各有不同的模式。虽然研究发现在非法药物供应链方面存在性别差异，³但很少以合成毒品为特别重点对这种差异进行分析。鉴于合成毒品进军新的区域并改变毒品市场的动态，本章在探讨合成毒品使用和供应时特别审查了性别和年龄（年轻人和青少年）方面的当代趋势和变化，有时还将这些方面与植物类毒品进行了比较。

各种分析的关键结果之一是，衡量毒品供应和使用情况发现，无论是植物类毒品还是合成毒品，男子均占压倒性多数。虽然存在一些重要的性别差异，但在因涉嫌贩运、分销和为吸食而持有毒品而遭到被捕者方面，男子往往占较大比例。在许多调查中，男子在自我报告毒品使用方面也占较大比例。

[解说栏开始

合成毒品

本章涉及的合成毒品主要包括苯丙胺类兴奋剂（苯丙胺、甲基苯丙胺、亚甲二氧基甲基苯丙胺）、合成卡西酮、合成大麻素受体激动剂以及范围广泛的医疗药品，如苯二氮草类、镇静剂、合成阿片类药物（包括药用阿片类药物）等，这些可能是假冒药品或从合法渠道转用、用于非医疗用途的药品。各类合成毒品的突出性因国家和区域而异。

2022 年或有数据的最近一年按毒品类型分列的最常用合成毒品（非医疗用途）

	曲马多
	药用阿片类药物
	甲基苯丙胺
	苯丙胺
	苯丙胺类药物*
	“摇头丸”类物质
	新精神活性物质
	合成卡西酮
	氯胺酮
	安定剂和镇静剂
	数据不详
	*苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

本图中所示边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。苏丹共和国与南苏丹共和国之间的最终边界尚未确定。图中的虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和

克什米尔控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府之间在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权归属上存在着争端。

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：国家最常用合成毒品排名的依据是某一国的类型、一国所报告的一种毒品的类型或一种具体的毒品。苯丙胺类药物包括甲基苯丙胺和苯丙胺，使用该术语的情况表示，一国没有具体说明或报告称甲基苯丙胺和苯丙胺在最常用合成毒品方面的排名相同。

本章利用官方和开源数据、对七个国家针对性选择的 92 名关键信息提供者的访谈、科学文献回顾（主要来自高收入国家，但也包括中等收入和低收入国家），以及官方报告，描述毒品需求和供应方面的性别和年龄差异。对所有资料进行了多方面分析，以显示本章所讨论的合成毒品各方面的性别差异，某些地方还显示了年龄差异。

对 92 名关键信息提供者的访谈是作为案例研究在七个国家进行的定性研究的一部分，这些人包括执法机构官员、（私营和公共部门的）保健服务提供者、与毒品使用者和有毒品使用经历的人打交道的非政府组织代表。关键信息提供者是根据他们对各自国家毒品现象的经验和知识针对性地选择而出，他们表达的意见不一定反映其整个国家的情况，不能外推到其他国家和地区，而是用来说明合成毒品在不同区域的不同表现。

2023 年进行的定性研究

	区域
	加勒比
	中亚
	中东
	南美洲
	东南亚
	西非
	国家
	特立尼达和多巴哥
	哈萨克斯坦
	约旦
	智利
	泰国
	尼日利亚和塞内加尔
	毒品
	药用兴奋剂
	α -PVP、甲氧麻黄酮、合成大麻素、合成阿片类药物
	“芬乃他林”
	氯胺酮、亚甲二氧基甲基苯丙胺、新型色胺
	甲基苯丙胺
	曲马多

解说栏结束]

合成毒品使用和毒品获得范围方面的性别差异

虽然妇女的总体毒品使用率仍然低于男子，但两性差异在各区域和毒品类型上有很大不同。在全球范围内，使用大麻、可卡因或海洛因的人中有近三分之一是妇女，但在医疗药品（特别是阿片类药物、安定剂和镇静剂）的非医疗用途方面，妇女与男子的占比几乎相当。⁴

毒品和犯罪问题办公室在不同国家和次区域收集的定性信息也证实，男子使用毒品的程度较高，但专家们指出，性别差距正在缩小。⁵ 例如，在智利，根据国家数据，接受访谈的国家减少需求专家指出，在某些年龄群体中，妇女的合成毒品使用流行率高于男子，⁶ 合成毒品被视为近期妇女毒品使用率上升的一个驱动因素。⁷ 同样，塞内加尔卫生部门的一名专家对该国“吸毒成瘾女性化”问题表示关切，指出，虽然男子的毒品使用流行率要高得多，但最近，女性使用毒品的增长率似乎明显高于男子。⁸ 同样在塞内加尔，一家治疗服务机构的负责人指出，与其他药物的使用相比，曲马多的非医疗用途在妇女中似乎更为普遍。⁹ 同样，在哈萨克斯坦和尼日利亚，受访者观察到，在至少某些类型的合成毒品（哈萨克斯坦为合成兴奋剂，尼日利亚为曲马多）方面，男子和妇女使用程度的差距要远小于更传统的植物类毒品。¹⁰ 哈萨克斯坦的一名受访者甚至表示，使用合成毒品的主要是妇女。¹¹

按性别分列的某些毒品类别使用者

	阿片剂
	可卡因
	大麻
	摇头丸类物质
	苯丙胺类药物
	非医疗用途药用阿片类药物

图 27 2022 年智利按性别和年龄分列的合成毒品使用程度

	年度流行率（百分比）
	妇女
	男子
	12-18 岁
	19-25 岁
	26-34 岁
	35-44 岁
	45 岁及以上

资料来源：国家吸毒和酗酒预防和康复服务局的第十五次全国普通人群毒品研究报告。

注：合成毒品类别包括没有处方的镇静剂、没有处方的止痛药、芬太尼、合成大麻、“摇头丸”、合成卡西酮或亚甲基二氧吡咯戊、二甲基色胺或称“火狐狸”、卡痛、“东莨菪碱”、无处方兴奋剂、甲基苯丙胺、“催情药 (poppers)”、麦角乙二胺、“苯环利定”、25 B-NBO Me 或 25 C-NBOMe、2C-B 或“tuci”、其他无处方药物、氯胺酮、伽马羟丁酸、苯环利定、N-苄基哌嗪和伽马丁内酯。

开始沾染合成毒品和持续使用动机方面的性别差异

神经生物学和内在因素以及身体虐待和/或性虐待史可能对开始沾染和持续使用毒品有影响

发现男女在开始沾染毒品和持续使用毒品动机方面存在差异。研究表明，影响毒品使用的因素可能存在性别差异，即神经生物学因素（例如，神经内分泌对压力和奖励的适应）以及内在因素（如人格和精神合并症）。^{12, 13, 14} 也有研究表明，卵巢激素（雌激素和孕激素）及其在月经周期中的变化水平等因素可能是造成妇女比男子对兴奋剂的“奖励”作用^{15, 16} 和阿片类药物的镇痛作用更敏感的因素。¹⁷ 社会性别角色也在调节吸毒者的毒品使用和治疗成果方面产生相互作用。虐待史（例如童年不愉快经历和亲密伴侣暴力行为）以及家庭成员、朋友和同龄人滥用药物等外部因素也可能对不同性别的毒品使用产生不同的影响。

自行用药和需要提高精力以便表现出色可能会导致使用合成毒品

一般来说，妇女对疼痛更敏感，比男子更容易遭受慢性疼痛；因此，她们更有可能被开具阿片类药物处方或以非医疗用途自行服用阿片类药物（没有处方），即便男子和妇女报告的疼痛程度相似。¹⁸ 妇女也更有可能滥用药用阿片类药物来自我药疗，以缓解焦虑或紧张等问题。^{19, 20} 另一方面，男子报告的海洛因使用频率更高，表明妇女可能更不愿意从非法市场获取毒品，以避免暴力风险或参与犯罪活动。²¹ 在塞内加尔接受采访的保健人员就以下方面提供的信息佐证了这一点，即：无监管或非医疗用途曲马多的发生率较高是否归结于对于疼痛的性别敏感度差异，以及通过正规和非正规药房和卖主获取医疗药品的容易程度。²²

男子和妇女都可能使用兴奋剂，期望使用兴奋剂能够提振精力。特别是，妇女可能使用兴奋剂（甲基苯丙胺）来克服兼顾工作与家务劳动、育儿和其他家庭责任导致的精疲力竭状况。^{23, 24} 减肥是使用兴奋剂的另一个动机，包括在无监管和非医疗用途的情况下使用苯丙胺类药物（包括药用兴奋剂），妇女尤其如此。^{25, 26, 27} 最后，有大量科学文献探讨了青年男子和妇女（特别是学生）非医疗用途使用甲基苯丙胺的情况，这些文献表明，他们使用甲基苯丙胺的目的是提高学习成绩，增强体力和生产力。^{28, 29, 30}

这些调查结果也反映在本章在不同国家进行的访谈中。虽然两性在开始沾染毒品和持续使用毒品（包括合成毒品）方面有一系列共同的原因，但更经常强调的、适用于妇女的原因包括疼痛管理和为解决焦虑、抑郁和家庭问题而进行的自行用药。^{31, 32} 相比之下，通常与男子更为相关的毒品使用动机包括提升工作表现和性表现，以及应对与养家糊口的期望有关的压力。³³ 这些观察的一个显著例外是，泰国的证词表明，提高工作表现是妇女使用甲基苯丙胺的一个重要动机。³⁴ 在塞内加尔，受访者指出，女性工作者非医疗用途曲马多的动机是为了应对工作，而在尼日利亚，执法机构的受访者提到，滥用曲马多的另一个动机是为了应对创伤，特别是在受“博科圣地”影响的地区。³⁵ 此外，在哈萨克斯坦，受访者强调，使用合成毒品来增强性体验（“药物性交”）既是男子，也是妇女使用此类毒品的重要动机。³⁶ 各国的受访者表示，包括曲马多或苯丙胺类药物在内的几种合成毒品被用于改善工作表现，因此，寻求延长工作时间、增强某些体验或减轻其他生活经历负面影响的个人可能更常使用这些药物。

受访者（其中有些人有吸毒经历）提到，年轻人使用合成毒品的动机包括希望提高其学业或工作表现、希望获得欣快感和娱乐以及同龄人使用毒品的影响。³⁷ 这些动机与老年人的通常动机形成对比，比如为疼痛管理而自行用药和希望缓解疲劳。³⁸ 一位受访者还指出，随着年轻人更多地使用社交媒体，他们更有可能了解新的合成毒品。³⁹

“主要是为了放松、娱乐和追求时尚。有些人只是想跳舞，玩得开心。”

(2023年11月，第27号访谈，私人戒毒治疗服务提供商)

同伴和父母的药物滥用以及不愉快的童年经历是开始沾染毒品和有害使用毒品的主要风险因素

一些研究探讨了一般毒品使用和使用甲基苯丙胺的风险因素和预测因素，特别是以北美和东南亚等地的青少年为对象，研究发现，表明青少年时期使用甲基苯丙胺及其成年后经常使用甲基苯丙胺的最强有力的预兆包括：多数发生在男童身上的外化行为（如攻击性、违法行为和多动症）、父母使用药物以及与不正经的同龄人（常态化使用药物）为伍。同性同龄人使用毒品被认为是造成男童在青春期吸毒的风险因素，女童并非如此，而使用毒品的恋人或亲密伴侣增加了女童和妇女开始和参与有害毒品使用行为的危险。女童开始沾染甲基苯丙胺的时间往往晚于男童，而且初次使用往往发生在娱乐场所、俱乐部环境或与伴侣毒品助性的情况下。^{40, 41, 42, 43, 44} 与吸毒者保持关系也被证明与妇女开始沾染和持续使用毒品有显著关联，亲密男性伴侣往往影响妇女的毒品使用模式，例如注射吸毒便是如此。⁴⁵

妇女不愉快的童年经历与开始沾染和使用阿片类药物和甲基苯丙胺有关

与开始沾染和持续使用毒品有关的一个主要因素是外化症状（攻击性、反社会人格障碍、违法行为等行为障碍和多动症以及注意缺陷多动障碍）和内化症状（抑郁、焦虑和创伤性痛苦）与有害毒品使用模式（包括合成毒品）及其对男女造成的后果存在关联或具有调节作用。⁴⁶ 例如，在青少年中，内化症状在女童中比在男童中更常见。⁴⁷

不愉快的童年经历会导致内化症状（抑郁、焦虑和创伤性痛苦）或外化症状（攻击性、违法行为和多动症），这些已被证明是开始沾染阿片类、患上阿片类使用病症和终身过量使用阿片类的重要预测因素。^{48, 49, 50} 若干研究表明，妇女经历种种不愉快童年的可能性高于男子，并且这种经历与初次沾染阿片类并患上阿片类使用病症和精神合并症，以及初次沾染甲基苯丙胺乃至后来形成依赖有关。^{51, 52, 53} 科学文献中发表的研究还报告称，在有童年不愉快经历的人群中，尤其是女性，这些经历可能会影响或作为中介因素，增加她们患精神病和自杀念头的风险。^{54, 54}

毒品使用在年轻人群中更为常见

所有国家的受访者都倾向于认为年轻人比老年人更倾向于使用合成毒品，在所有毒品中普遍都可以观察到这种模式。⁵⁶ 此外，与上文讨论的性别差异情形一致，青年男子被认为比其他人口群体更有可能使用合成毒品。⁵⁷ 一位来自代表尼日利亚吸毒者的民间社会组织的受访者补充说，虽然曲马多是一种长期存在于全国市场的合成阿片类，所有年龄组都在使用，但年轻人更有可能使用“较新的”合成毒品，如各种合成大麻素。⁵⁸

一些合成毒品特有的考虑因素

虽然前面的讨论确定了一些与合成毒品方面性别和年龄差异有关的跨领域主题，但必须认识到，这些观察结果中大多数并非合成毒品特有。例如，男子毒品使用率较高、妇女遭受污名化现象更为严重，以及年轻人中危险行为增加，这些情况同样适用于植物类毒品。从这一角度来看，就毒品需求甚至供应方面的现有性别和年龄动态而言，合成毒品与植物类毒品差别不大。然而，有许多因素使合成毒品对使用毒品的妇女和青年人特别有吸引力。

受访者就合成毒品的“诱惑力”或吸引力提出了一些看法。首先，一些受访者指出，妇女在无监督情况下或为非医疗用途获取和使用通常在正规或非正规分销点或“药房”中

可以找到的合成毒品，遭受污名化的风险可能较小。⁵⁹ 举例来说，对于进入药房或其他提供伪造药品或非法转用药品分销点的妇女，其行为可视为有合理的解释，不会被自动污名化为吸毒者。来自塞内加尔卫生部门的两名受访者也有同感，指出妇女尤其喜欢使她们能够谨慎使用毒品而不会被视作吸毒者的产品。⁶⁰

“当你观察可卡因和海洛因时……[会发现]男子滥用的情况更多，但服用这些毒品的女性非常少。但如果你观察曲马多的情况……它实际上是一种人们可以滥用的处方药，所以妇女更容易获得。”（2023年11月，第2号访谈，精神病学家）

一名来自塞内加尔执法机构的受访者就某些合成毒品具有合法医药用途一事提出了一些相关的意见。关键信息提供者指出，法官就贩运曲马多作出的判罚往往比大麻等传统植物类毒品贩运作出的判罚要轻。其中一个原因是，法官往往将非法经销曲马多视为非法药品贸易或作为“未经授权的药店”经营，而非毒品贩运。相对较轻的处罚又增加了合成药品贩运的吸引力。⁶¹

第二，一些受访者强调合成毒品（特别是片剂或胶囊）是传统、植物类毒品的一种更为谨慎的替代品。在尼日利亚和塞内加尔，一些来自戒毒治疗服务机构和有毒品使用经历的关键信息提供者认为，合成毒品（如曲马多）为使用者提供了一种不引人注目、无气味的方式，以达到预期的欣快效应，这使得这些药物对担心被人看到在公共场合主动吸毒的年轻人特别有吸引力。⁶² 两位来自哈萨克斯坦的受访者（一位是心理学家，一位是来自有毒品使用经历人员网络的个人）表示，合成毒品可能更受某些人的青睐，特别是年轻人，因为他们认为这些毒品更难用常规毒品检测方法检测出来。⁶³ 来自哈萨克斯坦的一位执法机构受访者对这一思考方式也有同感，表示相比于需要专门注射空间的海洛因等“传统”毒品，合成毒品不需要太多准备即可吸食或吸入。⁶⁴

“所以，如果你想吃一片药，比如说一片曲马多，没有人会知道你吃了什么，但是它的效果和酒精差不多。如果我喝了一杯酒，当你走进我的公寓，就会因为气味知道我喝了酒。但如果我服用了一片曲马多……你甚至不会注意到我服用了任何东西（2023年11月，第3号访谈，执法机构研究员）”

第三，一些受访者提到，无接触配送在一些国家已经成为合成毒品配送的常态，这种方式对年轻人和妇女更有吸引力。可将其理解为反映了这样一个事实，即街头市场上的传统面对面销售由（老年）男子主导，因此对年轻人或妇女没有吸引力。然而，虽然强调无接触式配送是合成毒品市场的一个特点，但这并不意味着其不能适用于传统植物制成毒品的市场。

妇女因使用合成毒品面临更严重的不良健康结果和社会后果

由于吸毒的男子人数较多，无论是植物类毒品还是合成毒品均是如此，受访专家指出，总体而言，男子的总体疾病负担以及由于使用毒品造成的不良健康和社会后果均更为严重。⁶⁵

专家们还指出，目前市场上的新型合成毒品种类繁多，其药理学性质鲜为人知或研究甚少，并且可能具有强烈的精神作用，这可能给治疗因吸毒出现急性不良反应或有吸毒病症的男子和妇女带来更多挑战。⁶⁶

然而，妇女吸毒者面临更严重的不良健康和社会后果，因为她们增加毒品消耗量（如阿片类药物和苯丙胺类药物）的速度往往比男子更快，从而加速了吸毒病症的发作——在接受阿片类和兴奋剂吸毒病症治疗的妇女中观察到了这种“伸缩效应”。^{67, 68} 接受吸毒病症治疗的妇女通常比男子更有可能罹患精神合并症和遭受亲密伴侣间暴力，吸毒妇女的性和生殖健康风险也随之升高。^{69, 70, 71}

在一项关于接受甲基苯丙胺使用病症治疗者的研究中，相比于男子，妇女报告遇到甲基苯丙胺使用相关问题的年龄更小；妇女报告与使用甲基苯丙胺相关的问题也更为严重，并且在过去一年中，妇女比男子更有可能注射甲基苯丙胺。此外，妇女的心理负担更重，报告更频繁采用情绪应对策略（利用各种技巧处理和应对压力情形带来的感受）⁷²，且不健康的童年经历多于男子。⁷³ 身为母亲、又是吸毒病症患者的妇女遭受的污名化程度更高，并且有失去子女监护权的风险，因而积累了更多的不良生活事件。⁷⁴

“某种社会学现实赋予男子以自由，但这种自由却未曾赋予妇女”（第 83 号访谈，认识和信息中心服务提供者，2023 年 12 月）

社会污名、妇女经济权力较低和重男轻女的社会安排对吸毒妇女产生了一系列负面影响

代表不同部门的关键信息提供者提供了若干理由，说明为什么一般认为妇女受毒品使用的影响更为严重。最重要的是，这七个国家的关键信息提供者一致认为，妇女受毒品使用相关污名的影响要大得多。⁷⁵ 除社会污名外，还报告了妇女经济权力较低和重男轻女的社会安排等其他因素对吸毒妇女造成的一系列负面影响。首先，受访专家认为，相比于男子，妇女因毒品使用、觅药行为或其伴侣和熟人使用毒品而面临更大的风险，包括遭受亲密伴侣暴力、性虐待和精神虐待。⁷⁶ 科学文献报告称，在为毒品或金钱进行性交易的背景下，性行为之后或期间也常常发生身体虐待行为。^{77, 78} 许多无家可归的贫穷妇女，特别是形成药物依赖的贫穷妇女，也依赖男子提供经济支助，并可能以性换取甲基苯丙胺等毒品，从而面临多方面虐待。⁷⁹

一些合成毒品被认为在体内的作用时间较短（例如，芬太尼与海洛因相比）；⁸⁰ 相比于鼻息或吸食可卡因，吸食甲基苯丙胺等其他毒品的作用持续时间更长。⁸¹ 然而，由于甲基苯丙胺和芬太尼所带来的快感和“愉悦效应”持续时间相对较短，因此需要频繁摄入或注射，同时伴随着不安全注射行为的相关危害。^{82, 83}

传统的性别角色以及性别权力结构和关系造成了妇女的脆弱性，而这种脆弱性也可能让她们更有可能进行危险性行为和注射行为，从而增加了感染艾滋病毒、病毒性肝炎和其他性传播感染的风险。^{84, 85, 86, 87} 性别暴力还大大增加了吸毒妇女和女童感染艾滋病毒和其他性传播感染的风险。⁸⁸ 此外，合成毒品的可获取途径增多，可能会进一步加剧吸毒妇女在这些方面的脆弱性和问题。

歧视、暴力和身体虐待也可能妨碍妇女寻求卫生保健

许多受访者，无论是过去有过毒品使用经历，还是提供过服务，均强调指出，妇女因参与毒品使用而面临的风险增加，这还体现在遭受当局虐待（例如，警察因妇女持有毒品或从事性工作而对其予以逮捕）或其他本应帮助人们的服务提供者（例如，卫生保健工作者）的虐待。⁸⁹ 尤其是，这可能使一些妇女不敢寻求帮助，或让先前遭受的身体虐待或性虐待变本加厉。例如，在北美的一项研究中，使用阿片类药物的街头妇女评论说，除了面临街头暴力和虐待之外，吸毒和性工作相关犯罪与污名化现象使她们不愿报告用药过量，这有可能会增加用药过量相关伤害的风险，其中包括死亡。⁹⁰ 在北美的其他研究中，使用阿片类药物的脆弱人群报告称，对暴力和性虐待的恐惧使他们无法使用相关服务。^{91, 92} 此外，

在街头性工作与毒品市场的混杂环境中，性工作者更有可能面临伤害，因为这两种活动都被犯罪化，如果性工作者与客户之间的往来涉及毒品使用，则更是如此。⁹³

妇女使用毒品遭到污名化程度更高，这往往意味着她们更有可能遭到家庭和/或社区的排斥。⁹⁴ 在这方面，一些代表精神卫生服务机构的受访者谈到毒品使用对妇女的“社会关系”或“人际交往”造成的后果（如家庭破裂），而非对男子的“经济”影响（如失业）。⁹⁵ 妇女遭受污名和较低的经济实力也可能导致她们需要从事性工作和以性换取毒品。⁹⁶ 此外，包括有毒品使用经历在内的一些受访者提到，妇女更有可能从事危险的性行为，这是更影响妇女的一种健康后果。⁹⁷ 最后，哈萨克斯坦的一位有毒品使用经历的受访者指出，注射吸毒的妇女如果与其伴侣共用针头，其感染艾滋病毒的风险可能会特别高。⁹⁸ 数据还显示，妇女注射吸毒的可能性低于男子，但与注射吸毒的男子相比，确实注射吸毒的妇女感染艾滋病毒的可能性更高。⁹⁹

“性别因素发挥了很大作用。男子的观点如下：‘我先注射，因为我比我的女伴更为不适。她总是第二个注射的’。如果发生这种情况，那么女性感染艾滋病毒的风险更高。”（第 28 号访谈，有吸毒经历的人，2023 年 11 月）

年轻人更有可能因使用毒品卷入刑事司法系统

关于年龄，受访者指出毒品使用的两个后果对年轻人的影响更大。首先，人们认为年轻人更有可能因使用毒品而卷入刑事司法系统。¹⁰⁰ 这主要归结于在吸毒青年男子中发现有反社会、攻击性和破坏性行为（外化症状），尽管一名受访者表示，戒毒可能往往是年轻人中破坏性行为或问题行为的驱动因素。¹⁰¹ 其次，人们认为年轻人更有可能从事危险性行为，相应地增加了感染性传播疾病的风险。这种观察结果适用于大多数国家，但在哈萨克斯坦尤为明显，该国受访者一再强调年轻人参与的“化学性交”的做法。¹⁰² 塞内加尔的受访者还提到，年轻人被赶出家门是使用毒品的另一个后果，而这又使年轻人更难解决其毒品使用问题或寻求专业帮助。¹⁰³

[解说栏开始

“化学性交”和在性方面使用合成毒品

科学文献中通常将在性关系中（特别是男男性行为者群体中）使用合成毒品的行为称为“化学性交”或“毒品助性”；并将这种行为描述为在性活动期间使用特定药物来维持、增强、放开或者促进性体验。^{a, b, c, d, e, f} 科学文献中已经报道了三种合成毒品在“化学性交”中的单独或组合使用情况。这些毒品包括甲基苯丙胺、甲氧麻黄酮和伽马羟丁酸或伽马丁内酯，它们通常与亚甲二氧基甲基苯丙胺、氯胺酮或可卡因和西地那非、他达拉非或伐地那非（用于治疗勃起功能障碍的药物）以及亚硝酸戊酯一起使用。^{g, a, b}

除了增强性表现和增强性快感的动机外，在性关系中使用合成毒品的其他动机还包括消除（性行为）的耻辱感，获取归属感、情感放开感、一体感、共情或同情（迷幻作用），以及有助于建立关系和促进与多个伙伴在较长时间内的性交。^{h, g}

在男男性行为者中，毒品助性也超出了“化学性交”的范围。例如，异性恋夫妇和伴侣中也有使用伽马羟丁酸和甲基苯丙胺的报告。在这种情况下，伽马羟丁酸为有意使用，与之前报告的作为“约会强奸药物”的使用不同，其目的是为了增强伴侣间的社交和性活动。^{i, j}

在性关系中使用毒品与高风险性行为有关，包括与多个伴侣进行无保护性行为，并增加了感染艾滋病毒和病毒性肝炎等性传播感染的风险。例如，异性恋甲基苯丙胺使用者进行危险性行为的几率比非甲基苯丙胺使用者高得多。^k

此外，与男子相比，使用甲基苯丙胺的妇女更倾向于进行性行为，特别是高风险性行为，其感染艾滋病毒、病毒性肝炎和其他性传播感染的几率增加。^{l,m,n}

- ^a Hélène Donnadieu-Rigole 等，“与毒品助性相关的并发症：我们能从文献中学到什么？”，《神经科学前沿》，第 14 卷（2020 年 11 月 27 日），文章编号：548704。
- ^b Steven Maxwell、Maryam Shahmanesh 和 Mitzy Gafos，“男男性行为中的化学性交：系统性文献综述”，《国际药物政策杂志》，第 63 卷（2019 年 1 月）：第 74-89 页。
- ^c Carol Strong 等，“艾滋病毒、化学性交，以及需要采取减少危害干预措施以支持同性恋、双性恋和其他与男子发生性关系的男子”，《柳叶刀·艾滋病》，第 9 卷，第 10 期（2022 年 10 月），第 e717-e725 页。
- ^d Sharful Islam Khan 等，“甲基苯丙胺使用对孟加拉国达卡性别和性多元化人群性生活的影响：定性研究”，《性行为档案》，第 50 卷，第 2 期（2021 年 2 月）：第 479-493 页。
- ^e T. Charles Witzel 等，“曼谷男男性行为中的化学性交：一项探索关键信息提供者对化学性交背景、危害和支持策略看法的概略研究”，Siyani Yi 编辑，《美国科学公共图书馆全球公共卫生》，第 3 卷，第 8 期（2023 年 8 月 25 日），文章编号：e0002295。
- ^f 联合国毒品和犯罪问题办公室，“《面向使用兴奋剂药物者的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助》技术指南”（毒品和犯罪问题办公室，2019 年）。
- ^g Raffaele Giorgetti 等，“当‘化学’遇到性：一种被称作‘化学性交’的新兴现象”，《当代神经药理学》，第 15 卷，第 5 期（2017 年 6 月 15 日）。
- ^h Anne Deborah Scholz-Hehn 等，“男男性行为者的药物滥用和化学性交——一个潜在的类分析”，《药物问题杂志》，第 52 卷，第 1 期（2022 年 1 月）：第 83-96 页。
- ⁱ Jack Freestone 等，“控制快感和风险：性体验和使用伽马羟丁酸的多元性别者”，《国际药物政策杂志》，第 105 卷（2022 年 7 月），文章编号：103747。
- ^j Yu Mon Saw 等，“中缅边境城市缅甸木姐市甲基苯丙胺使用者高风险性行为的性别差异：谁处于风险之中？”，《BMC 公共卫生》，第 18 卷，第 1 期（2018 年 12 月），文章编号：209。
- ^k James B. Hittner，“异性恋者使用甲基苯丙胺与高风险性行为之间关联的元分析”，《成瘾行为心理学》，第 30 卷，第 2 期（2016 年）：第 147-157 页。
- ^l Kiersten L. Johnson 等，“使用甲基苯丙胺的妇女的危险异性性行为的相关性”，《药物问题杂志》，第 46 卷，第 2 期（2016 年 4 月），第 148-160 页。
- ^m Jennifer Lorvick 等，“使用甲基苯丙胺的妇女的性快感和性风险：一项混合方法研究”，《国际药物政策杂志》，第 23 卷，第 5 期（2012 年 9 月），第 385-392 页。
- ⁿ Mostafa Shokoohi 等，“发展中国家背景下从事性工作的妇女使用结晶甲基苯丙胺的情况及其相关因素”，《药物和酒精依赖》，第 185 卷（2018 年 4 月）：第 260-265 页。

解说栏结束]

北美的阿片类危机——与合成阿片类药物有关的性别和用药过量风险

在北美，由于使用阿片类药物，包括非法制造、更有效的芬太尼及其类似物，以至于出现阿片类危机，导致用药过量致死人数前所未有。¹⁰⁴2022年，加拿大报告了7,525例阿片类用药过量致死案例（年龄调整后的死亡率为每10万人19.6例），较2016年的2,831例阿片类用药过量致死案例（年龄调整后的死亡率为每10万人7.8例）有所增加；¹⁰⁵在加拿大报告的阿片类致死案例中，大多数涉及芬太尼（82%），且多为男子（70%）。

在美国，2022年在超过100,000例药物过量致死案例中，有81,806例归因于阿片类药物（年龄调整后的死亡率为每10万人25.0例）。自2010年以来，阿片类用药过量致死人数增加了近四倍，尽管自2021年以来用药过量致死人数已趋于稳定。同样在美国，超过70%的阿片类用药过量致死者为男子。¹⁰⁶从2010年到2022年，因药用阿片类药物导致的用药过量致死人数保持稳定，但从2014年开始，因合成阿片类药物（主要是芬太尼）导致的阿片类用药过量致死人数显著增加，2010年至2022年间增加了24倍以上。在此期间，男子合成阿片类过量致死人数的增加幅度几乎是妇女的2.5倍。同期，因精神兴奋剂（主要是甲基苯丙胺）导致的用药过量致死人数也增加了18倍，尽管在这一数字中，超过60%的用药过量致死案例可归因于精神兴奋剂，其中包括合成阿片类药物（芬太尼）。¹⁰⁷而从2010年到2022年，因精神兴奋剂（主要是甲基苯丙胺）导致的用药过量致死人数仅增加了9倍。

从易遭受健康风险方面来看，社会、结构和人际因素对人口群体的影响不同

社会因素（如种族化做法、贫穷和性别规范）、结构性因素（如政策和犯罪化）和人际因素（如性别暴力）对不同人口组别产生的影响不同，因为这些人群易受交叉健康风险（如用药过量）的影响，而且获得保健服务的机会有限。¹⁰⁸

在美国，就不同种族和性别群体而言，因阿片类药物导致的用药过量致死率增幅各不相同。2013年至2020年间，全国男子合成阿片类药物过量致死率上升了2,209%，而妇女的这一比例为991%。然而，黑人男子因合成阿片类用药过量致死的粗死亡率增加了6,890%，黑人妇女则增加了2,140%，这一增幅超过了白人妇女（840%）和白人男子（2,022%）的合成阿片类用药过量致死率。¹⁰⁹

在北美洲，男女在易遭受毒品相关伤害和面临非致命和致命用药过量风险方面也存在显著差异。例如，在一项针对社区吸毒者的研究中，据称，使用阿片类药物的妇女自我报告无意中接触芬太尼和可能用药过量的可能性比男子高两倍。¹¹⁰每天使用或注射海洛因的妇女报告无意中接触芬太尼的可能性较低，因为她们可能认为海洛因中会含有芬太尼。¹¹¹同样，在另一项研究中，男子和妇女均将用药过量视为一种“慢性”状况，并且显然对风险不敏感。男子和妇女描述了其他与健康、安全和获取治疗服务相关的风险，这些风险常常超越了他们对用药过量的恐惧或担忧。妇女对身体暴力和性暴力更为恐惧，超过了对用药过量风险的恐惧，她们优先考虑照顾孩子和与儿童保护服务机构保持关系，而男子对因获取和使用街头毒品而遭到暴力和监禁的恐惧超过了对过量使用风险的恐惧。¹¹²此外，由于担心遭到暴力和虐待，妇女不敢利用保健服务。因此，在有当地吸毒情景的边缘化空间中，使用阿片类药物的妇女可能会认为其遭到阿片类相关伤害的风险更高。¹¹³

图 28 2010-2022 年按性别分列的美国阿片类用药过量致死情况

	用药过量致死人数
	任何阿片类用药过量致死人数
	90,000
	80,000
	70,000
	60,000
	50,000
	40,000
	30,000
	20,000
	10,000
	男子任何阿片类用药过量
	妇女任何阿片类用药过量
	用药过量致死人数
	合成阿片类药物过量致死人数
	80,000
	70,000
	60,000
	50,000
	40,000
	30,000
	20,000
	10,000
	妇女
	男子

资料来源：疾病控制中心，国家用药过量致死人数，疾控中心 WONDER 系统，多种死亡原因，2024 年。

妇女在获得治疗和其他服务方面面临过多障碍

七个国家受访的关键信息提供者普遍认为，妇女在获得向吸毒者提供的保健和社会服务并从中受益方面普遍面临过多障碍。正如受访者所提到的，造成这种性别差距的原因分为四大类。首先，常常对可获取的戒毒治疗服务缺乏了解，特别是妇女。¹¹⁴ 其次，往往缺乏针对具体性别的设施和服务。¹¹⁵ 这意味着妇女很难找到满足其需求的服务，可能需要使用那些未针对其需求而设计的服务，因而可能并不适宜或适合她们。第三，如上所述，与毒品使用相关的污名化现象对使用毒品的妇女造成更严重的影响，导致妇女不愿主动寻求现有服务。¹¹⁶ 出于这个原因，一位受访者表示，根据寻求治疗者的数据推算吸毒妇女估计数可能会具有高度误导性，因为这样做可能会导致低估吸毒妇女或有吸毒病症的妇女数量。强调导致这种现象的第四个因素是服务成本，由于妇女的经济和社会状况或资本力量较为脆弱，她们可能难以承担这一成本。¹¹⁷ 塞内加尔的一位受访者承认成本是一项障碍，但确实也提到，性工作者在综合诊所中可以享受补贴甚至免费服务。¹¹⁸

“对男子[及其毒品使用]有一定的宽容。但对于妇女而言，则毫不容情，妇女内心认同这一点。”（第 83 号访谈，认识和信息中心服务提供者，2023 年 12 月）

“她们[妇女]害怕去保健设施，害怕被污名化，害怕听到自己不喜欢的言辞，害怕被评判……这种恐惧阻碍她们前往这些机构。”（第 84 号访谈，妇女民间社会组织代表，2023 年 12 月）

重要的是，正如一些受访者所观察到的，在获得服务方面存在差距的原因不仅仅与缺乏专门针对吸毒病症的服务有关，还涉及吸毒者由于使用毒品的污名化现象而可能希望利用的各种各样的服务，例如家庭暴力庇护所。例如，哈萨克斯坦两名有毒品使用经历的受访者指出，使用毒品的妇女不被允许使用暴力受害者危机中心。¹¹⁹ 这一点得到了研究结果的证实，研究结果概述了在获得和提供一系列戒毒治疗服务方面的性别差异和障碍。^{120, 121, 122}

“在我国，如果一名妇女行为失常，则无权在危机中心接受社会援助或接受有关暴力的咨询。”（第 32 号访谈，吸毒者网络代表，2023 年 12 月）

普遍缺乏青少年戒毒治疗服务

关于年龄差异，认为年轻人（特别是未成年人）与妇女的境况类似，同样面临过多障碍。这些障碍包括缺乏适龄或针对具体年龄的服务，对现有服务缺乏认识以及往往无法负担现有服务的费用。¹²³ 此外，与妇女的情况类似，还提到污名化的作用及由此不愿寻求帮助，是阻碍年轻人获取治疗的因素，例如，如果子女主动坦白自己为吸毒者，将通知其父母即是这种情形。¹²⁴ 在许多国家，未满 18 岁的未成年人，在没有父母同意的情况下，无法获得药物治疗或其他保健服务。^{125, 126, 127} 一些受访者还提到，有吸毒病症的未成年人需要征得父母同意并且需要提供法律文件，才能开始接受治疗，而这可能成为获取服务的主要障碍。¹²⁸ 一些受访专家称，如果父母担心因为子女吸毒而遭到社会污名化，担心与使用毒品者登记相关的法律程序，或者他们本身对使用毒品持污名化态度，那么他们可能不会同意。在由国家“禁毒部门”负责提供戒毒治疗服务的国家，一些专家报告称，青少年因为吸食和持有毒品相关的指控而被捕时，他们会被关押在“青少年惩戒所”，但如果需要，他们会在成人治疗机构中接受治疗。¹²⁹

“青少年或年轻人会认为‘我要去找麻醉医生谈谈，但他们会立即通知我的父母’。”（第 32 号访谈，吸毒者网络代表，2023 年 12 月）

毒品获取方面的差异

受访者普遍注意到，妇女获取毒品的常见方式是通过其直接社交圈中的成员，如伴侣和朋友。¹³⁰ 受访者强调，如果妇女自己直接购买毒品，则获取方式包括上门配送、在俱乐部购买，对于性工作者而言，还包括通过其皮条客购买。¹³¹ 因此，妇女频繁前往街头市场或已知热点地区购买毒品的情况少于男子，而男子往往从街头市场的陌生人或经销商手中购买。¹³² 造成这种差异的主要原因是街头购买被认为对妇女而言存在显著的安全风险。¹³³ 塞内加尔的保健服务和药房的受访者指出，另一个原因是，由于文化期望和社会规范的存在，妇女（特别是年轻妇女）去酒吧等某些公共场所的行为变得不太寻常，至少在没有男性陪同的情况是如此。¹³⁴ 因此，通过邮件、投递箱、非正规网络和配送点（如西非和中非的非正规药房）获取合成毒品，包括用于不受监管或非医疗用途的医疗药品，对妇女而言具有优势。

已广泛研究了使用合成毒品背景下用性交易换取毒品或以金钱交易换取购买毒品的现象。¹³⁵ 科学文献中也讨论了妇女，包括青春期少女通过性交易获取甲基苯丙胺或其他合成毒品的现象，特别是在涉及性别化的权力态势和强调女性气质的文化背景下，即社会认可的女性气质模式将妇女定位为男子的补充和从属。^{136, 137, 138}

关于与合成毒品获取有关的年龄差异，受访者的证词表明，年轻人最倾向于脱离传统当面销售的模式，特别是在街头市场或热点地区。相反，他们更喜欢（通过线上或电话安排）送货上门的方式，或从朋友和熟人那里获取毒品。¹³⁹ 在哈萨克斯坦，还强调社交媒体平台也是获取毒品的重要渠道，塞内加尔和泰国在较少程度上也是如此。¹⁴⁰ 受访者提供的原因包括年轻人熟悉新技术，以及传统市场由老年人主导，因此可能对年轻人缺乏吸引力。¹⁴¹

“现在你不必以分销阿片类药物的方式去找毒贩。这一切都是通过一个人，你必须要有接触该毒贩的渠道。现在都是通过 Telegram。”（第 32 号访谈，吸毒者网络代表，2023 年 12 月）

涉毒犯罪在逮捕和被刑事司法系统查办方面的性别差异

对毒品供应相关数据（例如，按性别分列的因涉毒犯罪被捕者人数和报告罪犯性别的单次事件相关缉获情况）的研究显示，男女之间存在若干差异。

会员国¹⁴² 报告的全球数据显示，刑事司法系统查办的大多数涉毒犯罪者为男子。2010 年至 2022 年，在所有因涉毒犯罪而遭到逮捕者（包括毒品生产和贩运罪以及自用持有毒品罪）中，近 90% 都是男子。而 2010 年至 2022 年间，全球不同国家妇女的这一比例介于 0% 到 37% 不等，在警方正式查办的涉毒犯罪中，任何国家的妇女人数均未超过男子。妇女涉毒犯罪的比例逐年略有上升，从 2010 年的 8.6% 上升到 2022 年的 10.8%。然而，数据收集和报告方面的缺口要求在解释这些全球估计时谨慎行事。鉴于新的合成毒品可能很快进入市场（新精神活性物质可能很快退出市场），或者被收集或报告逮捕或缉获数据的人士错误辨识，因此数据缺口对合成毒品而言可能更具有相关性。

因涉毒犯罪被警方查办者的相关数据表明，妇女因合成毒品而被查办的比例（2015-2019 年期间为 15.1%）总体高于因植物类毒品而被查办的比例（同期这一比例为 10%）。这一情况同时适用于毒品持有和贩运。与此同时，数据还显示，无论毒品类别如何，妇女因持有毒品被逮捕的比例总体上高于因贩毒被逮捕的比例。¹⁴³

然而，在每类毒品中，即植物类毒品和合成毒品之间，也存在差异。（2015 年至 2019 年间）因涉毒犯罪被捕妇女的平均比例因具体毒品而异，植物类毒品的这一比例介于 1.1% 到 15.6% 不等，而合成毒品的比例介于 3.7% 到 27.5% 不等。¹⁴⁴

各国之间也存在差异。2015 年至 2019 年间，在北美、大洋洲、欧洲和东亚，因合成毒品犯罪被捕的妇女比例高于因植物类毒品相关犯罪被捕的比例，而在拉丁美洲、非洲、近东和中东、中亚、南亚及东南亚，若干国家则报告了相反的情况。¹⁴⁵

图 29 2010-2019 年因涉毒犯罪而被警方正式查办的妇女比例

	妇女比例（百分比）
	合成毒品
	植物类毒品

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：数据涵盖 98 个国家，比例按原始平均值计算。

图 30 2015-2019 年因涉毒犯罪而被警方正正式查办的妇女比例，按毒品犯罪类别分列

	妇女比例（百分比）
	持有毒品
	10.4%
	16.1%
	贩毒
	9%
	13.4%
	持有和/或贩运毒品
	10%
	15.1%
	植物类毒品
	合成毒品

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：资料基于 64 个国家和地区在 2015-2019 年间报告的数据，包括 13 个非洲国家和地区、15 个亚洲国家和地区、15 个美洲国家和地区、19 个欧洲国家和地区及 2 个大洋洲国家和地区。

示图 12 2019 年或有数据的最近一年（2015-2018 年）妇女涉毒犯罪*中占比最高的毒品类别

	妇女占比最高的毒品类别
	植物类毒品
	合成毒品
	数据不详

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。苏丹共和国与南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。图中标虚线大致代表印度与巴基斯坦所商定的查谟和克什米尔控制线。查谟和克什米尔的最终地位尚未得到双方同意。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府之间在福克兰群岛（马尔维纳斯）的主权归属上存在着争议。

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：示图基于从 61 个国家和地区收到的资料，包括 12 个非洲国家和地区、14 个亚洲国家和地区、15 个美洲国家和地区、18 个欧洲国家和地区及 2 个大洋洲国家和地区。总体而言，在 44 个国家和地区中，使用合成毒品的妇女比例高于使用植物类毒品的妇女比例，而在 17 个国家和地区中，使用植物类毒品的妇女比例高于使用合成毒品的妇女比例。

* 在因涉毒犯罪（持有和贩运毒品）而被警方正正式查办的人中，妇女比例最高的毒品类别。

图 31 2015-2019 年因涉毒犯罪而被警方正正式查办的妇女比例，按毒品分列

	涉案女性比例（百分比）
	其他植物基物质 15.6%
	海洛因 14.9%
	可卡因 14.6%
	平均值 10%

	大麻类 9.7%
	植物类新精神活性物质 1.1%
	27.5%甲基苯丙胺
	24.8%杂项
	23.4%药用阿片类药物
	19.2%其他未受国际管制的物质
	19.0%伽马羟丁酸
	17.4%苯丙胺类兴奋剂
	17.2%安定剂和镇静剂
	16.7%合成毒品
	15.7%致幻剂
	15.1%平均值
	14.3%合成阿片类药物
	10.6%其他新精神活性物质
	8%其他兴奋剂
	5.1%“摇头丸”
	3.7%精神药物
	植物类毒品
	合成毒品

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。

会员国¹⁴⁶报告的资料表明，因毒品犯罪被起诉、定罪或判刑的妇女比例低于男子，这可能是由于妇女因持有毒品相关犯罪被起诉、定罪或判刑的比例高于因贩毒相关犯罪被起诉、定罪或判刑的比例。然而，尚难以确定这些差异还与男女贩运的毒品种类有关，因为相关数据并未按毒品分列。尽管如此，因毒品犯罪被刑事司法系统查办的妇女往往有被虐待史和精神健康问题，可能曾是人口贩运或性贩运受害者，被迫携带毒品，同时在押期间往往还遭到了进一步的暴力和虐待。¹⁴⁷

参与合成毒品供应方面的差异

包括前几版《世界毒品问题报告》在内的研究发现，男子和妇女在非法分销和获取毒品方面所起的作用大相迥异。¹⁴⁸在毒品供应更为人所知和高风险的领域（如毒品贩运和分销）中，男子往往占比更高。他们可能更有可能参与与有组织犯罪、大规模毒品生产和分销活动有关的活动，并实施暴力行为。¹⁴⁹相反，妇女被认为在毒品供应链中扮演较低调的角色，充当携毒者，藏匿毒品或在较小、不太引人注目的网络中运作。¹⁵⁰男子和妇女参与毒品供应的动机也有所不同，男子往往受到经济因素和等级结构的影响，而妇女参与的原因则可能是人际关系、胁迫或经济脆弱性。令人啼笑皆非的是，一些参与非法毒品贸易的妇女强调，她们有时可以通过非法生产或分销毒品实现经济自主权或增强经济权能。^{151, 152}

合成毒品的制造没有固定的地理位置，且可能涉及减少暴力行为体参与的分销渠道（例如，邮政系统、社交媒体或出售非法采购药物的非正规市场）。¹⁵³尚不清楚的是，相比于由传统植物类毒品主导的非法经济以及往往更依赖若干供应链层面的武装或暴力行为

体的非法经济，这些特征是否是妇女更多参与合成毒品非法供应的原因（特别是如果个人参与其中的动机是经济激励、自主权或增强经济权能）。

贩运模式的差异

对数十万起单次重大毒品缉获事件¹⁵⁴进行的研究证实，男子很大程度上在毒品供应中占主导地位，这印证了之前根据会员国报告的汇总数据得出的结论。就合成毒品和植物类毒品而言，有关毒品缉获事件中被捕者的资料显示，存在性别和年龄差异。总体而言，因携带合成毒品而被捕者较为年轻，运输数量因所涉合成毒品的类型而异，妇女因合成毒品被捕的比例高于因植物类毒品被捕的比例。

2013年至2023年，在所有缉获事件中，近92%涉及男子。然而，数据显示，在所考虑的所有三个重量类别中（缉获量不足1千克、超过1千克和以单位或物项报告的缉获量），报告妇女涉及合成毒品缉获事件的比例高于涉及植物类毒品缉获事件的比例。缉获量达到1千克或1千克以上时，涉及妇女的比例最高（合成毒品为14%，植物类毒品为9%）。

图 32 2013-2023 年按重量级别和毒品类别分列的全球单次重大缉获中妇女被捕者所占比例

	百分比
	不足 1 千克
	1 千克以上
	植物类毒品
	合成毒品

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：水平虚线为总体平均比例。使用 1 千克的缉获重量来大致区分高额贩运量与低额供应量和持有量。

图 33 2013-2023 年按毒品类型和重量类别分列的全球重大个人缉获量中的妇女占比

	不足 1 千克
	1 千克以上
	百分比
	芬太尼类
	美沙酮
	罂粟籽
	卡塔叶
	苯丙胺类
	海洛因
	可卡因类
	裸盖菇素
	氯胺酮
	曲马多
	合成卡西酮
	亚甲二氧基甲基苯丙胺类
	安定剂/镇静剂

	罂粟秆
	合成大麻素
	伽马丁内酯
	大麻类
	阿片
	麦角乙二胺

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：包括至少 30 个或更多观察结果的毒品类别。虚线绘制了每个缉获规模类别的平均占比。芬太尼类系指年度报告调查表中报告的芬太尼和芬太尼类似物。苯丙胺类包括亚甲二氧基甲基苯丙胺和甲基苯丙胺。亚甲二氧基甲基苯丙胺类包括亚甲二氧基甲基苯丙胺和亚甲二氧基苯丙胺以及其他类似物。

与会员国汇总报告的涉毒犯罪数据一样，¹⁵⁵ 女性被捕者的比例因毒品类型而异。虽然男子总体上占主导地位，但在参与贩运芬太尼和美沙酮等几种合成阿片类药物的人中，妇女的比例最高。因芬太尼类物质达到 1 千克和不足 1 千克而被捕者中妇女的占比最高。就此种情形而言，因芬太尼数量不足 1 千克而被捕者中有近五分之一是妇女，因数量超过 1 千克而被捕者中则有四分之一是妇女。这大约是这些数量类别平均占比的两倍。在涉及因不太常见的卡痛（一种非列管植物基物质）等植物类新精神活性物质和其他阿片剂或地索吗啡而遭到逮捕案件中，没有妇女被捕的报告。

总体而言，男子和妇女因缉获物被捕所涉及的缉获重量相当。然而，从货物数量来看，妇女涉及的苯丙胺类兴奋剂（妇女的重量中位数为 10.3 千克，男子为 5.76 千克）和大麻或大麻衍生产品（妇女为 3.26 千克，男子为 3 千克）更多。男子因被缉获庞大数量的曲马多而被捕（货物种类中位数为 3 千克，而妇女的这一数字为 1.6 千克）。对于重量介于 50 克至 1 千克的缉获物，只有在缉获物涉及大麻（妇女的这一数字为 200 克，男子为 178 克）和可卡因（妇女为 243 克，男子为 150 克）时，妇女的缉获量才明显高于男子，而从统计学上看，男子的鸦片缉获量明显更高（男子为 350 克，妇女为 132 克）。在这一类别中，从合成毒品的缉获量来看，两性之间没有区别。

从年龄来看，按缉获物衡量，参与贩运合成毒品的人员比因供应植物类毒品而被捕者略为年轻。差异不大，但具有统计学意义（因供应合成毒品而被捕者的平均年龄为 30 岁，因供应植物类毒品而被捕者的平均年龄为 32 岁）。考虑性别和年龄时，单次缉获事件中的女性被捕者的平均年龄大于男性被捕者。然而，就所有毒品而言，这些差异并非非常显著。在比较植物类毒品与合成毒品缉获事件时，相较于植物类毒品，两性在合成毒品方面的平均年龄差异较大。在涉及海洛因（妇女为 34 岁、男子为 32 岁）、可卡因（妇女为 33 岁、男子为 32 岁）、大麻（妇女为 33 岁、男子为 31 岁）、曲马多（妇女为 32 岁、男子为 28 岁）、合成大麻素（妇女为 32 岁、男子为 27 岁）和安定剂/镇静剂（妇女为 33 岁、男子为 28 岁）时，从统计学上看，妇女的平均年龄显著大于男子。相较于植物类毒品，合成毒品缉获事件中男女之间的年龄差异更大。

图 34 2013-2023 年的全球单次重大缉获量超过 1 千克的重量分布情况，按毒品类别和所涉人员性别分列

	阿片
	海洛因
	可卡因类
	大麻类*
	曲马多*

	合成卡西酮
	合成大麻素
	安定剂/镇静剂
	亚甲二氧基甲基苯丙胺类
	氯胺酮
	芬太尼类
	苯丙胺类*
	重量（千克）
	妇女
	男子

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：平均值用十字符号表示。* 表示使用威尔科克森（Wilcoxon）检验表明，在 $p < 0.05$ 时，重量中位数存在显著差异。芬太尼类系指年度报告调查表中报告的芬太尼和芬太尼类似物。苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。亚甲二氧基甲基苯丙胺类包括亚甲二氧基甲基苯丙胺和亚甲二氧基苯丙胺以及其他类似物。

图 35 2013-2023 年全球表明有贩运迹象的缉获事件所涉人员的年龄分布情况，按毒品类别和性别分列

	阿片
	海洛因*
	可卡因类*
	大麻类*
	曲马多*
	合成卡西酮
	合成大麻素*
	安定剂/镇静剂*
	亚甲二氧基甲基苯丙胺类
	氯胺酮
	芬太尼类
	苯丙胺类*
	年龄
	妇女
	男子

资料来源：毒品和犯罪问题办公室，毒品监测平台。

注：平均值用十字符号表示。* 表示使用威尔科克森（Wilcoxon）检验表明，在 $p < 0.05$ 时，重量中位数存在显著差异。芬太尼类系指年度报告调查表中报告的芬太尼和芬太尼类似物。苯丙胺类药物包括苯丙胺和甲基苯丙胺。亚甲二氧基甲基苯丙胺类包括亚甲二氧基甲基苯丙胺和亚甲二氧基苯丙胺以及其他类似物。

上文曾讨论过，妇女参与毒品贩运的比例低于男子，男性被捕者的毒品货物量较大，这些主要调查结果与在七个国家进行的访谈基本一致。没有提供任何证据证明女性显著参

与了合成毒品的制造（如合成），受访者普遍认为合成毒品贩运主要由男性主导，尽管在哈萨克斯坦的一些受访者提到，妇女参与分销的情况并不罕见。¹⁵⁶ 在涉及毒品分销的情况下，受访者表示，妇女通常在供应链的末端或接近末端担任非常低级的职位。¹⁵⁷ 受访者提到，妇女从事的活动例子包括分销藏匿的毒品、在私人住所销售毒品、组织顾客取货以及客户招募和广告宣传。¹⁵⁸ 在一些情况下，由妇女担任大型毒品储藏点管理员的策略可能反映出这种情况，即，尽管根据单次缉获事件和涉毒犯罪数据，妇女仅占被捕者的不到10%，但她们被发现持有较大数量的合成毒品。

“没有女店主，高薪链顶端没有妇女。妇女扮演着让人染上毒瘾的角色。她们就像是网络管理者、广告代理人。工资最低、最令人不愉快的工作留给了妇女。”（第31号访谈，预防专员，2023年12月）

受访者一致认为，通常通过家庭网络和熟人招募妇女承担分销任务。¹⁵⁹ 在某些情况下，妇女可能被强迫承担这些任务，或者可能未意识到其中涉及毒品；¹⁶⁰ 另一方面，正如塞内加尔的一位受访者所指出的，某些社会的文化和社会期望可能使妇女无法不服从其男性伴侣让经销毒品的指示。¹⁶¹ 此外，还强调不稳定和社会经济地位低下也是促使女性参与贩运的因素。¹⁶²

“必须服从丈夫，这样才不会被认为是‘坏妻子’。”（第80号访谈，执法机构，2023年12月）

多个国家受访者表明，在组织分销网络方面，妇女可能比男子更有吸引力，原因有二。首先，妇女可能被认为更有可能避免被警察逮捕。这是因为警察可能会优先将寻找男子作为其拦截活动的一部分，而且妇女可以使用男子无法使用的隐瞒和逃避策略（例如，假装怀孕）。¹⁶³ 其次，贩运者可能希望让妇女参与其分销计划，原因是当局对待妇女的态度可能比较宽容，但先前提出的妇女面临当局虐待的风险更高这一观点仍然成立。¹⁶⁴ 一项针对中国妇女使用和销售毒品的定性研究得出结论认为，销售毒品的妇女将毒品销售限于其社交圈内，并维持着毒品使用者之间的亲密圈子。¹⁶⁵ 销售毒品的妇女并非为了赚取巨额利润，而是为了帮助朋友，并在此过程中获得毒品供自己使用。

此外，对甲基苯丙胺的需求不断增加，导致个性化、成本低、技术含量低的家庭毒品制造工艺得以发展。美国就是这种情形，这种工艺在美国通常被称为“摇晃烘烤法”。¹⁶⁶ 有的妇女在甲基苯丙胺制造过程中可能与男子一起工作，担任“传统的照顾或辅助角色”，而据报告，有的妇女则独立工作或担任领导角色。使用或销售毒品的妇女在经济上相对独立，较少依赖以性换取毒品或较少遭到性暴力。^{167, 168}

一位受访者甚至表示，与上文讨论的治疗数据类似，刑事司法数据可能低估了女性参与毒品贩运的真实程度。¹⁶⁹ 同样，另一位受访者表示，警方数据中使用毒品的妇女人数可能不多，这是由于她们比男子更多遭到污名化，因而比男子更注意隐瞒其毒品使用情况。¹⁷⁰

图 36 合成毒品供应和获取计划示例

	秘密加工点制造
	以散装方式在城市之间或向城市运输
	大批量产品，称为“炸弹”，储存在郊区或城市周围的林带
	客户
	城市零售量的分销，称为“地雷”
	在线毒品营销和交易
	购买
	支付

资料来源：在哈萨克斯坦的访谈。

就年龄而言，年轻人参与贩运合成毒品的情况与妇女的情况非常相似。受访者认为年轻人参与合成毒品制造的情况并不明显，他们参与贩运的情况一般也很有限。¹⁷¹ 如果年轻人参与供应链，会处在低端，他们承担着向客户进行最终分销和储存卸货等职责。¹⁷² 与妇女的情况一样，家庭被认为是招募毒品分销人员的重要渠道，¹⁷³ 但哈萨克斯坦的一位受访者也提到通过社交媒体招募年轻人的情况。¹⁷⁴ 在泰国，有毒品使用经历并正在康复中的人评论说，儿童和青少年参与毒品分销的情况并不少见，通常为成年人监督下的剥削性安排。¹⁷⁵ 关于这一点，泰国的两名受访者提出一种可能性，即儿童可能并不一定知道他们被指示运输的是什么。¹⁷⁶ 与此相关的是，泰国的一位受访者提到了儿童和青少年在向同龄人销售毒品方面的作用。¹⁷⁷ 哈萨克斯坦的证词提到，年轻人参与毒品分销的现象值得注意，提到这背后的一个主要动机是，毒品贸易相比于合法就业能够迅速带来丰厚的收入。¹⁷⁸ 约旦也提到了这一收入动机。¹⁷⁹ 此外，在约旦和泰国，受访者明确提到，对被认定犯有毒品贩运罪的儿童/年轻人适用的刑罚较轻，这是促使毒品贩运网络招募他们的一个重要因素。¹⁸⁰ 在哈萨克斯坦，较轻的刑事处罚也被认为是未成年人对毒品分销感兴趣的一个促成因素。¹⁸¹ 在这方面，一名来自执法机构的受访者补充说，招募者可能故意误导年轻人，使他们相信未成年身份可以完全免除其刑事责任。¹⁸² 最后，在泰国，一位有毒品使用经历的人说，年轻人作为毒品零售分销商的表现良好，因为在必要时，他们能够跑得比警察快并逃脱警察的追捕。¹⁸³

结论和影响

研究发现，长期以来毒品需求一直存在性别差异。男子在毒品消费者中所占比例较大。此外，他们面临与毒品使用有关的风险更高、伤害更多，因为他们往往更有可能从事危险行为，如注射或大量消费毒品。而当妇女使用毒品时，她们遭受的健康和社会伤害程度高于男子，因为她们更有可能在注射时感染艾滋病毒，更快地发展为吸毒病症，遭受更严重的耻辱、虐待和暴力，获得治疗和护理服务的机会也比男子更有限。研究还详细记载了使用毒品的妇女和女童中性别暴力、艾滋病毒和其他性传播感染之间的协同关联。¹⁸⁴ 此外，研究还记载，妇女以不受监管或非医疗用途药物的形式消费毒品的比率与男子的相关比率相似。造成这些差异背后的原因多种多样，可能涉及社会态度或性别之间的内在差异。在线平台尤其为年轻人提供了更多获取和使用合成毒品的机会。

毒品供应方面的性别差异可能由各种因素造成，其中包括性别化的角色和期望。总体而言，非法毒品供应是男子主导的活动。在供应链的各个环节都有男子，在毒品

贩运和分销方面，人们普遍认为男子更有可能从事暴力行为，并受到经济追求和社会等级的驱使。^{185, 186} 参与非法毒品供应的妇女往往被视为是被迫犯罪，而且往往面临更大的暴力和虐待风险，尽管研究表明，一些妇女可能会利用非法经济来实现经济自主或赋权。¹⁸⁷

对因涉毒犯罪被警方查办者进行访谈的答复和数据分析中的回应一般显示出类似的模式。男子在总人数中占多数，但妇女也参与了毒品供应，参与程度因毒品类型而异。与植物类毒品相比，涉及合成毒品的妇女比例往往更高。对按贩运者性别分列的缉获事件的分析表明，从从事贩运的男子来看，货运规模并未因是合成毒品还是植物类毒品而有很大差异。这与从事贩运活动的妇女形成了鲜明对比，据估计，从重量来看，相比于植物类毒品，妇女参与的合成毒品的货运规模要大得多。毒品供应链中的年轻人往往参与低层次的分销和销售，或参与网上销售。此外，与成年人相比，除了与为个人使用而持有毒品有关的犯罪外，认为年轻人因毒品犯罪而被刑事司法系统查办的情况较少。

很难在没有进一步研究的情况下解释这些差异。有几种假设可以解释货运量较大的原因。例如，按毒品类别分列的货运规模差异可能是由于妇女在供应网络中充当的角色，她们往往充当较大毒品藏匿点的运送者或守护者，也可能是由于执法部门把重点放在男子身上。对妇女使用毒品的污名化程度更高，也可能促使妇女使用非法来源或转用的药物（其中大多数是合成毒品）以掩盖其毒品使用行为。

随着全球毒品市场的继续发展，合成毒品的制造在新兴市场中变得越来越普遍，而且随着妇女参与经济活动的程度日益提高，妇女在毒品现象中所起的作用可能变得越来越重要。例如，放弃植物类毒品生产可能会影响到从事罂粟和古柯树种植的许多农村家庭妇女。此外，在某些情况下，毒品的合成可缩短供应链，减少对暴力贩运集团的依赖。如果妇女能够通过网上渠道获得毒品或在终端市场附近直接合成毒品，这可能会吸引更多的妇女非法供应毒品。

注释和参考文献

- 1 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告》（2023年，奥地利维也纳）。
- 2 大多数年龄分析是指年轻人（或青年），定义为包括15至24岁的人。
- 3 毒品和犯罪问题办公室，《第五分册：妇女与毒品：吸毒和毒品供应及其后果》，载于《2018年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2018年）。
- 4 毒品和犯罪问题办公室，《2023年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2023年）。
- 5 毒品和犯罪问题办公室第2号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第6号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第22号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第24号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第25号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第32号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第8号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第34号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第38号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第47号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第48号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第64号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第65号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第33号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第82号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第85号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第89号访谈，2023年12月；毒品和犯罪问题办公室第88号访谈，2023年12月。
- 6 毒品和犯罪问题办公室第12号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第9号访谈，2023年11月。
- 7 第12号访谈。
- 8 第82号访谈。
- 9 第85号访谈。
- 10 毒品和犯罪问题办公室第3号访谈，2023年11月；毒品和犯罪问题办公室第6、第26号访谈，2023年11月。
- 11 毒品和犯罪问题办公室第30号访谈，2023年11月。
- 12 Liana Fattore 等，“新精神活性物质作用的性别差异”，《脑科学》，第10卷，第9期（2020年9月3日）：第606页。
- 13 Cynthia Kuhn，“青少年期间药物使用和滥用发展中出现的性别差异”，《药理学与治疗学》第153卷（2015年9月）：第55-78页。
- 14 Francina Fonseca 等，“成瘾症的性别视角”，《当前成瘾报告》，第8卷，第1期（2021年3月）：第89-99页。
- 15 Angela J. H. Justice 和 Harriet de Wit，“右旋苯丙胺在妇女月经周期早期和晚期卵泡期的急性效应”，《药理学生物化学与行为》，第66卷，第3期（2000年），第509-515页。
- 16 Justin J. Anker 和 Marilyn E. Carroll，“女性比男性更容易滥用药物：临床前研究的证据和卵巢激素的作用”，载于《精神药理学性别差异的生物学基础》。Jo C. Neill 和 Jayashri Kulkarni，第8卷（柏林，海德堡：施普林格—柏林—海德堡出版社，2010年），第73-96页。
- 17 Kaitlyn M. Little 和 Therese A. Kosten，“关注女性体内的芬太尼：芬太尼对生理和行为影响的性别差异”，《神经内分泌学前沿》，第71卷（2023年10月），文章编号：101096。
- 18 Mirsada Serdarevic、Catherine W. Striley 和 Linda B. Cottler，“处方药阿片类使用方面的性别差异”，《精神病学当前观点》，第30卷，第4期（2017年7月）：第238-246页。

- 19 疼痛管理和处方阿片类滥用问题监管政策委员会等,《疼痛管理和阿片类流行问题:平衡处方药阿片类使用的社会和个人获益与风险》,Richard J. Bonnie、Morgan A. Ford 和 Jonathan K. Phillips 编辑(华盛顿特区:国家科学院出版社,2017年)。
- 20 Björn Gerdle 等,“普遍疼痛的患病率和与工作状态的关系:一项人群研究”,《BMC 肌肉骨骼疾病》,第9卷,第1期(2008年12月):第102页。
- 21 R. Kathryn McHugh 等,“2015-2019年美国海洛因和阿片类镇痛剂滥用流行率方面的性别差异”,《药物和酒精依赖》,第227卷(2021年10月1日),文章编号:108978。
- 22 第85号访谈。
- 23 美国药物滥用问题研究所,“物质使用方面的性别差异”,2022年5月4日。
- 24 Mary-Lynn Brecht 等,“甲基苯丙胺使用行为与性别差异”,《成瘾行为》,第29卷,第1期(2004年1月),第89-106页。
- 25 Liu Liu 等,“中国女性毒品使用者在康复中使用非法药物减肥:一项探索性定性研究”,《国际环境研究与公共卫生杂志》,第19卷,第5期(2022年2月24日),文章编号:2626。
- 26 Yu Mon Saw 等,“缅甸掸邦北部木姐地区现有甲基苯丙胺使用者中早期开始沾染甲基苯丙胺方面的性别差异”,《减少伤害杂志》,第14卷,第1期(2017年12月),文章编号:21。
- 27 Amy J. Jeffers 和 Eric G. Benotsch,“减肥、饮食失调和身体形象处方兴奋剂的非医疗用途”,《饮食行为》,第15卷,第3期(2014年8月):第414-418页。
- 28 Stephen F. Butler 等,“大学生处方兴奋剂的非医疗用途:非口服给药途径、风险因素、动机和途径”,《精神病学前沿》第12卷(2021年8月16日),文章编号:667118。
- 29 Robert T. Fairman 等,“年轻成年大学生中处方兴奋剂的使用:使用者、使用原因和使用后果”,《美国大学健康杂志》,第69卷,第7期(2021年10月3日):第767-774页。
- 30 Jayne Lucke 等,“澳大利亚大学生使用非医疗用途处方兴奋剂以提高学习成绩:流行率和使用相关性”,《BMC 公共卫生》,第18卷,第1期(2018年12月),文章编号:1270。
- 31 毒品和犯罪问题办公室第2、第6、第14号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第16号访谈,2023年11月。
- 32 第14号访谈。
- 33 毒品和犯罪问题办公室第23号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第80号访谈,2023年12月;毒品和犯罪问题办公室第81号访谈,2023年12月;毒品和犯罪问题办公室第83号访谈,2023年12月;毒品和犯罪问题办公室第90号访谈,2023年12月。
- 34 毒品和犯罪问题办公室第92号访谈,2023年12月。
- 35 第3号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第80、第81、第84号访谈,2023年12月;第85、第90号访谈。
- 36 毒品和犯罪问题办公室第24、第25、第26、第27号访谈,2023年11月;第32号访谈。
- 37 毒品和犯罪问题办公室第19号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第20号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第21号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第69号访谈,2023年12月;毒品和犯罪问题办公室第23、第26、第27、第28号访谈,2023年11月;毒品和犯罪问题办公室第32、第7号访谈,2023年11月;第69、第84、第85、第88、第90号访谈。
- 38 第2号访谈、第92号访谈,2023年12月。
- 39 第24号访谈。

- 40 Joseph M. Boden 等, “纵向同期出生群中甲基苯丙胺使用的预测因素”, 《成瘾行为》, 第 144 卷 (2023 年 9 月), 文章编号: 107714。
- 41 Saw 等, “缅甸掸邦北部木姐地区现有甲基苯丙胺使用者中早期开始沾染甲基苯丙胺方面的性别差异”。
- 42 Oralia Loza、Priscilla Guevara 和 Amir Hernandez, “墨西哥—美国边境城市甲基苯丙胺使用人群中甲基苯丙胺使用初始和使用轨迹方面的性别差异”, 《成瘾疾患及其治疗》, 第 20 卷, 第 4 期 (2021 年 12 月): 第 288-302 页。
- 43 Serena Yunran Zhang 和 Jakob Demant, “自我控制、吸毒同伴和家庭依恋对中国使用者毒品使用的影响: 具体性别分析”, 《毒品和酒精评论》, 第 40 卷, 第 7 期 (2021 年 11 月): 第 1369-1376 页。
- 44 Azam Rastegari 等, “确定影响甲基苯丙胺使用的因素: 范围回顾”, 《伊朗伊斯兰共和国医学杂志》, 2023 年 10 月 20 日。
- 45 毒品和犯罪问题办公室, 《第五分册: 妇女与毒品: 吸毒和毒品供应及其后果》, 载于《2018 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2018 年)。
- 46 Shichao Tang 等, “不愉快的童年经历、内化/外化症状与相关处方药阿片类误用: 调解分析”, 《预防医学》, 第 134 卷 (2020 年 5 月), 文章编号: 106034。
- 47 Roger J. R. Levesque, “外化和内化症状”, 载于《青少年百科全书》, Roger J. R. Levesque 编辑 (施普林格国际出版公司, 2018 年), 第 1274-1277 页。
- 48 Sanjaya Regmi 等, “不愉快的童年经历与阿片类使用相关行为的关联: 系统回顾”, 《创伤、暴力和虐待》, 2023 年 11 月 3 日。
- 49 Elizabeth A. Swedo 等, “因不愉快的童年经历导致的青少年误用阿片类”, 《儿科学杂志》, 第 224 卷 (2020 年 9 月), 第 102-109.e3 页。
- 50 Ekamjit Deol 等, “探讨不愉快的童年经历与阿片类使用之间的联系: 系统回顾”, 《阿片类药物管理杂志》, 第 19 卷, 第 4 期 (2023 年 8 月 11 日): 第 343-364 页。
- 51 Tang 等, “不愉快的童年经历、内化/外化症状与相关处方阿片类误用”。
- 52 Yingying Ding 等, “不愉快的童年经历与甲基苯丙胺使用频率在甲基苯丙胺相关精神病风险中的相互作用”, 《药物和酒精依赖》, 第 142 卷 (2014 年 9 月): 第 295-300 页。
- 53 Thanh Luan Pham 等, “越南使用毒品的年轻人中不愉快童年经历筛查: 相关因素与临床意义”, 《公共卫生杂志》, 第 45 卷, 第 3 期 (2023 年 8 月 28 日): 第 e400-e408 页。
- 54 Wan-Chen Lee 等, “探讨甲基苯丙胺使用在不愉快的童年经历与自杀企图关系中的调解作用”, 《成瘾行为》, 第 123 卷 (2021 年 12 月), 文章编号: 107060。
- 55 Ding 等, “不愉快的童年经历与甲基苯丙胺使用频率在甲基苯丙胺相关精神病风险中的相互作用”。
- 56 毒品和犯罪问题办公室第 1 号访谈, 2023 年 11 月; 毒品和犯罪问题办公室第 23、第 24、第 25、第 30、第 10 号访谈, 2023 年 11 月; 毒品和犯罪问题办公室第 11 号访谈, 2023 年 11 月; 毒品和犯罪问题办公室第 7、第 83、第 84、第 87 号访谈, 2023 年 12 月; 第 90 号访谈。
- 57 毒品和犯罪问题办公室第 60 号访谈, 2023 年 12 月。
- 58 第 1 号访谈。
- 59 第 2、第 6 号访谈。
- 60 第 82、第 83 号访谈。
- 61 第 81 号访谈。

- 62 毒品和犯罪问题办公室第 1、第 6、第 3 号访谈，2023 年 11 月；第 84、第 85 号访谈。
- 63 第 23、第 32 号访谈。
- 64 第 33 号访谈。
- 65 第 6、第 92 号访谈，2023 年 12 月。
- 66 第 6、第 92 号访谈。
- 67 Eleanor Blair Towers 等，“吸毒病症发展时间过程中的性别差异：聚焦于不同影响”，Michael Nader 编辑，《药理学评论》，第 75 卷，第 2 期（2023 年 3 月）：第 217-249 页。
- 68 Celestina Barbosa-Leiker 等，“妇女阿片类使用病症及其对治疗的影响”，《精神病学研究与临床实践》，第 3 卷，第 1 期（2021 年 3 月），第 3-11 页。
- 69 Towers 等，“吸毒病症发展时间过程中的性别差异”。
- 70 Barbosa-Leiker 等，“妇女阿片类使用病症及其对治疗的影响”。
- 71 Dean E. Dluzen 和 Bin Liu，“甲基苯丙胺使用和反应方面的性别差异：回顾”，《性别医学》，第 5 卷，第 1 期（2008 年）：第 24-35 页。
- 72 这是基于这样一种假设，即那些更注重情绪应对的人更有可能使用药物来缓解与问题相关的症状。
- 73 Jamie L. Simpson 等，“甲基苯丙胺依赖个体治疗过程中的心理负担和性别差异”，《精神活性药物杂志》，第 48 卷，第 4 期（2016 年 8 月 7 日）：第 261-269 页。
- 74 Fonseca 等，“成瘾症的性别视角”。
- 75 第 1、第 3 号访谈，2023 年 11 月；毒品和犯罪问题办公室第 13 号访谈，2023 年 11 月；第 24、第 82、第 83、第 85 号访谈。
- 76 毒品和犯罪问题办公室第 5 号访谈，2023 年 12 月；毒品和犯罪问题办公室第 59 号访谈，2023 年 12 月；毒品和犯罪问题办公室第 25、第 26、第 27、第 30、第 31 号访谈，2023 年 12 月；第 81、第 84 号访谈。
- 77 Melissa H. Watt 等，“使用甲基苯丙胺的男子和妇女之间的亲密伴侣暴力：南非的一项混合方法研究”，《毒品和酒精评论》，第 36 卷，第 1 期（2017 年 1 月）：第 97-106 页。
- 78 Miriam T. H. Harris 等，“使用芬太尼的妇女和男子的竞争风险：‘我最担心的事情是我的安全，第二是用药过量’”，《药物滥用治疗杂志》，第 125 卷（2021 年 6 月），文章编号：108313。
- 79 Shirley J. Semple 等，“在艾滋病病毒阴性的异性甲基苯丙胺使用者样本中以性换取甲基苯丙胺的相关性”，《精神活性药物杂志》，第 43 卷，第 2 期（2011 年 4 月）：第 79-88 页。
- 80 Barrot H. Lambdin 等，“注射吸毒者非法使用芬太尼与传染病风险之间的关联”，《国际药物政策杂志》，第 74 卷（2019 年 12 月）：第 299-304 页。
- 81 Veronica M. Chiu 和 James O. Schenk，“甲基苯丙胺在中枢神经系统儿茶酚胺和血清素区域的作用机制”，《当前药物滥用评论》，第 5 卷，第 3 期（2012 年 10 月 1 日），第 227-242 页。
- 82 Lambdin 等，“注射吸毒者非法使用芬太尼与传染病风险之间的关联”。
- 83 Rebecca McKetin 等，“吸烟和注射甲基苯丙胺的模式及其与健康和社会结果的关联”，《毒品和酒精评论》，第 40 卷，第 7 期（2021 年 11 月）：第 1256-1265 页。
- 84 Renee Zahnow 等，“注射毒品使用：性别化风险”，《国际药物政策杂志》，第 56 卷（2018 年 6 月）：第 81-91 页。
- 85 Karla D. Wagner 等，“控制毒品获取、制备和注射：对年轻女性注射吸毒者中艾滋病毒和丙型肝炎病毒风险的影响”，《ISRN 成瘾》，第 2013 卷（2013 年 6 月 3 日）：第 1-9 页。

- 86 Louisa Gilbert 等, “针对妇女和女童中的物质滥用、暴力和艾滋病综合征: 流行病学和综合干预措施全球审查”, 《获得性免疫缺陷综合征杂志》第 69 卷, 增刊第 2 期 (2015 年 6 月 1 日), 第 S118-S127 页。
- 87 Nabila El-Bassel 等, “涉毒妇女的亲密伴侣间暴力和艾滋病毒: 将这两种流行病相联系的背景——对预防和治疗挑战和影响”, 《药物使用与滥用》, 第 46 卷, 第 2 和 3 期 (2011 年 1 月 10 日), 第 295-306 页。
- 88 Louisa Gilbert 等, “针对妇女和女童中的物质滥用、暴力和艾滋病综合征: 流行病学和综合干预措施全球审查”, 《获得性免疫缺陷综合征杂志》第 69 卷, 增刊第 2 期 (2015 年 6 月 1 日), 第 S118-S127 页。
- 89 第 1、第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 28、第 90 号访谈。
- 90 Jennifer Lavalley 等, “在芬太尼相关用药过量流行病背景下探讨性工作和客户互动”, 《文化、健康与性别》, 第 23 卷, 第 10 期 (2021 年 10 月 1 日), 第 1390-1405 页。
- 91 Alexandra B. Collins 等, “北美性别与用药过量危机: 超越公共卫生响应中的性别中立方法”, 《国际药物政策杂志》, 第 69 卷 (2019 年 7 月), 第 43-45 页。
- 92 Harris 等, “使用芬太尼的妇女和男子的竞争风险”。
- 93 Lavalley 等, “在芬太尼相关用药过量流行病背景下探讨性工作和客户互动”。
- 94 第 1 号访谈。
- 95 第 2、第 82 号访谈。
- 96 毒品和犯罪问题办公室第 2、第 6、第 25、第 30、第 53 号访谈, 2023 年 12 月; 毒品和犯罪问题办公室第 61 号访谈, 2023 年 12 月。
- 97 第 1、第 28、第 30、第 31、第 85 号访谈。
- 98 第 28 号访谈, 2023 年 11 月。
- 99 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告》, 2023 年。
- 100 第 1、第 2、第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 28、第 84、第 90 号访谈。
- 101 第 85 号访谈。
- 102 第 24、第 25、第 27、第 31、第 32 号访谈。
- 103 第 83、第 88、第 90 号访谈。
- 104 Daniel Ciccarone, “三波流行病: 美国阿片类使用过量危机的供应和需求驱动因素”, 《国际药物政策杂志》, 第 71 卷 (2019 年 9 月), 第 183-188 页。
- 105 联邦、省和地区阿片类使用过量流行问题特别咨询委员会, “加拿大阿片类和兴奋剂相关危害” (渥太华: 加拿大公共卫生局, 2023 年 12 月)。
- 106 “国家用药过量致死情况”, 疾病控制预防中心 WONDER, 多种死因 (详细死亡率) (疾病控制预防中心, 2024 年)
- 107 同上。
- 108 Jade Boyd 等, “预防性别化暴力与用药过量场所: 加拿大温哥华药物过量使用流行期间的快速人种学研究”, 《成瘾》, 第 113 卷, 第 12 期 (2018 年 12 月), 第 2261-2270 页。
- 109 Maria R. D’Orsogna、Lucas Böttcher 和 Tom Chou, “芬太尼导致美国用药过量致死方面的种族、性别和地理差异加剧”, Jose Ignacio Nazif-Munoz 编辑, 《公共科学图书馆全球公共卫生》, 第 3 卷, 第 3 期 (2023 年 3 月 22 日), 文章编号: e0000769。

- 110 Sanjana Mitra 等, “加拿大背景下吸毒妇女自我报告不慎接触芬太尼的流行率升高: 横断分析”, 《国际药物政策杂志》第 83 卷 (2020 年 9 月), 文章编号: 102864。
- 111 同上。
- 112 Harris 等, “使用芬太尼的妇女和男子的竞争风险”。
- 113 Mitra 等, “加拿大背景下吸毒妇女自我报告不慎接触芬太尼的流行率升高”。
- 114 第 1、第 83 号访谈。
- 115 第 1、第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 6、第 25、第 27、第 28、第 80、第 83、第 85 号访谈。
- 116 第 2、第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 6、第 27、第 31、第 32、第 83、第 84、第 85 号访谈。
- 117 第 2、第 83 号访谈。
- 118 第 90 号访谈。
- 119 第 28 号访谈; 第 32 号访谈。
- 120 Carla A. Green, “性别与药物滥用治疗服务的使用”, 《酒精研究与健康: 国家酒精滥用与酒精中毒研究所杂志》第 29 卷, 第 1 期 (2006 年): 第 55-62 页。
- 121 Davinia Rizzo 等, “面临无家可归风险的妇女获取戒瘾治疗面临的障碍”, 《全球妇女健康前沿》第 3 卷 (2022 年), 文章编号: 795532。
- 122 Tichaenzana Nyashanu 和 Herbert Zirima, “治疗障碍与性别认知: 建立基于性别的治疗专门设施以激励南非年轻妇女寻求治疗吸毒病症”, 《社区心理学杂志》第 51 卷, 第 1 期 (2023 年 1 月): 第 182-200 页。
- 123 毒品和犯罪问题办公室第 18 号访谈, 2023 年 11 月; 第 25、第 28、第 83、第 85、第 90 号访谈。
- 124 第 26、第 32 号访谈。
- 125 世卫组织和毒品和犯罪问题办公室, “吸毒病症治疗国际标准: 包含实地检测结果的修订版” (2020 年, 日内瓦)。
- 126 世卫组织, “艾滋病毒和注射吸毒的年轻人: 技术简报” (世界卫生组织, 2015 年)。
- 127 世卫组织, “世卫组织关于青少年性健康和生殖健康与权利的建议” (世界卫生组织, 2018 年)。
- 128 第 84、第 90 号访谈。
- 129 第 90、第 18、第 23 号访谈。
- 130 毒品和犯罪问题办公室第 14、第 15 号访谈, 2023 年 11 月; 第 1、第 5、第 61、第 90 号访谈。
- 131 第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 6、第 90 号访谈。
- 132 毒品和犯罪问题办公室第 15、第 17 号访谈, 2023 年 11 月; 第 1、第 2、第 82、第 90 号访谈。
- 133 第 1 号访谈。
- 134 第 89、第 82 号访谈。
- 135 Semple 等, “艾滋病毒阴性异性甲基苯丙胺使用者样本中以性换取甲基苯丙胺的相关性”。
- 136 Vera Lopez、Nancy Jurik 和 Stacia Gilliard-Matthews, “使用甲基苯丙胺的少女中的性别、性、权力与毒品获取策略”, 《女权主义犯罪学》, 第 4 卷, 第 3 期 (2009 年 7 月): 第 226-251 页。
- 137 Loza、Guevara 和 Hernandez, “墨西哥—美国边境城市甲基苯丙胺使用人群当中甲基苯丙胺使用初始和使用轨迹方面的性别差异”。

- 138 Ryan R. Lion 等, “南非开普敦活跃甲基苯丙胺用户中的性别与性交易”, 《药物使用与滥用》, 第 52 卷, 第 6 期 (2017 年 5 月 12 日): 第 773-784 页。
- 139 第 1、第 3 号访谈, 2023 年 11 月。
- 140 毒品和犯罪问题办公室第 26、第 29 号访谈, 2023 年 11 月; 毒品和犯罪问题办公室第 32、第 37 号访谈, 2023 年 12 月; 第 61、第 81 号访谈。
- 141 第 1 号访谈。
- 142 通过年度报告调查表。
- 143 毒品和犯罪问题办公室, “对年度报告调查表的答复”, 未注明日期。
- 144 同上。
- 145 同上。
- 146 通过年度报告调查表。
- 147 毒品和犯罪问题办公室, 《第六分册: 其他药物政策问题》, 载于《2020 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2020 年)。
- 148 毒品和犯罪问题办公室, 《第五分册: 妇女与毒品: 吸毒和毒品供应及其后果》, 载于《2018 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2018 年)。
- 149 B Denton 和 P O'Malley, “性别、信任与商业: 非法经济中的女毒贩”, 《英国犯罪学杂志》, 第 39 卷, 第 4 期 (1999 年 9 月 1 日), 第 513-530 页。
- 150 Heidi Grundetjern 和 Sveinung Sandberg, “应对性别化经济: 女毒贩与街头资本”, 《欧洲犯罪学杂志》, 第 9 卷, 第 6 期 (2012 年 11 月 1 日), 第 621-635 页。
- 151 María Mónica Parada-Hernández 和 Margarita Marín-Jaramillo, “哥伦比亚古柯农妇女与和平政策”, 《国际药物政策杂志: 毒品、冲突与发展特刊》, 第 89 卷 (2021 年 3 月 1 日), 文章编号: 103157。
- 152 Heidi Grundetjern 和 Jody Miller, “‘难以戒掉的不仅仅是毒品’: 妇女将毒品买卖作为增强权能的来源及其对犯罪持久性的影响”, 《英国犯罪学杂志》, 2018 年 10 月 1 日。
- 153 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告》, 2023 年。
- 154 毒品和犯罪问题办公室, “毒品监测平台”, 未注明日期。
- 155 通过年度报告调查表。
- 156 第 1、第 2、第 3 号访谈, 2023 年 11 月; 第 28、第 29、第 34、第 60、第 80、第 81 号访谈。
- 157 第 5、第 13、第 80、第 12、第 59 号访谈。
- 158 毒品和犯罪问题办公室第 6、第 31、第 37、第 41 号访谈; 第 33、第 80 号访谈。
- 159 第 13、第 27、第 12、第 80、第 81 号访谈。
- 160 第 59 号访谈。
- 161 第 80 号访谈。
- 162 第 81、第 12 号访谈。
- 163 第 5、第 27、第 28、第 29、第 31、第 60、第 81 号访谈。
- 164 毒品和犯罪问题办公室第 36 号访谈, 2023 年 12 月; 第 59、第 80、第 81 号访谈。
- 165 Liu Liu 和 Xuemeng Li, “关于中国使用和贩卖毒品的妇女的探索性研究”, 《国际药物政策杂志》, 第 97 卷 (2021 年 11 月), 文章编号: 103408。

- 166 Jessica R. Deitzer、Lindsay Leban 和 Heith Copes, “‘时代变了, 兴奋剂也变了’: 妇女在甲基苯丙胺制备市场中的制作角色和性别表现”, 《犯罪学》, 第 57 卷, 第 2 期 (2019 年 5 月): 第 268-288 页。
- 167 Jennifer Fleetwood 和 Lindsay Leban, “妇女在毒品贸易中的参与: 全球视角下的解放论再探”, 《异常行为》, 第 44 卷, 第 2 期 (2023 年 2 月 1 日): 第 238-258 页。
- 168 Deitzer、Leban 和 Copes, “时代变了, 兴奋剂也变了”。
- 169 第 5 号访谈。
- 170 第 33 号访谈。
- 171 第 80 号访谈。
- 172 第 61、第 60、第 27 号访谈。
- 173 第 18、第 19 号访谈。
- 174 第 33 号访谈。
- 175 毒品和犯罪问题办公室第 35 号访谈, 2023 年 12 月; 毒品和犯罪问题办公室第 37、第 40 号访谈, 2023 年 12 月; 第 41、第 61 号访谈。
- 176 第 59、第 61 号访谈。
- 177 第 59 号访谈。
- 178 第 28、第 29、第 30、第 33 号访谈。
- 179 第 18、第 19 号访谈。
- 180 第 18、第 19、第 59、第 60、第 61 号访谈。
- 181 第 29 号访谈。
- 182 第 33 号访谈。
- 183 毒品和犯罪问题办公室第 39 号访谈, 2023 年 12 月。
- 184 Louisa Gilbert 等, “针对妇女和女童中的物质滥用、暴力和艾滋病综合征: 流行病学和综合干预措施全球审查”, 《获得性免疫缺陷综合征杂志》, 第 69 卷, 增刊第 2 期 (2015 年 6 月 1 日), 第 S118-S127 页。
- 185 Sophia De Seranno 和 Charlotte Colman, “这是一个男子的世界, 但没有妇女一切都毫无意义: 妇女在比利时合成毒品贩运中的参与”, 《有组织犯罪趋势》, 2023 年 10 月 20 日。
- 186 Molly Moloney、Geoffrey Hunt 和 Karen Joe-Laidler, “毒品销售、性别与风险: 参与帮派青年视角下的风险观念”, 《药物使用与滥用》, 第 50 卷, 第 6 期 (2015 年 5 月 12 日): 第 721-732 页。
- 187 Grundetjern 和 Miller, “难以戒掉的不仅仅是毒品”。

04

大麻和迷幻类药物：监管变化和环境发展动态催化受管制物质的非医疗用途

大麻和迷幻类药物：监管变化和环境发展动态催化受管制物质的非医疗用途

在过去 10 年中，加拿大、乌拉圭和几个美国司法管辖区的政策发生了变化，成人非医用大麻的整个供应链（种植、生产和销售）发展实现合法化。这些辖区的政策变化也引发了其他地区的政策变动。

在北美州，医用大麻市场的溢出效应和宣传团体的游说催生了政策变化，削弱了公众对大麻使用风险的认识。业界和一些司法管辖区的商业利益集团可能也在推动政策变化方面发挥了作用。¹

过去 20 年中，人们对迷幻类物质的治疗用途重新燃起了兴趣，又开始为临床研究投资，研究迷幻类物质在治疗一系列精神疾病中的用途，走出了 20 世纪 70 年代的停滞阶段。² 其中一些科学进展相当先进，但尚未形成可用于医疗用途的科学标准准则。不过，现行医学研究取得的振奋成果已经促使政策发生了变化，美国的几个司法管辖区现在允许将迷幻类药物用于“半治疗”用途³，⁴澳大利亚以及一个加拿大司法管辖区则允许将之用于医疗用途。⁵ 此外，在更广泛的“迷幻复兴”中，^{6, 7, 8} 有些事态发展的速度可能会超过发现科学治疗证据和制定医疗用途准则的速度，导致环境有利于鼓励人们在不受监管的情况下将迷幻类药物广泛用于“半治疗”和非医疗用途；而根据《1971 年精神药物公约》的规定，此类药物仅供经正式授权人员进行科研和用于非常有限的医疗目的。⁹ 这些事态发展，加上人们对迷幻类药物商业化日益浓厚的兴趣，与导致一些司法管辖区非医疗用途大麻泛滥的事态发展相类似，不过，迷幻类药物方面的事态发展似乎速度更快，规模也更大。

示图 13 美国允许将大麻用于非医疗和医疗用途的司法管辖区以及不允许获取大麻的司法管辖区，2023 年 12 月

	太平洋
	阿拉斯加州
	加拿大
	阿拉斯加湾
	夏威夷州
	华盛顿州
	俄勒冈州
	加利福尼亚州
	内华达州
	蒙大拿州
	爱达荷州
	犹他州
	亚利桑那州
	怀俄明州
	科罗拉多州
	新墨西哥州
	北达科他州
	南达科他州
	内布拉斯加州
	堪萨斯州

	俄克拉荷马州
	得克萨斯州
	明尼苏达州
	爱荷华州
	密苏里州
	阿肯色州
	路易斯安那州
	威斯康星州
	伊利诺伊州
	田纳西州
	密西西比州
	密歇根州
	印第安纳州
	肯塔基州
	阿拉巴马州
	俄亥俄州
	西弗吉尼亚州
	弗吉尼亚州
	北卡罗来纳州
	南卡罗来纳州
	佐治亚州
	佛罗里达州
	缅因州
	佛蒙特州
	新罕布什尔州
	马萨诸塞州
	罗得岛州
	康涅狄格州
	纽约州
	宾夕法尼亚州
	新泽西州
	哥伦比亚特区
	马里兰州
	特拉华州
	大西洋
	墨西哥
	墨西哥湾
	古巴
	波多黎各
	加勒比海
	全面医用大麻方案
	大麻二酚/低四氢大麻酚方案

	成人非医疗用途及医疗用途监管方案
	无公开获取大麻途径

本图中所显示的边界和名称以及所使用的称谓并不意味着联合国予以正式认可或接受。

资料来源：全国州立法机构会议，2023 年 12 月。

注：在美利坚合众国的联邦一级，大麻仍属于非法物质。

[解说栏开始

医用大麻

截至 2020 年，64 个国家在其国家立法中做出了规定或制定了相关准则，允许将大麻素药物制剂和（或）大麻产品医用于治疗各种病症。^a 各国为患者提供获得医用大麻产品机会的监管方法各不相同。一方面，让病情非常特殊的患者只能获得市场授权的大麻产品；市场授权是指根据质量、疗效和安全性标准，对证据进行审查和评估，以支持某种医药产品的营销，并在特定条件下、规定剂量和适用症状范围内，授予该产品销售许可。另一方面，则是让任何自称患有某种病症的人都能根据医生的建议或花蕾师的意见，通过药房获得在有限质量监督下生产的大麻产品（包括四氢大麻酚含量高而大麻二酚含量低的产品），或通过家庭种植医用大麻植株来获得大麻产品。^a

20 世纪 80 年代中期，发现了内源性大麻素系统，而且在整个 20 世纪 90 年代，对这一系统的认识不断加深，人们随之再度对大麻和大麻提取物的治疗潜力产生了兴趣。^{b, c} 然而，目前大麻素用于治疗某些病症的有效性的证据仍然有限。给患者的建议通常是在采用常规治疗方法无效后再尝试使用大麻素进行治疗，抑或是将之作为一种辅助疗法。^{d, e} 已有确凿证据或实质证据表明，大麻或大麻素对治疗化疗引起的恶心和呕吐、成人慢性疼痛、多发性硬化症痉挛症状和癫痫有效。^{f, g, h} 但目前，大麻对治疗其他病症的有效性证据不多、不充分或尚无定论。^f

^a 毒品和犯罪问题办公室，《2023 年世界毒品问题报告》，《第二分册：当代毒品问题》，2023 年。

^b Roger G Pertwee，“大麻素药理学：最初的 66 年：大麻素药理学”，《英国药理学杂志》，第 147 卷，特刊第 S1 期（2006 年 1 月），第 S163-S171 页。

^c Vincenzo Di Marzo 和 Stefania Petrosino，“内源性大麻素及其在健康和疾病中的水平调节”，《脂质学的当前观点》，第 18 卷，第 2 期（2007 年 4 月），第 129-140 页。

^d 辅助治疗或疗法指的是将某些药物添加到其他药物治疗方法当中去，而不是单独使用。

^e 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《大麻和大麻素的医疗用途：决策问答》（卢森堡：联盟出版物办公室，2018 年）。

^f 美国国家科学、工程和医学院以及人口健康和公共卫生实践委员会，《大麻和大麻素的健康影响：证据现状和研究建议》，国家科学院文集：《国家卫生研究院资助撰写的报告》（华盛顿特区：美国国家科学院出版社，2017 年）。

^g Anne Katrin Schlag，“医用大麻监管制度评估：英国可从中汲取的经验教训”，《医用大麻和大麻素》，第 3 卷，第 1 期（2020 年 1 月 15 日），第 76-83 页。

^h Penny F. Whiting 等，“医用大麻素：系统综述和整合分析”，《美国医学会杂志》，第 313 卷，第 24 期（2015 年 6 月 23 日），第 2456 页。

解说栏结束]

本章在探讨这些问题时回顾了除了非医用大麻全供应链合法化或监管以外不断变化的监管态势，并介绍了衡量加拿大、美国和乌拉圭非医用大麻全供应链合法化影响的部分指标的最新情况。本章最后一部分介绍了非医疗用途大麻获取情况的动态发展，研究了在临床试验和医学研究之外，由商业利益集团驱动的有利环境的种种发展动态，这些事态可能会为进一步在不受监管的情况下获得非医疗用途迷幻类物质开辟途径。

允许获取非医用大麻方面的监管变化

截至 2024 年 1 月，加拿大¹⁰和乌拉圭¹¹已通过立法程序颁布法律规定，允许非医疗用途大麻的生产和销售，美国的 27 个司法管辖区（23 个州、3 个领地以及哥伦比亚特区）^{12、13}则通过全民公决或立法措施颁布了此种规定。除此以外，美国还有 15 个州级辖区规定实行具有不同允许程度的医用大麻方案，9 个司法管辖区允许在有限的情况下将“四氢大麻酚含量低、大麻二酚含量高”的大麻产品用于医疗用途。在加拿大和美国，实现非医疗用途大麻合法化的司法管辖区大多都允许营利性行业生产和销售大麻，乌拉圭的大麻市场则是国管零售市场，部分受到管制，商业化程度有限。¹⁴加拿大和美国的一些司法管辖区还实现了非医用大麻供应链的合法化，而在合法化之前，这些地区都采取了有关措施，允许将大麻用于医疗用途以治疗广泛的病症，并实施不同程度的管制和监管。不同司法管辖区在法规、执行方式¹⁵和供应链管理方面的不同做法，对非医用大麻市场产生了不同的影响，特别是在公共卫生和公共安全成果方面。^{16, 17, 18, 19}

除了加拿大、美国和乌拉圭将非医疗用途大麻全供应链合法化或对其实行监管这些发展动态外，其他国家也采取了其他的立法方法，允许在不同情况下不同程度地为非医疗用途种植和销售大麻。这些方式让人们能够在不同程度的监管之下获得非医疗用途大麻。

各国允许不同程度地为非医疗用途种植和销售大麻的近期政策动态汇总

	非医疗用途大麻监管措施汇总
	德国
	2024 年 4 月，《大麻法》生效；该法旨在规范成年人对非医疗用途大麻的受控获取，允许为个人消费目的家庭大麻种植，以及在大麻协会或俱乐部内进行非商业性种植。该法的支柱 2 设想建立非医疗用途大麻商业供应链区域试点项目。
	卢森堡
	自 2023 年 6 月起，家庭种植和持有非医疗用途大麻实现合法化，并对在公共场所持少量大麻者从轻处罚。
	马耳他
	自 2021 年起，非医疗用途大麻使用、家庭大麻种植以及持许可证的非营利协会的成人用大麻种植实现合法化。
	荷兰王国
	从布雷达和蒂尔堡开始，在 10 个城市开展了受管制大麻供应链实验，允许种植非医

	疗用途大麻，并对大麻供应进行规范和管制。该实验旨在研究实现优质大麻供应非刑罪化的可能性，审查最合适的执行方法，并评估这种非刑罪化对公众健康和公共安全的影响。
	南非
	2023 年《私人用途使用大麻法案》针对成年人在私人住处种植、持有和消费大麻制定了法律条款，该法案已得到国民议会批准，目前正由上议院审议，预计将在 2024 年进行讨论。
	瑞士
	自 2021 年起，各地方组织合作开展了多项试点试验，以评估不同监管策略对大麻非医疗用途的影响，并提供关于瑞士大麻市场规范化的可能性和局限性的证据，供决策使用。
	泰国
	泰国近期发布了多项法律通知，导致非医疗用途大麻的使用和供应在法律地位上缺乏明确性。泰国先将大麻从违禁物质清单中删除，造成法律真空，随后又发布了多项通知来规范大麻的非医疗用途。

德国

在德国，《大麻法》于 2024 年 4 月 1 日生效，关于大麻俱乐部非商业性集体大麻种植的法规于 2024 年 7 月 1 日生效。²⁰《大麻法》支柱 1 允许成年人为个人用途私人大麻种植，并允许大麻俱乐部或大麻协会进行非商业性大麻种植；《大麻法》支柱 2 则设想建立非医疗用途大麻商业供应链区域试点项目。²¹

该立法的关键目标侧重于保护健康，尤其是儿童和青年的健康；开展教育和预防工作；以及遏制非法大麻市场。根据该法的规定，成年人可在公共场所持有 25 克大麻；在住所进行家庭种植，但最多不超过三株大麻植株；并在家中持有供个人使用的大麻 50 克。

非商业性大麻俱乐部可种植大麻，并将其分销给俱乐部成员供个人使用。大麻种植协会的会员不超 500 人，会员须年满 18 周岁，并在德国居住至少 6 个月。种植协会的会员每天最多可获得 25 克大麻，每月最多可获得 50 克大麻，供个人使用。对于年龄在 18 至 21 周岁之间的非商业性大麻俱乐部会员，另有具体规定。此类人群每月最多可分得大麻 30 克，四氢大麻酚容许含量限制在 10% 以内。大麻俱乐部不得设在距离学校、儿童和青年设施或游乐场 200 米以内的地方。大麻种植区域不得向公众开放，必须受到保护，防止外人进入。

不得在儿童和青少年面前使用大麻，也不得在儿童和青少年经常出入的机构和场所周围的禁区使用大麻。此外，严禁为大麻产品和大麻俱乐部打广告和提供赞助。还将针对大麻使用者以及特定人群开展宣传活动和预防工作。将逐步对《大麻法》的影响进行评估，预计在实施两年后发布中期报告，在实施四年后发布最后报告。

卢森堡

在卢森堡，2023年6月开始实行的新立法实现了在家中种植和持有非医疗用途大麻这一行为的合法化。“为非医疗用途合法获取大麻”试点项目的第一阶段，即第8033号法案²²旨在通过修订1973年2月19日出台的《药物售卖及打击吸毒成瘾法》，规范大麻种植，每户最多可种植四株大麻植株供个人使用。该立法实行了严格的准则，确保人们遵纪守法，防止未经授权种植大麻。大麻植株必须远离公众视线，个人使用严格限制在私人空间进行。凡违反以上规定的行为均会受到相应刑事处罚。²³

卢森堡开展了诸多工作来规范个人种植，新出台了一些新的法规，修改与在公共场所持有少量大麻（少于3克）相关的处罚。²⁴虽然仍然不得在公共场所使用大麻，但在对于在公共场所持有或运输少于3克大麻的成年人，其面临的刑事诉讼程序复杂程度如今有所降低、流程也更快。罚款降低至25至500欧元，并可选择发出145欧元的警方警告。²⁵将自行种植合法化以及减轻对公共场所持少量大麻行为的处罚，属于试点项目的一系列初步措施，其目标是遏制非法市场的发展及此类市场对公众健康和公共安全的影响，并规范非医疗用途大麻的供应。不过，这一试点项目仍在进行持续评估和调整。根据该试点项目部际工作组的建议，为进一步保障公众健康，并防止出现不受监管的平行市场供应可能不安全的大麻产品，打算通过该试点项目实行关于大麻种子（未来四氢大麻酚含量超过0.3%，用于私人和个人用途）包装和实物销售的法规。这些措施旨在确保非医疗用途大麻产品的质量和安全性，同时促进在受管制情况下获取此类产品。²⁶

马耳他

2021年，马耳他通过了一项法案，设立一个主管机构，负责推动大麻的负责任使用以及修订关于大麻的现行立法，从而实现大麻非医疗用途和家庭种植的合法化。²⁷18岁以上者持有不超过7克的自用大麻或在安全隐蔽处自行种植不超过4株大麻植株，不再构成犯罪。不过，大麻使用仅限在私人场所进行，在公共场所消费大麻可能会被处以行政罚款。个人持有7克以上、28克及以下大麻现在视为违法行为，处以50至100欧元行政罚款。²⁸此外，凡持有大麻超过7克个人上限，或涉嫌贩运或销售大麻的，警方将没收所持大麻。最后，在年满18周岁者的个人登记住所内，无论住所中有几人居住，该户最多都只能持有用于个人使用的50克干大麻和4株大麻植株，即便大麻不暴露于公众视线。²⁹

马耳他还授权个人成立或加入减少大麻危害协会，此类协会专门致力种植大麻，供其会员用于非医疗用途。这些持许可证的协会必须遵守严格的法规，包括在负责任使用大麻管理局进行注册登记。该局负责监管种植和持有大麻并将之分销给会员的所有私人协会；为马耳他政府提供建议，以制定关于大麻的国家政策；并建立非医疗用途大麻使用监测机制。此类大麻种植协会必须以非营利性运营，并遵守马耳他《自愿组织法》的指导方针。大麻分销严格限制在会员内部进行，每个协会的会员不得超过500人，每位大麻使用者仅限加入一家此类协会。为确保可追溯性和问责，协会分销的每批大麻必须带有特殊标识。此外，此类协会必须保存会员登记册，并遵守分销限额，即每名会员每天最多7克，每月最多50克。³⁰

荷兰王国

在荷兰王国，持有和销售非医疗用途大麻属于刑事犯罪，但根据荷兰法律，若持有和销售的大麻（大麻烟或大麻脂）分量不超过5克、大麻植株数量不超过5株，则可不追究。³¹同样，荷兰王国依然禁止大麻的生产和分销，但大麻咖啡店（仅当地居民可在店内使用大麻）的零售商一直都在从非法市场获取大麻供应，这种现象通常被称为

“后门问题”。荷兰政府近期启动了一项受管制大麻供应链实验，从布雷达和蒂尔堡开始，在 10 个城市放开了非医疗用途大麻种植，并对大麻供应进行规范和管制。³² 该实验旨在研究实现优质大麻供应非刑罪化的可能性，审查哪种方法最适合落实非刑罪化，并评估供应链非刑罪化对公众健康和安全的影 响。更具体而言，该实验的目的是评估“是否能在生产到销售的整个链条上实现有质控保障的大麻生产和分销并将其非刑罪化，以及如何做到这一点，同时评估封闭式供应链是否有效”。³³

在实验期间，各参与市的大麻咖啡店仍将遵守一系列现行规定，例如广告禁令、每人每天最多 5 克的限额、公共妨害禁令以及酒精和硬毒品禁令。³⁴ 咖啡店有义务仅从获批准的种植者处购买大麻来存储和销售；还必须记录存储和销售的大麻种类和数量、其来源以及参与药物运输的承运人信息。咖啡店还须确保大麻仅向荷兰王国居民出售，其工作人员须接受培训，以向顾客提供有关非医疗用途大麻使用及其相关风险的信息。³⁵

表 1 荷兰王国实验的五个阶段

	阶段
	筹备阶段
	启动阶段
	过渡阶段
	实验阶段（包括评估期）
	收尾阶段
	日期/持续时间
	2020 年 7 月起
	2023 年 12 月 15 日；预期最多持续六个月
	2024 年第一季度末；预期在启动阶段结束后持续六周
	预期最少持续四年
	从上一阶段结束后开始
	说明
	> 挑选和指定合法大麻种植者。
	> 最少两个大麻种植者将为位于蒂尔堡和布雷达的大麻咖啡店供应受监管的大麻。 > 各参与市既提供合法来源大麻，又提供非法来源大麻。
	> 确定所生产大麻的数量、质量和多样性都很充分之后，该阶段便将启动。 > 建立封闭式大麻咖啡店供应链所需的所有重要条件都将得到满足。 > 既可获得合法来源大麻，又可获得非法来源大麻。
	> 种植者将为 10 个参与市的所有大麻咖啡店供应受监管的大麻。 > 这些大麻咖啡店应仅出售受监管的大麻，以确保实验及其结果的一致性。 > 咖啡店店主还应与种植者就提供哪类产品用于出售达成一致。

	> 将建立监测机制来记录实验效果。
	> 除非该国政府另有决定，否则在 10 个参与市恢复适用现行荷兰法律法规。

资料来源：荷兰总务部，“封闭式大麻咖啡连锁店实验的设立原因与设计——封闭式大麻咖啡连锁店实验（大麻实验）——Rijksoverheid.nl”，议题（荷兰总务部：事务）。

南非

在南非，宪法法院于 2018 年做出的一项裁决认定，禁止成年人在私人住所持有、使用和种植大麻的国家立法规定违反了南非《宪法》。³⁶ 不过，法院将其命令的适用期暂缓了 24 个月，以便议会审议如何纠正相关法案中的违宪内容。³⁷ 在暂缓期间，成年人私下持有、使用和种植大麻不被视为刑事犯罪，但仍禁止在公共场所或在有未成年人以及持异议的成年人的场合使用大麻。³⁸

为解决宪法法院提出的问题，国民议会于 2023 年批准了《私人用途使用大麻法案》：该立法正在接受全国省级事务委员会（上议院）审议。该法案针对成年人在私人住所种植、持有和使用大麻提出了法律规定。种植用大麻种子和幼苗的数量没有限额，但种植本身有限额，每名成年人最多可种植四株开花大麻植株或同等植物，若住宅有两名及以上成年人居住，则最多可种植八株开花大麻植株或同等植物。³⁹ 个人在公共场所不得持有超过 100 克干大麻或同等物质，或一株开花大麻植株或同等植物。在私人住宅内，每名成年人最多可持有 600 克干大麻，若住宅有两名及以上成年人居住，则最多可持有 1,200 克干大麻。该法案仍然禁止销售大麻，但某些条款规定可以赠送大麻。就种植材料而言，规定的赠送数量为 30 颗种子或 30 棵幼苗，或不超过限额（即一株开花大麻植株或同等植物，或 100 克干大麻或同等物质）的多种种植材料组合。此外，该法案还将与种植、持有、提供和交易干大麻衍生产品以及超出上述规定所设限额的大麻植株和种植材料定为刑事犯罪。违规处罚包括处以罚款（例如，对公共场所吸食鸦片行为处以罚款），以及将持有可贩运的或商业性规模的干大麻产品者处以 6 至 15 年监禁。⁴⁰

瑞士

2021 年以来，瑞士根据《麻醉品法》通过了试点试验法令，允许各州、市、大学和其他组织合作进行试点试验，评估各种监管策略对大麻非医疗用途的影响，并利用证据为自 2021 年起，各地方组织合作开展了多项试点试验，以评估不同监管策略对大麻非医疗用途的影响，并利用证据为关于规范瑞士大麻市场的可能性和局限性的决策提供信息。^{41, 42} 试点试验最长将持续五年，可以有一次两年的延长期。每项试点试验的参与人数不得超过 5,000 人，仅能证明自己已有非医用大麻使用经历的成年人有资格参与。每项试点试验的目标旨在研究针对瑞士国情的优先事项；这些优先事项包括采取措施促进个人和公众健康、促进公共秩序并减少大麻相关犯罪、避免未成年人接触非医疗用途大麻并为面临风险的年轻人建立支持机制，以及确保对大麻实行有效公平的治理，力求进行监督监管并建立受控供应链。⁴³

目前，瑞士有七项获批准的大麻试点试验。总体而言，这些试验旨在能够比较理解不同分销和监管模式，从而更好地了解大麻市场监管对改善健康和公共安全成果的影响。在巴塞尔州，就参与者大麻使用模式和健康情况而言，“Weed Care”试点研究将通过药房进行非医疗用途大麻规范性销售与现状（大麻来自非法市场）进行了比较。⁴⁴ 在利斯塔尔市和阿尔施维尔市，“Grashaus”项目旨在调查由训练有素的销售人员在大麻商店有组织、有控制地出售“高质量有机大麻”是否可推动消费模式的转变，减少大麻非医疗用途造成的伤害，最大限度减少非法来源大麻的使用和相关问

题，并从生理、心理和社会角度改善人们的整体健康和福祉。⁴⁵ 在日内瓦，“La Cannabinothèque”项目旨在评估提供非医疗用途大麻规范性获取渠道的方案可在多大程度上强化人们对大麻的了解及其相关问题，从而促进减少与大麻非医疗用途有关的健康危害和社会危害。⁴⁶ 在苏黎世，“Züri Can”试点试验研究了对大麻种植实施管制，并通过不同渠道（包括苏黎世药物信息中心、10家参与其中的药房以及10家社交俱乐部）在监管之下分销精选非医疗用途大麻产品对大麻使用模式和参与者健康的影响。⁴⁷ 洛桑的“Cann-L”项目则以魁北克的非医疗用途大麻市场监管模式为基础，旨在评估非营利大麻销售方法的可行性和潜在影响，以替代非法市场大麻供应。⁴⁸ 最后，卢塞恩、比尔和伯尔尼实行了“SCRIPT”试点项目，评估通过药房实行规范性、非营利大麻销售并提供相关咨询服务对于这三座城市非医疗用途大麻使用情况的影响。⁴⁹

泰国

泰国近期发布的几项法律通知导致非医疗用途大麻使用在法律地位上缺乏明确性。泰国先将大麻从违禁物质清单中删除，造成法律真空，随后又发布了多项通知来规范大麻的非医疗用途。除了这些新发布的通知或条例，与大麻非医疗用途相关的许多罪行仍受20世纪90年代的立法约束。

根据《传统泰医药知识保护与促进法》B.E. 2542，泰国将大麻植株的花顶列为受管制草药，从而将其列入监督监管范围。因此，此类受管制草药的研究、出口、销售或加工必须取得正式授权。获得授权者必须遵守法定条件，包括但不限于除非有医生处方，否则不得出售给20岁以下者、孕妇或哺乳期妇女，以及学生。此外，禁止通过自动售货机、电子平台或数字网络进行受管制草药分销，或为大麻产品打商业广告。根据《麻醉品法典》，大麻提取物的监管要求与麻醉品等同，其制造、分销和使用必须取得授权。这一监管框架旨在管制大麻提取物在医疗和特定保健品中的使用，确保制造者取得必要的许可，并遵守各项通知中列明的既定标准，以保障消费者安全，防止滥用。⁵⁰

不过，泰国的大麻相关立法可能发展很快。该国公共卫生部已提交了一份《大麻和汉麻法》草案供内阁审议。该法案草案旨在对大麻和汉麻实行全面的监管监督机制，涵盖种植、生产、分销、进口和出口环节，目的是利用该物质在医疗上的好处，实现（汉麻）产业应用，并推动对大麻和汉麻的科学研究。此类监管措施旨在保障公众健康，避免弱势群体受到与大麻和汉麻使用相关的潜在不利影响。该法案草案还旨在遏止滥用，禁止娱乐性大麻消费，并规定获得大麻和汉麻种植许可的条件。⁵¹

[解说栏开始

俄勒冈州毒品非刑罪化的经验简谈

全球有些国家取消了对无授权持有或使用大麻以外受管制物质的刑事处罚，或从未对此类行为实施过刑事处罚。在美国，虽然联邦法律保留了对持有或分销毒品的刑事处罚，但市级和州级在这方面的毒品政策变革大多都涉及特定用途大麻供应的合法化，或特定用途大麻持有或使用的非刑罪化或非刑惩罚化。俄勒冈州的行动受到了广泛关注，该州旨在将非医疗用途持有行为的非刑罪化范围扩大至所有毒品。虽然俄勒冈州的行动走在了美国毒品政策变革的前列，但对于西欧和拉丁美洲部分地区的其他国家来说，这并非新鲜事。俄勒冈州近期推翻了这项工作，加拿大不列颠哥伦比亚省近来也发生变动，再次将公共场所持有毒品行为刑罪化，^a 这两项动态发展突出表明，在尝试推断政策变化的因果效应时，必须认识到毒品政策改革的结果可能在很大程度上取决于实施毒品政策的具体环境，也要认识到药物依赖的性质，以及在特定环境中将某些行为定为刑事犯罪可能产生的威慑作用。

俄勒冈州的“110号法案”，又称《毒瘾治疗和康复法案》，是2020年11月俄勒冈州近60%的选民通过的一项全民公决举措，^b旨在将所受管制药物持有行为从刑事违法改为民事违法行为。制造和分销受管制药物，以及持有大量受管制药物，仍属于应受处罚的犯罪行为。“110号法案”将持有少量受管制药物（包括可卡因、海洛因和甲基苯丙胺）非刑罪化。持有少量此类物质构成轻罪，犯罪者面临逮捕和刑事指控，可能被监禁，持有量更少者（例如，1克海洛因、2克可卡因和2克甲基苯丙胺）则会收到民事传票，预计最高缴纳100美元罚款，若其完成健康评估，则可免缴罚款。^c

“110号法案”还设立了毒瘾治疗和康复服务基金，资金来源为大麻税收收入以及执法和监禁成本降低产生的节余。该基金旨在通过向提供戒毒服务、咨询、低门槛毒品使用病症治疗、降低危害服务、住房支助和同伴支持方案的私人服务提供者拨款，支持扩大获得毒瘾治疗服务的机会。毒品持有罪的重新分类于2021年2月生效；2021年晚些时候，州立法机构又通过法律，执行“110号法案”的其他部分，即要求提供治疗服务，并扩大获得其他服务和进行外联的机会。^d

由于立法实施遭拖延、拨款管理不善、治疗资金有限，该举措的服务侧从一开始便面临着严峻挑战。俄勒冈州通过内部审计发现，服务提供呈分散化以及利益攸关方缺乏合作，导致该举措在为受筛查者提供治疗和服务方面的大部分工作难以开展。^e这一点令人担忧，因为俄勒冈州的吸毒病症率已位列美国第二，在提供治疗机会方面则排名倒数第一。^e就逮捕人数而言，早期研究表明，政策转变导致俄勒冈州因持有毒品而遭逮捕的人数减少，总体逮捕人数、非毒品相关逮捕人数或暴力犯罪相关逮捕人数均未明显增加。^f

2024年年初，俄勒冈州立法机构以压倒性票数推翻了“110号法案”的部分内容，将持有受管制毒品行为定为轻罪，最高可处六个月监禁，并鼓励执法部门将有关个人转介至戒毒治疗机构。^g由于法律变化在几年内便被推翻，很难准确评估俄勒冈州毒品持有行为非刑罪化政策产生的影响。过去几年来，俄勒冈州毒品使用过量情况有所增加；不过，在毒品法律未改变的邻近各州，毒品使用量和过量使用致死人数也有所增加，表明随着芬太尼向美国西部扩散，毒品市场发生了根本性变化。^{h, i}初步分析发现，在针对非法制造的芬太尼供应量迅速增长进行调整后，俄勒冈州的非刑罪化与毒品使用过量致命率之间并无关联。^{j, k}

与将毒品持有非刑罪化的其他地方相比，俄勒冈州还面临更多挑战，这些挑战可能会削弱“110号法案”的效力，导致其被推翻。欧洲许多地方仍提供全面医疗服务，经济不平等水平也较低，俄勒冈州却不同，该州依靠通过公共资金向私人服务提供商拨款，来开展筛查和进行治疗。有关这些服务管理和相关供资的细则被拖延了多年，同时，根据该州内部审计结果，由于合同臃肿、吸毒病症疗法的“孤立分散性”，这些细则没有达到效果。^l

恢复毒品非医疗用途持有行为的刑罪化是否会对俄勒冈州的毒品使用情况（包括公开使用和 Related 病症）以及过量使用致死情况产生影响，还有待观察。此外，还需要监测恢复刑罪化对监禁水平和警民互动的影

^a 省长办公室，“不列颠哥伦比亚省禁止在公共场所使用毒品，采取更多措施保障民众安全 | 不列颠哥伦比亚省政府新闻”，2024年4月26日。

^b 俄勒冈州秘书处，“‘110号法案’公投票数汇总，2020年11月3日”，未注明日期，<https://sos.oregon.gov/elections/Documents/results/november-general-2020.pdf>。

^c 俄勒冈州秘书处，《毒瘾治疗和康复法案》，2019年8月15日，<https://sos.oregon.gov/admin/Documents/irr/2020/044text.pdf>。

^d 俄勒冈州卫生局，“俄勒冈州卫生局：《毒瘾治疗和康复法案》（110号法案）：俄勒冈州行为健康部”，未注明日期，2024年4月25日查阅。

- ^e 俄勒冈州秘书处，“俄勒冈卫生局：言之尚早：‘110号法案’的实施充满挑战，使得风险有所增加，但该计划的有效性仍有待确定”，2023年1月。
- ^f Corey S. Davis 等，“俄勒冈州和华盛顿州低量毒品持有行为非刑罪化后逮捕人数的变化”，《国际药物政策杂志》，第119卷（2023年9月），文章编号：104155，<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104155>。美国各州一直以来都将大多数毒品的持有行为定为刑事犯罪。2021年年初，俄勒冈州和华盛顿州打破了这一规则，完全（俄勒冈州）……
- ^g 俄勒冈州卫生局，“众议院第4002号议案概况介绍”，2024年3月10日。
- ^h FB Ahmad 等，“临时吸毒过量致死计数”，国家卫生统计中心，2024年4月17日。
- ⁱ Julie O'Donnell 等，“美国2019年7月至2021年12月实证性假药服用过量致死病例”，《发病率和死亡率周报》，第72卷，第35期（2023年）：第949-956页。
- ^j Michael Zoorob 等，“俄勒冈毒品非刑罪化、芬太尼流入毒品市场和用药过量致死问题”，预发医学论文网站，2024年，2024.04.08.24305508。
- ^k Spruha Joshi 等，“俄勒冈州和华盛顿州毒品持有法律变化与用药过量致死之间的一年期关联”，《美国医学会杂志—精神病学》，第80卷，第12期（2023年）：第1277-1283页。
- ^l 俄勒冈州秘书处，“俄勒冈州卫生局：言之尚早：‘110号法案’的实施充满挑战，使得风险有所增加，但该计划的有效性仍有待确定”。

解说栏结束]

大麻合法化的最新影响

公共政策问题（包括公众健康和安全问题）产生的驱动因素以及利润和税收收入催生的野心，促使加拿大、乌拉圭以及一些美国州级辖区将大麻供应链合法化，并采取各种措施，放开了非医疗用途大麻的生产和销售。虽然评估大麻合法化是一项复杂的工作，但这种政策变化的支持者和反对者都在努力研究不同措施产生的结果，这些群体往往会选择一些指标或指标组合进行评估，只关注其趋势有利于自身已有结论的结果。

虽然大麻合法化的全部影响可能要积累数年才能显现，要完全评估任何一种政策变化的影响（包括意外后果），也要用数年时间来严格监测选定指标，但在此期间可以观察这些指标的短期变化情况，作为政策变化的中间结果衡量指标。2020年和2022年的《世界毒品问题报告》从公众健康、公共安全和刑事司法角度出发，对允许营利性非医疗用途大麻生产和销售的政策变化的结果进行了广泛审查。一个突出的问题是，大麻合法化政策的实施并不像开灯/关灯那样一蹴而就（典型研究设计认为情况便是如此），而是一个连续的过程。还需要强调的是，实现大麻合法化的司法管辖区存在系统性差异，具体情况也各不相同，导致很难比较这些辖区之间的大麻政策结果。因此，对各个司法管辖区的结果做比较并不能构成理想的自然实验，也不能完全说明大麻合法化的不同影响。在已实现大麻合法化的司法管辖区和未实现大麻合法化的司法管辖区，观察某项指标在大麻合法化前后的变化，也可能产生误导，因为一项指标的趋势可能与合法化状况无关；某个州的大麻合法化影响很可能波及尚未将大麻非医疗用途合法化的其他州。

本节考虑到了这些注意事项，并在《2022年世界毒品问题报告》对美洲大麻合法化相关政策变化的影响所做初步分析的基础上，简要介绍了在实现大麻生产、销售和消费合法化的司法管辖区，大麻政策变化对公众健康结果和非法市场存在情况的最新影响。

图 37 2002-2022 年美国非医疗用途大麻合法化州和未合法化州 18 岁及以上人口大麻使用趋势

	大麻合法化州
	指数=100 (0 为 2012-2013 年)
	到 2007 年, 12 个州出台措施, 允许将大麻用于医疗用途
	到 2012 年, 科罗拉多州和华盛顿州率先将大麻非医疗用途合法化
	上年使用量
	上月使用量
	对偶尔使用大麻的危害的风险认知
	大麻未合法化州
	指数=100 (0 为 2012-2013 年)
	到 2007 年, 12 个州出台措施, 允许将大麻用于医疗用途
	到 2012 年, 科罗拉多州和华盛顿州率先将大麻非医疗用途合法化
	上年使用量
	上月使用量
	对偶尔使用大麻的危害的风险认知

资料来源: 美国, 物质滥用和精神卫生服务管理局, 2022 年全国毒品使用与健康情况调查结果: 详细表格 (马里兰州罗克维尔市: 行为健康统计和质量中心, 2023 年)。

公众健康结果: 成年人口大麻使用呈上升趋势

成年人口的非医用大麻使用呈上升趋势, 频繁使用或每天使用大麻的情况更加显著, 特别是在青年中。加拿大、乌拉圭和美国均可见大麻使用的这种上升趋势。

在加拿大和美国, 早在商业大麻完全合法化之前, 就已观察到大麻使用有所增加。就美国而言, 2007 年和 2008 年, 也就是科罗拉多州和华盛顿州的实体“药房”向全民出售医用大麻时 (事实上的合法化), 大麻市场明显扩张。因此, 2012 年, 即这两个州将大麻商业供应链和大麻非医疗用途合法化之前, 大麻使用便已呈上升趋势。⁵² 美国大麻使用的增加主要体现在 18 岁及以上者上月使用量和每日/接近每日使用中, 2002 年至 2022 年, 这两个指标增加了近三倍。虽然大麻非医疗用途合法化州的大麻使用衡量指标仍远远高于未合法化州, 但这两组州的趋势非常相似。大麻非医疗用途合法化本身并不能解释合法化州大麻使用增加的原因, 因为科罗拉多州等较早实现大麻非医疗用途合法化的州在大麻使用量方面历来就高于全国平均水平。因此, 合法化可能只是加速了早先业已开始的动态, 而且在一定程度上, 合法化可能是大麻市场扩张的结果, 而非其肇始原因。

虽然男子大麻使用量仍然高于妇女, 但在加拿大和美国, 上月大麻使用量方面的性别差距一直在缩小, 乌拉圭的性别差距则没有缩小太多。⁵³ 就美国而言, 2003 年至 2022 年, 妇女上月大麻使用量增加了三倍多, 远远高于男子上月大麻使用量的增长率。⁵⁴

图 38 2003-2022 年美国 18 岁及以上人口上月大麻使用量方面的性别差距

	流行率（百分比）
	男子与女性大麻使用流行率之比
	男子上月大麻使用量
	妇女上月大麻使用量
	性别差距：男子与妇女大麻使用流行率之比
	线性（性别差距：男子与妇女大麻使用流行率之比）

资料来源：美国，物质滥用和精神卫生服务管理局，2022 年全国毒品使用与健康情况调查结果：详细表格（马里兰州罗克维尔市：行为健康统计和质量中心，2023 年）。

图 39 2018-2023 年加拿大大麻使用趋势

	流行率（百分比）
	上年使用量
	上月使用量
	每日/接近每日使用量
	过去 12 个月报告使用过大麻者每日/接近每日使用量

资料来源：加拿大大麻情况调查，加拿大人（16 岁以上）中为非医疗目的使用大麻情况。渥太华：加拿大卫生部，2024 年 1 月。

图 40 2018-2023 年按人口结构分列的加拿大大麻使用情况

	年度流行率（百分比）
	总体情况
	男子
	妇女
	16-19 岁人口
	20-24 岁人口
	25 岁及以上人口

资料来源：加拿大大麻情况调查，加拿大人（16 岁以上）中为非医疗目的使用大麻情况。渥太华：加拿大卫生部，2024 年 1 月。

图 41 2006-2018 年乌拉圭一般人口大麻使用情况

	流行率（百分比）
	2015 年出台允许大麻非医疗用途的法规
	终生流行率
	上年流行率
	上月流行率

资料来源：“第七次全国普通人口吸毒情况调查”（乌拉圭毒品观察站，乌拉圭国家毒品管制局，2019 年）。

就加拿大而言，虽然大麻使用量每年都有变化，但在大麻合法化之后的头几年，上年使用量、上月使用量和每日/接近每日使用量显著增加，尤其是在 20-24 岁的青年之中，不过，2020 年之后，使用情况有所稳定。⁵⁵但 2022 年，大麻使用者的每日/接近每日使用量有所减少。乌拉圭也呈现了同样的趋势，2006 年至 2018 年，该国一般人口上年和上月大麻使用量增加了 2.5 倍。

每个大麻合法化国和大麻合法化辖区的初始大麻使用水平都不一样。因此，合法化对成年人大麻使用程度的影响可能各不相同。在加拿大、乌拉圭以及一些美国司法管辖区，大麻使用量早在大麻合法化之前就已开始增长。因此，政策变化可能只是成年人大麻使用量增加的部分原因，其可能仅是加速了早先业已开始的动态。在北美洲，走向合法化的运动是一代又一代的持续演变过程。在加拿大和大多数美国司法管辖区，走向大麻合法化的道路是通过允许医疗使用大麻的举措来实现的，这些举措允许程度不同，有着不同程度的局限性。因此，大麻的合法供应早于事实上的正式合法化，这种较早的合法供应可能比随后的正式合法化对大麻使用程度产生了更大的影响。

青少年大麻使用情况似乎相当稳定

迄今为止，加拿大和美国的大麻合法化似乎未影响到青少年的大麻使用情况。这两个国家的青少年大麻使用量虽然仍远高于其他国家，但总体处于稳定状态，不过在 2019 冠状病毒病（COVID-19）大流行暴发的几年，报告使用量有所减少。^{56, 57}每日大麻使用量也依然未发生变化，但北美洲经常雾化吸入大麻的青少年有所增加。⁵⁸应当注意的是，新出台的法规仍然禁止未满特定年龄（18 至 21 岁，依辖区而定）者获得大麻。

图 42 2010-2022 年美国高中生大麻使用情况（合计）

	流行率（百分比）
	终生
	上年
	上月
	每日

资料来源：“监测未来”研究，密歇根大学，2023 年。

图 43 2003-2021 年乌拉圭中学生（13-17 岁）大麻使用情况

	流行率（百分比）
	2015 年出台允许大麻非医疗用途的法规
	终生
	上年
	上月

资料来源：乌拉圭国家毒品管制局，“第九次全国中学生毒品使用情况调查研究报告”，乌拉圭，2022 年。

图 44 2010-2023 年美国十二年级学生对大麻使用的危害的风险认知趋势

	指数=100（2010 年）
	尝试使用过一到两次大麻

	偶尔抽吸大麻
	经常抽吸大麻

资料来源：“监测未来”研究，密歇根大学，2023年。

注：2020年无报告数据。

不过，乌拉圭的青少年大麻使用量的确有所增加，2003年至2021年，流行率的所有衡量指标均翻了一番。但自2016年以来，使用量似乎趋于稳定，表明2015年起实施的新政策遏制了青少年大麻使用量的增加势头。⁵⁹

研究表明，风险认知与某种物质的使用之间存在反向关联。不过，就美国青少年而言，虽然青少年对偶尔和经常使用大麻的风险认知整体上一一直在减弱，但以上年大麻使用流行率来衡量，这种减弱似乎尚未对青少年大麻使用情况产生影响。⁶⁰ 然而应当注意的是，对经常抽吸大麻的危害的风险认知近来在趋势上发生变化，过去两年里，经常抽吸大麻、认为使用大麻存在风险的学生数量有所增加。如果未来几年这一趋势仍然持续，则最终可能会对今后的青少年大麻使用模式产生影响。

在加拿大，在大麻合法化后，对适度或经常使用大麻的危害认知出现了不同的趋势，对抽吸或雾化吸入大麻的危害认知有所增强，但对可食用大麻的危害认知保持稳定并在近期有所减弱。过去12个月报告使用过大麻者的危害认知显著低于过去12个月未报告使用过大麻者的认知。⁶¹

有害使用大麻及其健康后果

大麻的有害、非医疗用途表现为每天使用或频繁使用大麻产品，尤其是四氢大麻酚含量高、大麻二酚含量低或几乎不含大麻二酚的大麻产品。⁶² 这种使用会导致罹患吸毒病症和精神合并症，尤其是精神障碍的风险。^{63, 64, 65, 66} 实验研究和观察研究的证据还表明，与偶尔使用大麻者相比，经常使用大麻者在使用四氢大麻酚含量较高的大麻产品时调整使用剂量的概率较低，这是为了达到预期的精神效果。⁶⁷

图 45 2018-2023年加拿大认为经常使用大麻的风险“较大”或“适中”的人口比例，按使用方式分列

	受访者百分比
	食用或饮用大麻者
	抽吸大麻者
	雾化吸入大麻者
	总体
	过去12个月未使用过大麻者
	过去12个月使用过大麻者

资料来源：加拿大大麻情况调查，加拿大人（16岁以上）中为非医疗目的使用大麻情况。渥太华：加拿大卫生部，2024年1月，以及往年数据。

一项全美大麻效力摸底研究报告称，在许多司法管辖区，大麻市场上大多数产品的四氢大麻酚含量都超过了15%。^{68, 69, 70} 在美国许多实现大麻非医疗用途合法化的州级辖区，大麻产品的种类也很多，包括大麻花、四氢大麻酚含量较高（平均含量50%及以上）的大麻浓缩物、吸入式产品以及食用类产品。⁷¹ 加拿大的大麻产品也呈多样化，但魁北克除外，该省实施了限制产品形式和四氢大麻酚含量的法规。在魁北克，食用

类大麻产品属于违禁品，其他产品的四氢大麻酚含量则不得超过 30%。⁷²在乌拉圭，大麻产品的四氢大麻酚含量和种类基本保持稳定，水平相比加拿大和美国较低。乌拉圭药房出售的大麻花四氢大麻酚含量最高为 9%，但这些限制规定不适用于大麻俱乐部或家庭种植；⁷³大麻俱乐部可出售四氢大麻酚含量最高为 15%的大麻产品。⁷⁴

就大麻合法化相关健康后果而言，在科罗拉多州，自 2013 年以来，与大麻相关的急诊室就诊和住院人次（包括接受大麻使用病症和依赖性治疗的人次）显著增长，不过从 2018 年开始，总体趋于稳定。与食用类大麻产品相关的急诊室就诊人次增幅最大，尤其是在儿童之中。此外，一项研究使用科罗拉多州 2013 年至 2018 年医院急诊室就诊行政数据得出结论认为，各县与精神病相关的急诊室就诊率平均大幅增加了 24%，这与科罗拉多州开设了大麻零售店有关。⁷⁵据报告，严重中毒、剧吐、精神症状以及严重心血管事件是科罗拉多大麻相关急诊科就诊的主因。⁷⁶大麻相关住院率近来有所下降，不过其在 2011 年至 2021 年之间翻了一番。有人认为，COVID-19 大流行相关限制措施导致了大流行期间（2020-2021 年）问诊量减少，获得治疗的障碍增加。⁷⁷

美国的大麻使用病症患者也呈增加趋势，而这一趋势很可能在非医疗用途大麻供应合法化的几年前就已经开始了。此外，与经常使用大麻有关的以下方面都呈上升趋势，尤其是在年轻人中：精神病症患者和有自杀倾向者的比例、自杀未遂事件，以及意外用药过量致死和他杀致死。^{78, 79, 80}

在加拿大，与大麻使用有关的年龄和性别标准化住院率在 2015 年 1 月至 2021 年 3 月之间增加了 1.6 倍（每 10 万人有 6.46 人）。相关住院率增幅最大的是大麻诱发的精神病，其次是大麻戒断、有害使用和依赖导致的住院。三分之一的住院者年龄在 15-24 岁之间。⁸¹电子烟雾、浓缩物和食用类大麻供应量的增加表明，合法化打开了获得更多有害大麻产品的渠道，增加了大麻对健康的总体危害性，这一点从大麻使用病症和大麻诱发的精神病导致的住院情况中可见。⁸²

图 46 2011-2021 年美国科罗拉多州与大麻相关的急诊科就诊和住院情况

	每 100,000 急诊科就诊或住院人次出院率
	急诊科就诊
	住院

资料来源：科罗拉多州公共卫生和环境部，“科罗拉多医院协会数据”，2023 年。

成年人大麻使用流行率、大麻使用强度（频率和数量）、大麻产品四氢大麻酚含量，以及大麻使用和大麻使用病症导致的住院率均与日俱增，所有这些因素很可能会产生多重影响，加剧大麻使用的有害性。⁸³

非法市场持续存在

非医疗用途大麻供应合法化发生的背景是，对大麻的巨大需求业已存在，而且通过非法渠道得到了满足。虽然据报告，在一些司法管辖区，非法市场的空间日益缩减，但迄今为止，这些渠道尚未完全被合法市场取代。

据报告，大麻合法化后仍存在的非法市场规模在不同司法管辖区各不相同。在加拿大，2023 年第三季度，在报告大麻家庭支出的人中，有超过四分之一的人从无证来源购买大麻，自大麻合法化以来，这一比例持续降低。^{84, 85}2018 年至 2023 年，大麻使用者的大麻月均支出有所下降，但在 2021 年至 2023 年期间基本保持稳定；2023 年，过去 12 个月使用过大麻的加拿大人中，有 73% 报告称其通常从合法来源购买大麻。⁸⁶

图 47 2018-2023 年加拿大非医疗用途大麻产品家庭支出

	百万加元
	非医疗用途大麻产品（无证经营）
	非医疗用途大麻产品（有许可证）

资料来源，加拿大统计局，表 36-10-0124-01，家庭最终消费支出细目，加拿大，季度统计数据。

在乌拉圭，截至 2023 年 1 月，超过 90,000 人通过该国三个现有供应来源（即药房、家庭种植或大麻俱乐部）之一获得大麻，占乌拉圭大麻成年使用者估计人数的 30%至 35%，表明合法市场满足经常使用大麻者需求的能力还存在很大缺口。^{87, 88, 89}

在美国，加利福尼亚州、科罗拉多州、纽约州、俄勒冈州、华盛顿及其他州都存在不同形式的非法大麻市场，^{90, 91} 但其中一些州的居民大多都从合法来源获得大麻。⁹² 在非法市场持续存在的州级辖区，人们可能会以低于合法市场的价格出售所谓的“非法大麻”。^{93, 94} 此外，加利福尼亚等州的一些零售店可能会选择不获取合法许可证，以避免提交申请并每年缴纳延长费用，同时“仍在店面以外经营，自称是持证经销商”。⁹⁵ 例如，在科罗拉多州，无照种植大麻、在国家森林内种植大麻以及向大麻不合法的邻州走私大麻也都是导致非法市场蓬勃发展的方式。⁹⁶ 此外，非法市场通常与合法市场和准合法市场（称为“灰色市场”）同时运行，此类市场可能出于价格、质量、可得性、许可、税收、法规和生产过剩等原因，仍然对消费者和供应商具有吸引力。^{97, 98}

大麻合法化的其他结果

成年人当中因持有大麻而被逮捕的人数大幅下降

在美国（包括已将大麻使用合法化或非刑罪化的各州），大麻持有者绝对逮捕人数和逮捕率自 2000 年起便总体呈大幅下降趋势。这一趋势早在各州开始允许将大麻用于医疗或非医疗用途之前就开始了。在已将大麻持有非刑罪化的各州，逮捕率的下降幅度要远大于将大麻非医疗用途合法化的各州。^{99, 100} 虽然都有下降，但在大麻相关犯罪的逮捕情况方面，种族差异仍然存在。¹⁰¹

虽然大麻非刑罪化或合法化避免了今后的刑事定罪问题，但仍有许多问题可能导致种族差异持续存在，包括现有记录的删除。在已实现大麻非刑罪化或合法化并可删除大麻相关犯罪记录的州级辖区中，大部分都要求记录持有者申请救济同时缴纳费用；仅有几个州可自动删除记录。¹⁰² 大多数州还针对个人记录删除设置了等待期，可能长达数年。¹⁰³ 这种要求对经济上处于不利地位的个人影响很大。^{104, 105}

由于合法化，大麻相关收入和税收有所增加，但近年来水平保持稳定

非医疗用途大麻供应链合法化，包括一系列大麻产品营利性生产的合法化，为投资大麻产业的企业以及将非医疗用途大麻合法化的司法管辖区带来了可观的收入。非医疗用途大麻合法化对从大麻市场征收的税额产生了明显的影响，而且为已实现非医疗用途大麻合法化的辖区的预算增加了一种新的资源。然而，通过大麻税所征收的税收虽然金额看似较大，但在一州总收入中所占百分比仍然相对较小，不到各非医疗用途大麻合法化州收入的 2%或更少。^{106, 107}

图 48 2014-2023 年美国各州大麻销售收入

	百万美元
	华盛顿
	加利福尼亚州
	科罗拉多州
	阿拉斯加州

资料来源：阿拉斯加州税务局——税收处；加利福尼亚州税费管理局；科罗拉多州税务局研究分析办公室；华盛顿特区税务局，2023 年。

有关迷幻类药物的发展动态

麦角酰二乙胺、亚甲二氧基甲基苯丙胺、麦司卡林和裸盖菇素等目前已知的迷幻类物质，大多都是《1971 年公约》附表一中的受管制物质，可能用于科学目的，医疗用途非常有限。¹⁰⁸ 近几十年来，由于全球因精神疾病造成的疾病负担日益加重等情况，¹⁰⁹ 人们又重新开始关注¹¹⁰ 不同迷幻类物质在治疗一系列精神疾病方面的用途。^{111, 112} 最近主要在高收入国家开展的一轮临床试验得出了前景良好的初步结果，表明有可能将一些迷幻类药物与心理疗法相结合来治疗一系列常规治疗对其无效的精神疾病。^{113, 114} 目前，尚无国家批准迷幻类药物进入医疗市场，¹¹⁵ 许多临床试验一般也不会使得此类药物获批入市。截至 2024 年 2 月，各种迷幻疗法的各阶段注册临床试验超过 1,000 项，涉及亚甲二氧基甲基苯丙胺、裸盖菇素、麦角酰二乙胺和氯胺酮。然而，虽然取得了初步成果，但要制定治疗准则（包括筛查准则以及迷幻类药物摄入的便利和监督准则），对此类疗法进行监管，并将其纳入医疗实践，还有很长的路要走。¹¹⁶ 不过，美国食品药品监督管理局于 2017 年开创性地指定将亚甲二氧基甲基苯丙胺辅助心理疗法用于治疗创伤后应激障碍，¹¹⁷ 并于 2024 年指定将裸盖菇素类似物用于重度抑郁症辅助治疗，¹¹⁸ 将麦角酰二乙胺的一种形式用于治疗广泛性焦虑症。¹¹⁹

应当注意的是，近期两份关于迷幻类药物临床试验的文献综述指出了一些挑战，并对此类临床试验的开展表示担忧，涉及样本量小、缺少对照组、研究参与者的选择存在偏差、研究持续时间短、不良事件信息空缺等问题。^{120, 121}

最近，美国食品药品监督管理局的一个专家咨询委员会也对最近开展的亚甲二氧基甲基苯丙胺第三阶段试验表示了同样的担忧，强调试验可能存在偏差问题，包括双盲问题，以及滥用情况、保障措施和后续治疗疗效不透明的问题。最近出现的另一项担忧涉及药品监管机构是否可以超出其药品和医药产品审批职权范围，对药物辅助心理疗法进行审批。这突出表明，某种医药疗法可能最终通过实验形成，并有可能在正式医学批准范围之外打开据称有医疗益处的迷幻类药物的平行市场，其复杂程度颇深，并面临诸多制约因素。

表 2 2024 年迷幻类药物临床试验汇总

	临床试验阶段
	第 1 阶段
	第 2 阶段
	第 3 阶段
	第 4 阶段
	麦角酰二乙胺
	亚甲二氧基甲基苯丙胺

	裸盖菇素
	氯胺酮
	资方
	美国国立卫生研究所
	美国联邦机构
	业界
	个别高校和组织

资料来源：ClinicalTrials.gov。

注：该表包含在各国开展的试验，主要是高收入国家。

迷幻类药物的潜在治疗用途也激起了商业兴趣和投资活动，风投公司从中看到了投资和获利机会，个别组织和业界投资进行的临床试验数量越来越多便印证了这一点。其他领域也出现了对迷幻类药物的商业兴趣，这是更广泛的“迷幻复兴”发展动态的一部分，^{122, 123}这一复兴正在为不受监管地获取迷幻类药物创造有利环境。

虽然迷幻类药物有良好疗效这一承诺可能很有吸引力，但有人认为，商业化、一些司法辖区的法规变化，以及非医疗用途实践这三方面的发展速度过快，可能会导致将迷幻类药物审慎用于治疗用途的过程（包括充分筛查、提供便利和实行监管）被略过，并可能对临床研究的质量和严谨性产生不利影响，而临床研究通常与“新”型药物疗法的开发有关。^{124, 125}

迷幻类药物相关法规变化

在澳大利亚、加拿大魁北克省，以及美国的两个司法辖区，近期政策变化为获得迷幻类物质用于医疗用途提供了便利。澳大利亚目前是首个允许将裸盖菇素和亚甲二氧基甲基苯丙胺用于医疗用途的国家；截至 2023 年 7 月，经授权的精神科医生可获取亚甲二氧基甲基苯丙胺用于在监管下治疗创伤后应激障碍，并可获取裸盖菇素来治疗难治性抑郁症。¹²⁶然而，目前尚未建立供应链机制，澳大利亚的许多利益攸关方也认为没有充足的证据支持在该国将迷幻类药物广泛用于临床实践。¹²⁷2022 年，加拿大魁北克省也批准将裸盖菇素辅助心理疗法纳入医保。¹²⁸

2020 年，俄勒冈州批准将裸盖菇素用于“准治疗”用途，包括监管供应链，以及裸盖菇素产品的销售和购买的监管。任何 21 岁以上的人，无论是否被诊断患有精神疾病，都可以在“受监管”的环境中使用裸盖菇素；获得裸盖菇素治疗服务无需处方或转介，但需要先与经培训的引导师完成准备课程¹²⁹，随后方能在国家许可的提供裸盖菇素治疗服务的设施内使用裸盖菇素。^{130, 131, 132}2022 年，科罗拉多州将 21 岁及以上的个人持有、种植、分享和使用（但不包括销售）五种天然迷幻类物质非刑罪化，并批准可在获得“许可”的设施内使用这些物质，同时计划扩大允许使用的物质类型，到 2026 年将二甲基色胺、伊博格碱和麦司卡林纳入其中。¹³³

催生在受监管医疗用途外使用迷幻类药物的环境

在“迷幻复兴”期间，还有一些发展动态超出了临床试验范畴，或是与土著社区对此类物质的传统使用方法截然不同。微剂量使用¹³⁴社区，以及迷幻类药物会议、节日和静修会都有助于为迷幻类药物的非医疗用途使用创造有利环境。这些发展动态无论是从范围还是广度来说，大多都是前所未有的，似乎超过了科学发展的速度，也超过了获得此类物质有效性证据的速度（条件是在受控环境中，将此类物质作为受监督迷幻类药物辅助疗法的一部分进行管理）。

	迷幻类药物“复兴”
	微剂量使用社区
	在不受监督的情况下，自行使用微剂量迷幻类药物，用于针对身心健康的准治疗用途
	迷幻类药物主题旅游
	引导下的静修活动，提供参与迷幻类药物体验的环境
	迷幻类药物会议
	通过迷幻类药物使用方面的交集，促进科学研究，以及文化、哲学和灵性研究
	迷幻社区
	通过音乐和仪式（主题节日）方面的交集，以迷幻类药物促进心理健康和社交联系
	临床试验

“迷幻复兴”背后的推动力是迷幻类药物发展的商业化进程，尤其是通过金融投资来推动实现商业化，其目的是促进在有监督或无监督的护理中使用迷幻类药物，以期取得科研成果。^{135, 136, 137} 到 2020 年 3 月，美国已有 50 多家与迷幻类药物开发或管理有关的上市公司。¹³⁸ 到 2027 年，美国迷幻类药物行业估值预计将是 2020 年这些公司总体估值的五倍，表明迷幻类物质这一领域将持续受到投资关注。¹³⁹ 一些早期资助或开展迷幻类药物研究的非营利组织已成为上市公司，如今已开始接受外部投资。¹⁴⁰

近年来，商界和公众对迷幻类药物的兴趣日益浓厚的另一个实例是，迷幻类药物整合培训项目、讲习班和转介网络激增，参与迷幻类药物临床试验的志愿者人数也很多。¹⁴¹

迷幻类药物的无监督（或非医疗用途）使用：微剂量使用社区

微剂量使用（即，使用不至引起知觉扭曲的少量迷幻类物质）近年来越发受到关注，因为人们认为这种使用可能有利于身心健康，使用者早期对微剂量使用感受到的积极影响的描述，以及临床研究的初步结果也证明了一点。¹⁴²

然而，关于微剂量使用好处的研究，其结果喜忧参半。虽然针对人们自我报告所开展的观察性研究或定性研究表明，人们对微剂量使用的有效性很满意，随机对照研究却未显示微剂量有显著临床效果。

有些研究表明，微剂量使用有可能会改善心情，减轻压力，增强创造力，¹⁴³ 但近期开展的涉及麦角酰二乙胺和裸盖菇素微剂量使用的大型随机对照试验或未显示这些物质有抗抑郁、抗焦虑或促认知效果，或只显示出次优结果。^{144, 145, 146}

近期研究还突出表明，微剂量使用研究可能存在偏向问题，尤其是在涉及盲目性公民科学举措的研究中，此类研究的参与者会将自己随机分配到安慰剂组或对照组；这些参与者可能会在无意中影响自己对治疗效果的评估，因为其容易受到“预期”偏向的影响，也

更容易给出假正向结果，从而影响到研究结果。^{147, 148} 总之，反复以最低剂量使用迷幻类物质的做法仍未得到充分研究，其有效性或安全性的临床证据有限。^{149, 150, 151, 152}

虽然研究结果喜忧参半，但微剂量使用的做法似乎愈发流行了。一项基于任意抽样的在线调查（样本量超过 110,000 人，特点是欧洲、美洲和大洋洲的互联网用户所占比例过高）发现，在 2020 年的 12 个月里，5.6% 的调查对象使用了微剂量的麦角酰二乙胺或裸盖菇素。调查结果显示，相比 2018 年，报告有麦角酰二乙胺微剂量使用行为者的人数增长了 80%（2018 年为 3.9%，2020 年为 2.2%）。¹⁵³ 大部分在 2020 年有微剂量使用经历的调查对象（55%）都报告称其是专门为了自我治疗确诊的精神病症或特定的不安或忧虑情绪（感情困扰），其余调查对象则报告称进行微剂量使用只是为了改善总体健康情况。

对微剂量使用性质的研究要求对这一做法持谨慎态度，尤其是要区分与长期反复进行微剂量使用相关的风险，以及在受监督的情况下使用迷幻类药物或接受迷幻类药物辅助治疗，每隔几周或数月进行几次“大剂量”使用所带来的更为有限的生理安全风险。¹⁵⁴

迷幻类药物会议

围绕迷幻类药物相关专题（包括与会者相关经历）举行了许多会议，这也体现出迷幻类药物的多样性与日俱增，其关注度也越来越高。此类会议不仅包含对迷幻类药物使用的科学研究，还包含与迷幻类药物使用相关的更广泛的文化、哲学和灵性研究。专门对此类专题开展讨论的会议数量增加，表明迷幻类药物不再面临污名化和边缘化问题，¹⁵⁵ 而是开始对其在人类健康方面的潜在影响进行公开对话。这种日益增长的关注度正促使人们进一步将迷幻类药物纳入主流，探索其在监管性治疗用途之外，可能为个人和社区带来的潜在好处。¹⁵⁶

仅在 2023 年，毒品和犯罪问题办公室就确认了共 35 场关于迷幻类药物的大型会议，其中 14 场面向专家举行，通常具有学术性质；八场出于对迷幻类药物的商业兴趣举行，通常围绕迷幻类药物“创业”或新迷幻类药物开发及其经济影响等主题召开。

其余 13 场会议则面向对迷幻类药物及其潜在治疗益处都感兴趣的更为广泛的受众。其中一场会议有 12,000 多人参加，包括来自 52 个国家的 500 名教育工作者，这些教育工作者举办了 30 期讲习班，重点关注“迷幻类药物在文化环境、医疗环境和传统环境中的发展前景”。¹⁵⁷ 对这些迷幻类药物相关会议的内容综述表明，许多会议的主题是“对迷幻类药物的认识及其共性”、“正念”、“自我实现”和“自我保健”，另一些会议则重点关注性别问题或促进精神障碍患者了解迷幻类药物潜在治疗效果的契合点。面向普通公众的会议的核心则是以经验为导向的群体，这类群体的身份认同往往来自于其迷幻类物质使用经历以及对此进行的反思。

迷幻类药物社区

迷幻仪式和静修强调背景因素（所谓的“布景和环境”）在调节迷幻类药物精神作用方面的重要性。¹⁵⁸ 据报告，迷幻类药物社区通过此类药物的使用以及音乐和仪式的影响力，促进心理健康和社交联系，其前提是群体环境可通过促进相互关联和经验共享来增强迷幻类药物的效果。^{159, 160, 161} 此类社区并非新现象，但通过依赖脱离背景的新兴临床研究将迷幻类物质使用合理化却是最近出现的情况，这种脱离背景的研究往往是由更为广泛的商业兴趣驱动的。^{162, 163, 164}

迷幻主题节日：转化性节日

除了会议和社区，迷幻主题节日也是迷幻类药物社区的一个聚集场所，此类节日的主旨是“超个人主义”、“集体狂欢”、“正念”和“精神健康”。^{165, 166, 167}虽然此类主题节日由来已久，至少可追溯到 20 世纪 60 年代，但现在新出现了一种节庆活动，其决定性特征是强调迷幻类物质在感知上的积极影响。这种转化性节日以社区建设为核心，围绕共同兴趣和信仰，在音乐、艺术和迷幻类物质之间建立交汇点，同时举办旨在增加参与者灵性知识的讲习班和活动。¹⁶⁸这种转化性节日与早期的迷幻出神节日（重点是迷幻类音乐、艺术和社区）的不同之处，在于其宣扬的整体方法，前者除了有音乐和迷幻类药物使用这种主要元素，还融入了灵性修炼、冥想、健康和正念。¹⁶⁹

迷幻类药物主题旅游和静修

上述节日覆盖北美洲、拉丁美洲和欧洲，影响力不断扩大，参与规模也日益壮大，促进了迷幻类药物主题旅游的发展。根据宣传，这种旅游形式会带领人们踏上前往特定地点的旅程，或参与有组织的静修活动，以在“大家拥有共同信仰和兴趣的有利环境”中探索迷幻类物质的精神、娱乐和治疗元素。¹⁷⁰

迷幻类药物主题旅游包含引导下的静修活动，后者为有组织的计划或活动，为个人提供有利环境（但没有临床监督）来体验迷幻类药物。这种静修活动通常将迷幻类药物使用与“准治疗”做法或精神活动（例如，冥想）、团体治疗或萨满仪式相结合，据称其目的是在导师的引导下促进个人成长、自我探索和疗愈。^{171, 172}

此类静修活动的核心是饮用死藤水，这是亚马逊河和奥里诺科河流域的一种本土精神活性饮料，饮用行为由“萨满和民间治疗师”引导。¹⁷³然而，这些静修活动的开展形式通常与其土著起源脱离。此外，死藤水静修活动及其他土著静修活动也受到商业化以及土著文化被殖民化或遭到侵占的影响，商业化和殖民化或侵占的目的是调整土著仪式以适应非土著受众，后者重点关注的是仪式的精神活性元素，而非土著的精神层面、精神环境。^{174, 175}因此，此类静修活动往往会成为一种手段，在不受监督的情况下将迷幻类药物用于“准治疗”用途，根据参与者的需要，采用有利于土著精神部分方面而舍弃其他方面的心理治疗模式。^{176, 177}

误用和滥用某种不受监管做法的风险

虽然在有严谨科学证据的支持下推广迷幻类药物医疗用途具有关键意义，但关于使用迷幻类药物的潜在健康风险和好处的问题仍未得到解答。在“迷幻复兴”中，围绕迷幻类药物获取和使用所开展的讨论正在超越已得到证明的治疗用途和临床研究成果的范畴。公众对这一问题的兴趣和私人部门对此的关注似乎超过了当前关于迷幻类药物在改善精神健康和认知功能方面成效的科学证据所显示的程度。有效的迷幻类药物医疗用途对迷幻疗法治疗环境条件比“迷幻复兴”活动要求的条件也更为苛刻。风险在于，越来越多的宣传团体和商业利益集团主张迷幻类药物是改善精神疾病和整体心理或精神健康的“灵丹妙药”，而这种观念发展的速度将比发现科学证据的速度更快，从而在监管下的治疗用途（包括适当筛查和提供便利）确立之前，为不受监督地将其用于“准治疗”或精神和娱乐用途打开市场。这可能催发各种环境下迷幻类药物使用的不安全市场，而这种不安全市场的发展伴随着误用或滥用某种不受监管做法的风险。在许多精神活性物质（例如，海洛因或可卡因）的初步发展过程中，已经观察到了这些风险，其与此类物质在过去一个多世纪的营销、不受监管的自行用药和非医疗用途有关。^{178, 179}

与迷幻类药物相关的发展动态大多都发生在西方国家，或参与者大多来自西方国家。与其他任何药物一样，迷幻类药物的非医疗用途可能率先在富裕社区扩大，但一

且其变得更加成熟，并扩散到贫困、边缘化和少数群体，则总体危害可能会增加。此类群体往往面临公平问题，可能不具有必要的社会资本和资源来防止发生有害后果，因此可能最后首当其冲受到有害物质使用率高、吸毒病症以及药物服务获取机会有限的影响。¹⁸⁰

在医疗领域之外，迷幻类药物和大麻的发展方式似乎既有一些相同之处，也存在不同之处。就大麻而言，推动监管变革，将大麻既用于医疗也用于非医疗用途的做法始于北美洲，并已扩展至西欧及其他地区，尽管速度较慢。就大麻和迷幻类药物而言，商业利益集团和媒体促使许多国家的普通民众对二者的好处的认识加深，风险认识降低，这种情况，再加上来自宣传团体方面的压力，可能是导致这两种物质监管发生变化的主要原因。然而，对迷幻类药物潜在治疗好处的总体兴趣似乎在快速增加，营造总体有利环境的进展似乎也在快速向前。若忽视本章所讨论的看似无关联的各项举措，很可能会加速迷幻类物质商业营利性供应链机制的发展，这与商业大麻市场的发展相类似。^{181, 182, 183, 184, 185, 186}

一大不同之处似乎是，虽然非医疗用途大麻的合法化或规范进程大多是出于要将娱乐性使用常态化，但将迷幻类药物合法化，或者说去规范化，似乎更多是出于希望在涵盖精神健康、正念、灵性和总体福祉的总体领域内，不受监督地将其用于治疗。

商业利益集团和宣传团体（强调迷幻类药物是改善主要精神疾病和精神健康的解决方案）施加的压力也可能影响当前和未来临床试验的结果，并可能削弱用于确定治疗功效、治疗用途和治疗做法的严谨科学研究的权威性。^{187, 188} 不受监管或监管不善的迷幻类药物非医疗用途的商业供应还可能会损害公众健康目标，即改善健康、社会福祉和生活质量，同时最大限度降低与迷幻类药物使用相关的健康风险。

注释和参考文献

- 1 Beau Kilmer 和 Robert J. MacCoun, “医用大麻如何在美国顺利过渡到大麻合法化”, 《法律与社会科学年度评论》, 第 13 卷, 第 1 期 (2017 年 10 月 13 日), 第 181-202 页。
- 2 Aviad Hadar 等, “临床研究中的迷幻复兴: 三十年来人类迷幻类药物研究的文献计量分析”, 《精神活性药物期刊》, 第 55 卷, 第 1 期 (2023 年 1 月 1 日), 第 1-10 页。
- 3 “准治疗”指具有治疗的某些特征, 但不完全符合正规治疗方法标准的做法、干预措施或产品。准治疗方法可能包含某些健康做法、替代治疗或促进健康的活动, 但这些活动不属于官方认可的医疗救治或心理治疗。
- 4 政策变化发生于科罗拉多州和俄勒冈州。俄勒冈州的法律规定, 引导师可向客户提供裸盖菇素服务, 包括但不限于诊断和治疗生理或精神疾病, 但不得从事任何要求额外专业许可的行为。
- 5 政策变化发生于魁北克省。
- 6 “迷幻复兴”一词显然最早是由精神病学家 Ben Sessa 博士在其 2012 年出版的著作《迷幻复兴: 重新评估迷幻类药物在 21 世纪精神病学中的作用》一书中使用的。自那之后, 各大杂志、报纸、书籍和科学论文都使用了这一术语, 用于描述科学发展动态, 以及迷幻旅行参与者的体验和更为广泛的迷幻运动。
- 7 另见 Richert Lucas, “迷幻复兴”, 《当代心理学》, 2019 年 8 月 14 日。
- 8 Emily Witt, “迷幻复兴: Timothy Leary、Michael Pollan 和 Tao Lin 的旅行报告”, 《纽约客》, 2018 年 5 月 29 日。
- 9 “《1971 年精神药物公约》第七条” (未注明日期)。
- 10 2018 年 7 月, 加拿大议会通过了《大麻法》, 制定了一个法律框架, 提供了规范获取医用和非医用大麻的途径 (针对 18 岁及以上成年人), 并就大麻的生产、分销、销售和持有规定了一系列管制措施。
- 11 2013 年, 乌拉圭政府批准了规范用于非医疗目的的大麻种植、生产、配药和使用的立法 (第 19.172 号法律)。
- 12 哥伦比亚特区不允许进行大麻商业性生产和销售。
- 13 州议会全国会议, “大麻概述”, 未注明日期, 2023 年 12 月 29 日查阅。
- 14 Mafalda Pardal 等, “非医疗用途大麻供应利润最大化商业模式的替代模式” (兰德公司, 2023 年)。
- 15 见《世界毒品问题报告: 毒品市场趋势》在线部分关于实施方式的表格。
- 16 Wayne Hall 和 Michael Lynskey, “评估娱乐性大麻使用合法化的公共卫生影响: 美国的经验”, 《世界精神病学》, 第 19 卷, 第 2 期 (2020 年 6 月), 第 179-186 页。
- 17 Wayne Hall 等, “加拿大大麻合法化的实施及对公众健康的影响: 系统综述”, 《成瘾》, 第 118 卷, 第 11 期 (2023 年 11 月), 第 2062-2072 页。
- 18 Daniel T. Myran 等, “加拿大非医用大麻合法化后大麻所致住院情况的变化”, 《美国医学会杂志子刊》, 第 6 卷, 第 10 期 (2023 年 10 月 5 日), 文章编号: e2336113。
- 19 毒品和犯罪问题办公室, 《2022 年世界毒品问题报告》 (联合国出版物, 2022 年)。
- 20 德国联邦卫生部, 《大麻法》, 2024 年 3 月 26 日。
- 21 德国联邦卫生部, “《大麻法》问答”, 2024 年 4 月 18 日。
- 22 卢森堡政府 (2023 年 4 月 4 日), “为非医疗目的合法获取大麻试点项目” (未注明日期)。

- 23 卢森堡政府（未注明日期）。
- 24 卢森堡警署，“大麻使用及种植新规”，2023年7月24日。
- 25 卢森堡政府。
- 26 同上。
- 27 马耳他政府，“2021年第六十六号——《负责任使用大麻管理局法》，2021年马耳他政府第20,753号公报，2021年12月18日”，Pub. L. No. Pub. L. No. LXVI（2021年）。
- 28 同上。
- 29 同上。
- 30 同上。
- 31 司法和公共卫生部，“对软性毒品和咖啡店的容忍政策——毒品问题——荷兰政府”，安特卫普（荷兰总务部，2013年11月28日）。
- 32 荷兰王国政府（2019年11月13日），《受管制大麻供应链实验法》（未注明日期）。
- 33 J. André Knottnerus 等，“荷兰大麻政策：受管制合法（‘封闭’）大麻供应链实验原理与设计”，《卫生政策》，第129卷（2023年3月1日），文章编号：104699。
- 34 荷兰总务部，“封闭式大麻咖啡连锁店实验的设立原因与设计——封闭式大麻咖啡连锁店实验（大麻实验）——Rijksoverheid.nl”，安特卫普（荷兰总务部，2019年4月3日）。
- 35 荷兰总务部。
- 36 南非宪法法院，“司法和宪法发展部长等诉 Prince；国家检察长等诉 Rubin；国家检察长等诉 Acton 等”，2018年9月18日。
- 37 “违反南非《宪法》的相关法案为《1992年第140号毒品和毒品贩运法》（《毒品法》）和《1965年第101号药品和相关物质法》（《药品法》）”，未注明日期。
- 38 南非宪法法院，“司法和宪法发展部长等诉 Prince；国家检察长等诉 Rubin；国家检察长等诉 Acton 等”。
- 39 南非司法和狱政部长，“《私人用途大麻法》（2020年第19号）”（南非共和国，2024年2月27日）。
- 40 同上。
- 41 “SR 812.121.5——2021年3月31日根据《麻醉品法》进行相关试点试验”，未注明日期，2023年12月24日查阅。
- 42 Roman Zwicky 等，“瑞士管制非医用大麻使用问题研究议程”，《苏黎世政策评估研究》，第20期（受联邦公共卫生办公室委托进行的研究，2021年），未注明日期。
- 43 同上。
- 44 “Weed Care——信息”，未注明日期，2023年12月12日查阅。
- 45 Grashaus 项目（博客），“研究”，未注明日期，2023年12月12日查阅。
- 46 ChanGE 协会，“拓展学习”，2023年3月28日。
- 47 “Züri Can——负责任使用大麻——苏黎世市”，未注明日期，2023年12月21日查阅。
- 48 “项目 | Cann-L”，未注明日期，2023年12月12日查阅。
- 49 SCRIPT，“试点研究”，未注明日期，2023年12月21日查阅。
- 50 2024年4月2日致毒品和犯罪问题办公室的正式信函。

- 51 同上。
- 52 毒品和犯罪问题办公室，“《2022年世界毒品问题报告》：第三分册”，2022年。
- 53 “第七次全国普通人口吸毒情况调查”（乌拉圭毒品观察站，国家毒品管制局，2019年）。
- 54 美国，物质滥用和精神卫生服务管理局，“2022年全国毒品使用与健康情况调查结果：详细表格”（行为健康统计和质量中心，2023年），以及往年同等报告。
- 55 加拿大卫生部，“加拿大大麻情况调查：加拿大人（16岁以上）为非医疗目的使用大麻情况”（渥太华，2024年1月）。
- 56 Miech Johnston R A.等，“监测未来全国毒品使用调查结果，1975年至2022年：中学生”，《监测未来》专论系列（安娜堡：密歇根大学社会研究所，2023年）。
- 57 加拿大卫生部，“加拿大大麻情况调查：加拿大人（16岁以上）为非医疗目的使用大麻情况”。
- 58 Carmen C. W. Lim 等，“青少年大麻抽吸流行率：美国及加拿大研究的系统综述和元分析”，《美国医学会杂志—儿科学》，第176卷，第1期（2022年1月1日），第42页。
- 59 “第九次全国中学生毒品使用情况调查研究报告”（乌拉圭：国家毒品管制局，2022年）。
- 60 Johnston 等，“监测未来全国毒品使用调查结果，1975年至2022年：中学生”。
- 61 加拿大卫生部，“加拿大大麻情况调查：加拿大人（16岁以上）为非医疗目的使用大麻情况”。
- 62 若大麻二酚和四氢大麻酚占比平衡，可减轻四氢大麻酚的精神活性效果。
- 63 Marta Di Forti 等，“大麻使用对整个欧洲精神失常发病率变化的影响：多中心病例对照研究”，《柳叶刀·精神病学》，第6卷，第5期（2019年5月），第427-436页。
- 64 Arianna Marconi 等，“大麻使用水平和精神病风险之间关系的元分析”，《精神分裂症通报》，第42卷，第5期（2016年9月），第1262-1269页。
- 65 Lindsey A. Hines 等，“强效大麻使用与青少年精神健康和物质使用之间的关系”，《美国医学会杂志—精神病学》，第77卷，第10期（2020年10月1日），第1044页。
- 66 Kat Petrilli 等，“大麻效力与精神病和成瘾之间的关系：系统综述”，《柳叶刀·精神病学》，第9期（2022年9月），第736-750页。
- 67 Janni Leung 等，“大麻使用者在使用更为强效的大麻产品时是否会减少其四氢大麻酚剂量：综述”，《精神病学前沿》，第12卷（2021年2月18日），文章编号：630602。
- 68 Mary Catherine Cash 等，“美国医疗和娱乐项目中的大麻功效图谱，Tally Largent-Milnes 编辑，《美国科学公共图书馆—综合》，第15卷，第3期（2020年3月26日），文章编号：e0230167。
- 69 Sarah D. Pennypacker 等，“药效和治疗用途四氢大麻酚和大麻二酚比率：美国大麻市场的超额利润”，《药理学前沿》，第13卷（2022年6月6日），文章编号：921493。
- 70 不过，一些研究也表明，四氢大麻酚的效力通常是不准确的，远远低于标签中注明的水平。
- 71 George Sam Wang 等，“科罗拉多州大麻合法化对精神病和精神分裂症医疗服务利用情况的影响”，《国际药物政策杂志》，第104卷（2022年6月），文章编号：103685。
- 72 Elle Wadsworth，“2019-2021年加拿大大麻市场10种大麻产品的合法来源：重复横断面研究”，《减少伤害杂志》，第20卷，第1期（2023年2月17日），第19页。
- 73 Mafalda Pardal 和 Elle Wadsworth，“受国家严格监管的大麻零售模式可为各司法管辖区规范四氢大麻酚的方式提供借鉴”，《成瘾》，第118卷，第6期（2023年6月），第1005-1007页。

- 74 同上。
- 75 Wang 等, “科罗拉多州大麻合法化对精神病和精神分裂症医疗服务利用情况的影响”。
- 76 Andrew A. Monte 等, “通过接触途径罹患的与大麻使用相关的急性疾病: 观察性研究”, 《内科医学年鉴》, 第 170 卷, 第 8 期 (2019 年 4 月 16 日), 第 531 页。
- 77 Lydia Aletraris、Brian D. Graves 和 Joyce J. Ndung'u, “评估美国娱乐性大麻合法化对大麻使用病症和治疗获取的影响”, 《当前成瘾报告》, 第 10 卷, 第 2 期 (2023 年 4 月 10 日), 第 198-209 页。
- 78 Beth Han 等, “自杀倾向与受性别和抑郁状态影响的大麻使用之间的关系”, 《美国医学会杂志子刊》, 第 4 卷, 第 6 期 (2021 年 6 月 22 日), 文章编号: e2113025。
- 79 Michael William Flores、Saul Granados 和 Benjamin Lê Cook, “美国 12-17 岁青少年自杀念头/行为与大麻使用之间的关系趋势以及不同性别和种族/民族之间的差异”, 《精神病学前沿》, 第 13 卷 (2023 年 1 月 5 日), 文章编号: 1057784。
- 80 Cynthia A. Fontanella 等, “大麻使用与患情绪障碍青少年自残和死亡风险之间的关系”, 《美国医学会杂志—儿科学》, 第 175 卷, 第 4 期 (2021 年 4 月 1 日), 第 377 页。
- 81 Myran 等, “加拿大非医用大麻合法化后大麻所致住院情况的变化”。
- 82 同上。
- 83 Albert Stuart Reece 和 Gary Kenneth Hulse, “四重交织——不断上升的大麻使用流行率、强度、浓度以及病症治疗”, 《柳叶刀·区域健康 (欧洲)》, 第 10 卷 (2021 年 11 月), 文章编号: 100245。
- 84 加拿大卫生部, “加拿大大麻情况调查: 加拿大人 (16 岁以上) 为非医疗目的使用大麻情况”。
- 85 酒精和物质使用研究中心, “大麻虽已合法化, 大麻黑市仍蓬勃发展”。
- 86 加拿大卫生部, “加拿大大麻情况调查: 加拿大人 (16 岁以上) 为非医疗目的使用大麻情况”。
- 87 乌拉圭投资与出口促进局: 投资、出口和提升国家形象的机构, “乌拉圭大麻业”, 2023 年 4 月。
- 88 毒品和犯罪问题办公室, “《2022 年世界毒品问题报告》: 第三分册”。
- 89 大麻监管和管制研究所和乌拉圭毒品观察站, “受管制大麻市场: 第 16 号报告” (国家毒品管制局, 2023 年 6 月 30 日)。
- 90 Emmanuelle Auriol、Alice Mesnard 和 Tiffanie Perrault, “铲除毒贩? 大麻合法化的经济学原理”, 《经济行为与组织杂志》, 第 216 卷 (2023 年 12 月), 第 62-101 页。
- 91 Caroline Anders 等, “大麻合法化及其对美国合法和非法市场的影响”, 载于《黑市透视》第 2 版, 2022 年。
- 92 Beau Kilmer 和 Samantha Pérez-Dávila, “非医用大麻合法化 10 年来的九点启示”, 《临床治疗学》, 第 45 卷, 第 6 期 (2023 年 6 月), 第 495-505 页。
- 93 Zusha 和 Vielkind, “纽约州和加利福尼亚州是怎样搞砸大麻合法化的: 高额税收和严苛监管使得一些州的持证大麻销售商步履维艰, 导致更多生产者 and 买家转向非法销售点。‘我们的头号竞争对手是非法市场’”。
- 94 凯托研究所, “大麻税导致黑市持续繁荣发展”, 2023 年 3 月 20 日。
- 95 酒精和物质使用研究中心, “大麻虽已合法化, 但大麻黑市仍蓬勃发展”。

- 96 Caroline Anders 等, “伴随科罗拉多州大麻合法化, 该州非法大麻市场扩张”, 载于《黑市透视》第 2 版, 2022 年。
- 97 Jeremias Lachman、Andrés López 和 Sebastián Gómez-Roca, “道路漫长曲折: 推动大麻黑市合法化”, 《拉丁美洲手册》, 第 99 期 (2022 年 12 月 15 日), 第 59-80 页。
- 98 Caroline Anders 等, “大麻合法化及其对美国合法市场和非法市场的影响”。
- 99 Brynn E. Sheehan、Richard A. Grucza 和 Andrew D. Plunk, “成年人和青少年在因持有大麻被捕方面的种族差异与全州大麻非刑罪化及合法化之间的关系”, 《美国医学会杂志—健康论坛》, 第 2 卷, 第 10 期 (2021 年 10 月 29 日), 文章编号: e213435。
- 100 Andrew D. Plunk 等, “大麻非刑罪化和合法化后因持有大麻而被捕的青少年和成年人”, 《美国医学会杂志—儿科学》, 第 173 卷, 第 8 期 (2019 年 8 月 1 日), 第 763 页。
- 101 Sheehan、Grucza 和 Plunk, “成年人和青少年在因持有大麻被捕方面的种族差异与全州大麻非刑罪化及合法化之间的关系”。
- 102 Tanner Wakefield、Stella Bialous 和 Dorie E. Apollonio, “清除大麻相关犯罪记录: 已实现大麻非刑罪化或合法化的美国各州及华盛顿特区犯罪记录消除服务的提供和获取情况调查”, 《国际药物政策杂志》, 第 114 卷 (2023 年 4 月), 文章编号: 103983。
- 103 同上。
- 104 同上。
- 105 Lindsay Bing、Becky Pettit 和 Ilya Slavinski, “极大的惩罚: 经济不平等对法定罚款和收费的不同影响的作用”, 《罗素·塞奇基金会社会科学杂志》, 第 8 卷, 第 2 期 (2022 年 1 月), 第 118-136 页。
- 106 Adam Hoffer, “大麻税: 美国各州的经验教训及全国大麻税收政策蓝图”, 税务基金会, 2023 年 12 月 14 日。
- 107 Tony Lange, “2023 年, 相关 23 个州和特区供征收大麻特种消费税 29 亿美元”, 《大麻商业时报》, 未注明日期, 2024 年 4 月 9 日查阅。
- 108 “国际药物管制公约合编: 《1971 年精神药物公约》附表, 截至 2023 年 11 月 13 日” (联合国, 2023 年)。
- 109 2019 年全球疾病负担研究精神疾病合作者, “1990-2019 年 204 个国家和地区 12 种精神疾患的全球、区域和国家负担: 2019 年全球疾病负担研究的系统性分析”, 《柳叶刀·精神病学》, 第 9 卷, 第 2 期, 2022 年 2 月。
- 110 见毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告: 当代毒品问题分册》, 2023 年, 第二章, 有关迷幻类药物的最新动态。
- 111 Hadar 等, “临床研究中的迷幻复兴”。
- 112 Kenneth W. Tupper 等, “迷幻医学: 重新崛起的治疗范式”, 《加拿大医学协会杂志》, 第 187 卷, 第 14 期 (2015 年 10 月 6 日), 第 1054-1059 页。
- 113 毒品和犯罪问题办公室, 《2023 年世界毒品问题报告: 当代毒品问题分册》。
- 114 Elliot Marseille、Stefano Bertozzi 和 James G. Kahn, “迷幻辅助疗法的经济学: 研究议程”, 《精神病学前沿》, 第 13 期 (2022 年 12 月 5 日), 文章编号: 1025726。
- 115 对支持将某医药产品投入销售的证据进行审查和评估, 最终授予销售许可的流程。
- 116 Joshua Phelps、Ravi N. Shah 和 Jeffrey A. Lieberman, “迷幻类药物投资的快速增长——本末倒置”, 《美国医学会杂志—精神病学》, 第 79 卷, 第 3 期 (2022 年 3 月 1 日), 第 189 页。

- 117 Allison A. Feduccia 等, “创伤治疗的突破进展: 亚甲二氧基甲基苯丙胺辅助精神疗法相比帕罗西汀和舍曲林的安全性和效力”, 《精神病学前沿》, 2019 年 9 月 12 日。
- 118 Diana Ernst, “裸盖菇素类似物获得针对重度抑郁症的突破性疗法认定”, 医疗专业人员参考, 2024 年 3 月 13 日。
- 119 Ken Terry, “美国食品药品监督管理局允许将麦角酰二乙胺投入临床使用”, WebMD, 未注明日期, 2024 年 4 月 11 日查阅。
- 120 Oliver Rumle Hovmand 等, “迷幻医学随机临床试验中的偏移风险: 系统综述”, 《精神药理学杂志》, 第 37 卷, 第 7 期 (2023 年 7 月), 第 649-659 页。
- 121 Michiel Van Elk 和 Eiko I. Fried, “历史重演: 迷幻科学常见问题解决指南”, 《精神药理学治疗进展》, 第 13 期 (2023 年 1 月)。
- 122 “迷幻复兴”一词显然最早是由精神病学家 Ben Sessa 博士在其 2012 年出版的著作《迷幻复兴: 重新评估迷幻类药物在 21 世纪精神病学中的作用》一书中使用的。自那之后, 各大杂志、报纸、书籍和科学论文都使用了这一术语, 用于描述科学发展动态, 以及迷幻类旅行参与者的体验和更为广泛的迷幻运动。
- 123 另见 Witt, “迷幻复兴”。
- 124 Phelps、Shah 和 Lieberman, “迷幻类药物投资的快速增长——本末倒置”。
- 125 Suresh Muthukumaraswamy、Anna Forsyth 和 Rachael L Sumner, “迷幻类‘药物’面临的挑战”, 《澳大利亚与新西兰精神病学杂志》, 第 56 卷, 第 11 期 (2022 年 11 月), 第 1378-1383 页。
- 126 澳大利亚治疗用品管理局, “亚甲二氧基甲基苯丙胺和裸盖菇素中心”, 案文 (澳大利亚治疗用品管理局, 2023 年 2 月 13 日)。
- 127 Breanne Kunstler 等, “‘我们希望按部就班’: 澳大利亚利益攸关方对使用迷幻类药物治疗精神病症的态度”, 《公共卫生研究与实践》, 第 33 卷, 第 3 期 (2023 年 9 月)。
- 128 A. J. Herrington, “魁北克省批准将裸盖菇素治疗纳入医保”, 福布斯, 未注明日期, 2024 年 4 月 11 日查阅。
- 129 高中学历并通过背景调查者均可参加导师认证计划。
- 130 俄勒冈州卫生局, “俄勒冈州卫生局: 俄勒冈州裸盖菇素服务——获取裸盖菇素服务: 预防与健康: 俄勒冈州”, 2023 年 3 月。
- 131 俄勒冈州, “裸盖菇素 101: 俄勒冈州裸盖菇素服务须知”, 俄勒冈州卫生局新闻博客, 2023 年 4 月 12 日。
- 132 俄勒冈州, “俄勒冈州法规修订, 第 475A 章 (裸盖菇素法规)” (2022 年)。
- 133 “科罗拉多州第 122 号提案, 特定致幻植物和真菌的非刑罪化、规范分销和治疗计划倡议” (2022 年)。
- 134 使用不至引起知觉扭曲的少量迷幻类物质。
- 135 Jacob S. Aday 等, “迷幻商业化: 新兴迷幻产业纵览”, 《迷幻医学》, 第 1 卷, 第 3 期 (2023 年 9 月 1 日), 第 150-165 页。
- 136 Phelps、Shah 和 Lieberman, “迷幻类药物投资的快速增长——本末倒置”。
- 137 Rotem Petrunker、Thomas Anderson 和 Norman Farb, “迷幻类药物研究及透明度需求: 擦亮爱丽丝的望远镜”, 《心理学前沿》, 第 11 期 (2020 年 7 月 10 日), 第 1681 页。
- 138 Phelps、Shah 和 Lieberman, “迷幻类药物投资的快速增长——本末倒置”。

- 139 同上。
- 140 例如，非营利组织迷幻类药物研究多学科协会将其制药部门化身营利性私人公司，并于 2024 年 1 月通过向私人投资者出售优先股筹资 1 亿美元。资料来源：“迷幻疗法开发方迷幻类药物研究多学科协会公共事业公司完成 1 亿美元 A 轮融资，更名为 Lykos 治疗公司”，BioSpace，2024 年 1 月 10 日。
- 141 Brian Pilecki 等，“迷幻类药物减害和整合疗法中的伦理和法律问题”，《减少伤害杂志》，第 18 卷，第 1 期（2021 年 4 月 7 日），第 40 页。
- 142 Lindsay P. Camero、Angela Nazarian 和 David E. Olson，“迷幻类药物微剂量使用：流行程度和主观影响”，《精神活性药物杂志》，第 52 卷，第 2 期（2020 年 3 月 14 日），第 113-122 页。
- 143 Vince Polito 和 Paul Liknaitzky，“正在兴起的微剂量使用科学：迷幻类药物低剂量使用相关研究的系统综述（1955-2021 年）及研究领域建议”，《神经科学和生物行为评论》，第 139 期（2022 年 8 月），文章编号：104706。
- 144 Balázs Szigeti 等，“探索迷幻类药物低剂量使用的盲目公民科学”，《eLife》，第 10 卷（2021 年 3 月 2 日），文章编号：e62878。
- 145 Nadia R.P.W. Hutten 等，“健康志愿者使用低剂量麦角酰二乙胺后的情绪和认知：安慰剂对照剂量效果研究”，《欧洲神经精神药理学》，第 41 期（2020 年 12 月），第 81-91 页。
- 146 Kelan Thomas，“安全第一：微剂量使用对心脏健康的潜在风险——卫生法与政策博客”，公共卫生，科学证据，微剂量使用的宏观视角，医药（卫生法与政策博客，2022 年 4 月 13 日）。
- 147 Balázs Szigeti 等，“‘安慰剂组’和‘安慰剂对照’的区别：迷幻类药物微剂量使用的案例研究”，《科学报告》，第 13 卷，第 1 期（2023 年 7 月 26 日），文章编号：12107。
- 148 Szigeti 等，“探索迷幻类药物低剂量使用的盲目公民科学”。
- 149 Martin Andersson 和 Anette Kjellgren，“20 微克就能改善 20？对 YouTube 上迷幻类药物微剂量自我描述和讨论的定性研究”，《减少伤害杂志》，第 16 卷，第 1 期（2019 年 12 月），第 63 页。
- 150 Peter Grinspoon，医学博士，“迷幻类药物微剂量的流行：科学怎么看？”，哈佛健康博客，2022 年 9 月 19 日。
- 151 Thomas Anderson 等，“微剂量使用迷幻类药物：微剂量使用者的性格、精神健康状况和创造力的区别”，《精神药理学》，第 236 卷，第 2 期（2019 年 2 月），第 731-740 页。
- 152 Vince Polito 和 Richard J. Stevenson，“迷幻类药物微剂量使用的系统研究”，Danilo Arnone 编辑，《公共科学图书馆：综合》，第 2 期（2019 年 2 月 6 日），文章编号：e0211023。
- 153 Sifan Cao、Cheneal Puljević 和 Jason Ferris，“全球药物调查对迷幻类药物微剂量使用的洞察”（昆士兰大学卫生服务研究中心，2021 年 12 月 20 日）。
- 154 Petrie-Flom 中心工作人员，“安全第一：微剂量使用对心脏健康的潜在风险——卫生法与政策博客”，2022 年 4 月 13 日。
- 155 Alan K. Davis 等，“美国心理学家对迷幻类药物治疗性使用的态度和观点”，《精神活性药物杂志》，第 54 卷，第 4 期（2022 年 8 月 8 日），第 309-318 页。
- 156 例如，见“2023 年迷幻科学大会：完整时间表”相关事件的清单和说明。
- 157 “精彩会议：2023 年迷幻科学大会”，BizBash 公司，2023 年 11 月 13 日。
- 158 H. Kettner 等，“迷幻社区：迷幻小组会议期间的主体间体验可用来预测心理健康和社会联系的持久变化”，《病理学前沿》，第 12 期（2021 年 3 月 25 日），文章编号：623985。
- 159 同上。

- 160 “全球迷幻社会”，全球迷幻社会，未注明日期，2023年12月29日查阅。
- 161 Danielle Negrin，“迷幻社会赋能疗愈社区”，第2期（2021年）。
- 162 David B. Yaden、James B. Potash 和 Roland R. Griffiths，“为迎接迷幻类药物炒作泡沫的破裂做好准备”，《美国医学会杂志—精神病学》，第79卷，第10期（2022年10月1日），第943页。
- 163 Nicolas Langlitz，“迷幻蘑菇社群的形成：超越炒作与反炒作的迷幻类药物道德人类学”，《当代人类学》，第39卷，第3期（2023年6月），第10-12页。
- 164 James Davies、Brian A. Pace 和 Neşe Devenot，“超越迷幻类药物炒作：探索新自由主义范式的持久性”，《迷幻研究期刊》，2023年9月21日。
- 165 Yula Milshteyn 和 Moshe Bensimon，“探索以色列锐舞派对上迷幻类药物使用者的主观体验：定性调查”，《减少伤害杂志》，第20卷，第1期（2023年12月6日），第176页。
- 166 Ryan Stanton | ryanstanton@mlive.com，“数千人在安娜堡市参加首届迷幻蘑菇节”，mlive，2021年9月19日。
- 167 另见 Kevin Franciotti，“迷幻音乐节的稳步兴起”，Vice（博客），2018年12月19日。
- 168 见2023年迷幻主题节日清单“2023年最值得打卡的迷幻音乐节——Tripsitter”。
- 169 Andrew Johner，“转化性节日：新宗教运动？”，载于《探索现代文化中的迷幻出神与电子舞曲》，Emília Simão、Armando Malheiro Da Silva 和 Sérgio Tenreiro De Magalhães 编辑（IGI Global 出版社，2015年）。
- 170 Feyza Alyu Altınok，“旅游中的毒品与迷幻类药物”，载于《酒店业、旅游业和服务业发展》，Barış Çıvık 和 Engin Bayraktaroğlu 编辑（IGI Global 出版社，2023年），第197-223页。
- 171 Ralph Metzner，《死藤水体验：神圣灵性藤蔓指南》（佛蒙特州罗切斯特：公园街出版社，2014年）。
- 172 Feyza Alyu Altınok，“旅游中的毒品与迷幻类药物”，载于《旅游业的重大社会挑战：劳动力、商品化和药物》（IGI Global 出版社，2023年），第197-223页。
- 173 Edgar Antonio Estrella-Parra、Julio Cesar Almanza-Pérez 和 Francisco Javier Alarcón-Aguilar，“死藤水：使用、植物化学及生物活动”，《自然产品和生物勘探》，第9卷，第4期（2019年8月），第251-265页。
- 174 Catherine Halley，“死藤水体验的殖民化”，JSTOR Daily，2020年11月4日。
- 175 Lisa Aldred，“塑料萨满和人造草皮太阳舞：新时代美国原住民精神的商业化”，《美国印第安人季刊》，第24卷，第3期（2000年），第329-352页。
- 176 Evgenia Fotiou，“死藤水萨满教的全球化与土著萨满教所受抹杀”，《意识人类学》，第27卷，第2期（2016年9月），第151-179页。
- 177 Margit Anne Petersen、Sarah Feldes 和 Victor Sacha Cova，“死藤水的召唤：丹麦和秘鲁萨满职业的神圣性及其兴起”，《意识人类学》，第33卷，第2期（2022年9月），第255-278页。
- 178 联合国，“海洛因的历史”，《麻醉品公告》，第2期（1953年）。
- 179 Jerrold S. Meyer 和 Linda F Quenzer 编辑，《精神药理学：药物、大脑和行为》，第三版（美国马萨诸塞州桑德兰，美利坚合众国纽约州纽约市：Sinauer Associates 出版公司；牛津大学出版社，2019年）。
- 180 毒品和犯罪问题办公室，《2020年世界毒品问题报告》，第五分册，《社会经济特征与吸毒疾患》（联合国出版物，2020年）。

- 181 William R. Smith 和 Paul S. Appelbaum, “迷幻类物质合法化的两个模型”, 《美国医学会杂志》, 第 326 卷, 第 8 期 (2021 年 8 月 24 日), 第 697-698 页。
- 182 Matthew W. Johnson 和 Roland R. Griffiths, “裸盖菇素的潜在治疗效果”, 《神经治疗学》, 第 14 卷, 第 3 期 (2017 年 7 月), 第 734-740 页。
- 183 Tupper 等, “迷幻医学”。
- 184 Robin L Carhart-Harris 和 Guy M Goodwin, “迷幻类药物的治疗潜力: 过去、现在和未来”, 《神经精神药理学》, 第 42 卷, 第 11 期 (2017 年 10 月), 第 2105-2113 页。
- 185 Smith 和 Appelbaum, “迷幻类物质合法化的两个模型”。
- 186 Sean J. Belouin 等, “支持公平获取迷幻类药物并负责任、可问责、安全、合乎道德地加以使用的政策考虑因素”, 《神经药理学》, 第 219 期 (2022 年 11 月), 文章编号: 109214。
- 187 Joshua S. Siegel 等, “美国迷幻类药物立法改革及合法化”, 《美国医学会杂志—精神病学》, 第 80 卷, 第 1 期 (2023 年 1 月 1 日), 第 77-83 页。
- 188 Beau Kilmer 等, “迷幻类药物替代方案思考” (兰德药物政策研究中心, 2024 年), 待出版。

大麻和迷幻类药物：监管变化和环境发展动态催化受管制物质的非医疗用途

附件

表 3 加拿大大麻非医疗用途合法化法规

	联邦法
	法律程序
	政府立法
	名称
	《大麻法》和《大麻条例》
	执行日期
	2018 年 10 月 17 日
	监管部门
	加拿大卫生部
	最低年龄
	18 岁
	个人公开持有限额
	30 克干大麻或大麻等量物，即： 150 克鲜大麻 450 克固体大麻产品 17,100 克大麻饮料 （48 罐饮料，每罐标准容量 355 毫升） 2,100 克非大麻饮料的非固体大麻产品 7.5 克大麻浓缩物（固体或液体） 30 颗大麻植株种子 4 棵大麻植株（没有发芽或开花）
	家庭种植
	每一住宅种植 4 株大麻植株供个人使用；如果不使用有机溶剂，则可在家中制作诸如食品和饮料等类型的大麻产品。
	人际分享
	成年人之间 30 克或等量的合法大麻产品。
	零售交易限额
	-
	四氢大麻酚含量限额
	干大麻/鲜大麻：干制或新鲜大麻产品中不能添加四氢大麻酚或大麻酚酸。食用大麻：每包 10 毫克四氢大麻酚。大麻提取物（用于摄取或鼻腔、直肠或阴道食用）：每单位（如胶囊）或分装量 10 毫克四氢大麻酚，每包 1,000 毫克四氢大麻酚。大麻外用药物（用于外敷）。每包 1,000 毫克四氢大麻酚。

	商业生产
	生产大麻产品并对这些产品进行包装和张贴标签，以便通过医疗销售许可证持有者或省/地区授权分销商和零售商销售给消费者，需要联邦加工许可证。每个省都有一个需要贴在大麻产品上的消费税标签。
	商业分销
	分销系由省和地区政府负责。不得通过自助货架或自动售货机销售大麻。
	对食用大麻产品的限制
	食用大麻、提取物和外用药从 2019 年 10 月 17 日开始合法销售。食用大麻产品必须是保质的，而且只能含有食品和食品添加剂作为成分。如果在温度为 $22\pm 2^{\circ}\text{C}$ 的情况下，任何成分的 pH 值 > 4.6 ，水活性 > 0.85 ，则不得用密封的容器包装。食用大麻不得含有肉类、家禽或鱼类产品作为成分，除非它们是按照《加拿大人安全食品法》或适用的省或地区法律生产的干制品，而且在室温为 $22\pm 2^{\circ}\text{C}$ 的情况下的水活性等于或低于 0.85。食用大麻产品不得含有《联邦发展报告》规定的临时营销授权书中规定的任何食品、维生素或矿物质强化剂、有毒或有害物质，或任何被认为不安全、会导致《食品和药物法》禁止销售的食品。咖啡因、乙醇和尼古丁是被禁止的添加剂，但含有天然咖啡因的成分（如巧克力、茶或咖啡）除外，条件是每包咖啡因的总量不超过 30 毫克，以及乙醇含量不得超过 0.5%（例如，可能作为某些成分的副产品存在）。
	促销、包装和张贴标签
	不得进行可被视为对年轻人具有吸引力的促销、包装或标签张贴，并须确保重要的产品信息得到清晰呈现。 可食用产品的标签需要有一个标准化的大麻符号，表示其为含四氢大麻酚的产品；健康警告信息；四氢大麻酚/大麻二酚含量；与干大麻的等效性，以确定公众持有量的限制；成分表、过敏原；营养成分表、预期用途。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.25 美元/克 修剪物：0.75 美元/克 种子：0.25 美元/颗 幼苗：0.25 美元/棵

	联邦从价税率为大麻产品交付给购买者时应纳税额的 2.5%
	使用方面的限制
	各省和各地区可以在自己的管辖范围内定制规则，例如：在其各自的管辖范围内为分销和零售业务发放许可证，并开展相关的遵守和执行活动； 制定额外的监管要求，以解决当地关注问题，例如制定比联邦规定的最低年龄限制、持有或个人种植限制要求更严格的措施等； 为从事大麻业务的企业制定省级分区规则； 限制可消费大麻的具体场点；以及修订交通安全法，以解决因食用大麻而受影响的驾驶问题。
	艾伯特省
	法律程序
	-
	名称
	《博彩、酒类和大麻法案》和《博彩、酒类和 大麻条例》
	执行日期
	-
	监管部门
	艾伯特省博彩、酒类和 大麻管理局
	最低年龄
	18 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多 4 棵植株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众； 面对面零售：面向私人； 网上零售：面向私人
	对食用大麻产品的限制
	-

	促销、包装和张贴标签
	不得进行可能被认为对年轻人具有吸引力的促销、包装或标签张贴，并确保重要的产品信息得到清晰呈现。广告不得推荐大麻或将大麻与富于魅力、快乐、刺激、活力、冒险或勇敢的生活方式联系起来。允许在大麻店内进行广告宣传。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克，外加基本金额的 16.8% 修剪物：0.225 美元/克，外加基本金额的 17.8% 种子：0.75 美元/颗，外加基本金额的 16.8% 联邦从价税为 7.5%，交货时另加可扣除金额的 16.8%（总适用费率为 24.3%）
	使用方面的限制
	在机动车辆内、儿童经常出入的场所或烟草限制区。
	不列颠哥伦比亚省
	法律程序
	-
	名称
	《大麻管制和许可法》 《大麻分销法》
	执行日期
	-
	监管部门
	酒类和大麻监管处
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株；植株须种在家中，不在公共视线以内
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额

	每包食品最多可含 10 毫克四氢大麻酚，可吸入提取物（电子烟雾/浓缩物）和可摄入提取物（油）每包最多可含 1 克四氢大麻酚，胶囊每单位最多可含 10 毫克四氢大麻酚。
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众； 面对面零售：混合形式； 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	在未获得酒类和大麻监管处许可的情况下，不得宣传自己是持证零售商。不得营销、宣传或推广大麻使用场所或使用大麻后的去处。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.22 美元/克 种子和幼苗：0.75 美元/颗（棵） 除联邦税外，省级销售税为 7% 对液体大麻电子烟产品征收 20% 的省级销售税
	使用方面的限制
	在机动车内、儿童经常出入的场所或烟草限制区。
	马尼托巴省
	法律程序
	-
	名称
	《安全和负责任大麻零售法》
	执行日期
	-
	监管部门
	马尼托巴省酒类、博彩和大麻管理局 马尼托巴省酒类和彩票局
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物

	家庭种植
	不允许进行家庭种植
	人均分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向私人 网上零售：面向私人
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	-
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	非医用大麻的批发加价：0.75 美元/克的加价，另在 0.75 美元/克的基础上加价 9% 6% 的社会责任费用
	使用方面的限制
	在公共场所（包括封闭的公共场所）吸食或以电子烟方式使用大麻属于非法，除非法规或吸烟和蒸汽产品管制法允许使用大麻。
	新不伦瑞克省
	法律程序
	-
	名称
	《大麻管制法》 《大麻管理企业法》 《大麻管制和许可法》
	执行日期
	-
	监管部门
	新不伦瑞克大麻管理委员会
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额

	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株；如果在室外种植，植株四周须有至少 1.52 米高的围栏并上锁，如果在室内种植，则必须在单独的上锁空间内进行。
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：混合形式 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	除在非常有限的情况下，禁止对大麻进行广告宣传和促销（与针对烟草的限制很相似）。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除私人财产或居所外，在任何地方吸食大麻均属违法
	纽芬兰与拉布拉多省
	法律程序
	-
	名称
	纽芬兰与拉布拉多省《大麻法规管制和大麻销售法》
	执行日期
	-

	监管部门
	纽芬兰与拉布拉多省酒类公司
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向私人 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	-
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除私人财产或居所外，在任何地方吸食大麻均属违法
	西北地区
	法律程序
	-
	名称
	《大麻合法化和监管实施法案》
	执行日期
	-
	监管部门
	西北地区酒类和 hemp 委员会

	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	-
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向私人 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	-
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除允许吸烟的私人房产外，在任何地方吸食大麻均属违法；在行人步道、行车道路（不驾驶机动车时）和非举办公共活动期间的公园吸食大麻也属违法。
	新斯科舍省
	法律程序
	-
	名称
	《大麻管制法》
	执行日期
	-
	监管部门
	新斯科舍省酒类公司

	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	-
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向公众 网上零售：面向公众
	促销、包装和张贴标签
	大麻法案对宣传促销大麻有严格的规定（类似于针对烟草的规定）。禁止宣传大麻或大麻辅助产品或与大麻有关的任何服务。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除在允许吸烟的区域，在其他任何地方使用大麻均属违法。
	努纳武特地区
	法律程序
	-
	名称
	《大麻法案》 《大麻法规法修正案》
	执行日期
	-
	监管部门
	努纳武特酒类和 hemp 委员会
	最低年龄

	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向私人 网上零售：面向私人
	促销、包装和张贴标签
	所有大麻产品、网上商店和辅助产品都必须遵守关于标签标准、促销活动、广告宣传、包装尺寸和装箱标记的《大麻法案》（加拿大）以及所有适用的努纳武特和联邦立法、法规和细则。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克，外加基本金额的 19.3 修剪物：0.225 美元/克，外加基本金额的 19.3% 种子/幼苗：0.75 美元/颗（棵），外加基本金额的 19.3% 大麻产品交付给购买者时应税金额的 7.5% 加 19.3%（总适用税率为 26.8%）
	使用方面的限制
	除在允许吸烟的区域，在其他任何地方使用大麻均属违法。
	安大略省
	法律程序
	-
	名称
	《2017 年大麻、无烟安大略和道路安全法规法修正法案》 《2018 年大麻法规法修正法案》

	执行日期
	-
	监管部门
	安大略省酒类和博彩委员会
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向私人 网上零售：面向公众
	促销、包装和张贴标签
	所有大麻产品都必须遵守关于标签标准、促销活动、广告宣传、包装尺寸和装箱标记的《大麻法》（加拿大）。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克，外加基本金额的 3.9% 修剪物：0.225 美元/克，外加基本金额的 19.3% 种子/幼苗：0.75 美元/颗（棵），外加基本金额的 19.3% 大麻产品交付给购买者时应税金额的 7.5% 加 19.3%（总适用税率为 26.8%）
	使用方面的限制
	除在允许吸烟的区域，在其他任何地方使用大麻均属违法。
	爱德华王子岛省
	法律程序
	-

	名称
	《大麻管制法案》 《大麻管理企业法》
	执行日期
	-
	监管部门
	省级大麻委员会 大麻管理公司
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	-
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向公众 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	-
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除了私人财产，在任何地方吸食大麻均属违法，但某些公共场所有一些例外。
	魁北克省
	法律程序
	-

	名称
	《大麻监管法案》 《组建魁北克大麻协会法案》
	执行日期
	-
	监管部门
	魁北克大麻协会
	最低年龄
	21 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	不允许家庭种植
	人际分享
	-
	零售交易限额
	每次造访魁北克大麻协会时可获得 30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	大麻中四氢大麻酚浓度按重量计算不得超过 30%。固体形式的可食用大麻产品每包所含四氢大麻酚数量不得超过 10 毫克，每个可区分的部分单位最多只能有 5 毫克的四氢大麻酚。对于液体形式的可食用大麻产品，每一容器中的四氢大麻酚含量不得超过 5 毫克。
	商业生产
	持证生产者
	商业分销
	分销：面向公众 面对面零售：面向公众 网上零售：面向公众
	对食用大麻产品的限制
	在魁北克省提供的食用大麻产品不得是糖果、糕点、甜点、巧克力或对 21 岁以下人士有吸引力的任何其他产品。
	促销、包装和张贴标签
	不得直接或间接广告宣传大麻、大麻品牌、大麻生产商或魁北克大麻协会。通过标牌传播的广告只能在魁北克大麻协会的商店内部看到。
	征税
	各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）

	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除了允许吸烟的区域外，在任何其他地方吸食大麻均属非法，但不包括大学以及普通和职业学院校园。
	萨斯喀彻温省
	法律程序
	-
	名称
	《大麻管制（萨斯喀彻温省）法案》 《大麻管制（萨斯喀彻温省）条例》
	执行日期
	-
	监管部门
	萨斯喀彻温省酒类和博彩管理局下属的大麻管理局
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	持证种植者
	商业分销
	分销：面向私人 面对面零售：面向私人 网上零售：面向私人
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	土著保护区内大麻零售商店的经营者不受《大麻管制（萨斯喀彻温省）修正条例》要

	求的限制，前提是此类经营者能够制定自身的监督框架。
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克，外加基本金额的 6.45% 修剪物：0.225 美元/克，外加基本金额的 6.45% 种子/幼苗：0.75 美元/颗（棵），外加基本金额的 6.45% 大麻产品交付给购买者时应税金额的 7.5% 加 6.45%（总适用税率为 13.95%）。
	使用方面的限制
	除私人财产或居所外，在任何地方吸食大麻均属违法
	育空地区
	法律程序
	-
	名称
	《大麻管制和监管法案》
	执行日期
	-
	监管部门
	育空酒业公司 大麻许可证委员会（2019 年）
	最低年龄
	19 岁
	个人公开持有限额
	30 克合法大麻产品或等量物
	家庭种植
	每户最多种植 4 株
	人际分享
	-
	零售交易限额
	30 克干大麻或等量物
	四氢大麻酚含量限额
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	分销：面向私人 面对面零售：面向私人

	网上零售：面向私人
	对食用大麻产品的限制
	-
	促销、包装和张贴标签
	-
	征税 各省和地区的大麻消费税税率（加拿大财政部）
	大麻花：0.75 美元/克 修剪物：0.225 美元/克 种子/幼苗：0.75 美元/克 交付给购买者时，另加应税金额的 7.5%
	使用方面的限制
	除私人财产或居所外，在任何地方吸食大麻均属违法

表 4 美国各司法管辖区大麻非医疗用途合法化法规

	阿拉斯加州
	法律程序
	选民倡议，州法规
	名称
	投票措施 2
	通过日期
	2014 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2015 年 2 月：个人持有、消费、种植。 2016 年 10 月：零售销售。
	监管部门
	酒类和大麻管制办公室
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有限额
	28.5 克（1 盎司或低于 1 盎司）的大麻
	家庭种植
	6 株，其中 3 株可开花；须在公共视线以外；在合法占有的财产内或经合法占有人同意的财产内。
	人际分享
	28.5 克
	零售交易限额
	28.5 克 此外，一家商店在一天之内不得销售： - 1 盎司以上的可用大麻； - 超过 7 克用于吸入的大麻浓缩物；或者 - 四氢大麻酚合计含量超过 5,600 毫克的大麻和大麻产品。
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	大麻产品的四氢大麻酚含量限额为每份 10 毫克。新规定将每包四氢大麻酚允许含量限额提高到 100 毫克。
	注册要求
	无
	商业生产
	持证大麻生产商
	商业分销

	持许可证的零售大麻商店
	对食用大麻产品的限制
	每份四氢大麻酚含量为 5 毫克，每包不超过 50 毫克同质四氢大麻酚。 需要儿童安全包装。有单独的风险警告，而且须对儿童没有吸引力。
	广告宣传
	获得许可的大麻标识或广告不得促进过度消费或有对 21 岁以下的人具有吸引力的介绍说明。对在学校所在区域、公共交通工具上的广告宣传进行限制，而且须含有所规定的警告。
	征税
	从种植设施到零售店或产品制造商的销售或转移，每盎司须缴付 50 美元消费税；自 2019 年 1 月 1 日起，大麻的销售和转让将适用新税率。成熟花蕾/花朵每盎司征税 50 美元；未成熟或不正常的芽按每盎司 25 美元征税；修剪物每盎司征税 15 美元；克隆产品的统一税率为每一克隆产品 1 美元。
	现场消费
	允许店内消费；商店可以向顾客出售大麻和大麻制品（浓缩大麻除外），顾客只能在指定的区域购买并在领有许可证的场所消费，且须符合该条例所具体规定的其他条件。
	使用方面的限制
	在公共场合使用大麻属于非法；违者最高罚款 100 美元。
	医用大麻
	1998 年：病人用卡登记，而非药房登记；被认可符合批准条件但不符合药房购买条件的州外患者可以购买；21 岁以上成年人也可在零售成人药房购买。
	亚利桑那州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	《第 207 号提案》
	通过日期
	2020 年 12 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	许可证自 2021 年 1 月 22 日开始发放。允许在 2023 年 1 月 1 日至 2025 年 1 月 1 日之间的某一时间开始交付大麻。
	监管部门

	亚利桑那州卫生服务局
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有限额
	28.5 克（1 盎司或低于 1 盎司）的大麻或 5 克或低于 5 克的浓缩物
	家庭种植
	6 株，只要种植是在一个有锁的封闭区域内进行，且在公共视线之外。
	人际分享
	允许，限额与个人持有限额相同，外加 6 棵植株
	零售交易限额
	未具体列明
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	食用大麻产品的效力应保持在“考虑到行业标准的合理水平”，但每份不超过 10 毫克四氢大麻酚，每包不超过 100 毫克四氢大麻酚，或包装的份数保持在限制范围内。
	注册要求
	无
	商业生产
	持证生产商
	商业分销
	有限制的特许商店；例如，每 10 家药房有一份大经营许可证，或者在没有注册的非营利性医用大麻药房的县，不超过两份大麻经营许可证。
	对食用大麻产品的限制
	食用大麻产品的效力应保持在“考虑到行业标准的合理水平”（见上文）。
	广告宣传
	禁止向儿童宣传大麻产品，禁止宣传或推销名称与儿童食品或饮料品牌类似或模仿此类品牌的大麻产品。
	征税
	对大麻和大麻产品的价格征收 16% 的消费税。大麻产品还需缴纳交易特权税，2020 年为 5.6%——不同的司法辖区还另外征收零售交易特权税。

	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	在公共场所和开放空间吸食大麻属于非法。
	医用大麻
	2010 年：成年患者和 18 岁以下的人。对于 18 岁以下的患者，患者的监护父母或法定监护人必须被指定为其护理者。患者需要一张合格的患者卡，该卡基于对其中一种使人虚弱的医疗状况的诊断书，以及一名与其有医患关系的医生（医学博士、整骨医生、自然疗法医生或在亚利桑那州执业的顺势疗法医生）的书面医疗证明。
	加利福尼亚州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	《第 64 号提案》
	通过日期
	2016 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	许可证于 2018 年 1 月 11 日发放
	监管部门
	大麻管制局
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	不向非居民发放许可证
	个人持有限额
	28.5 克大麻植株材料或 8 克浓缩大麻。
	家庭种植
	根据当地法规种植、培育、收获、烘干或加工大麻植株；植株须种植在一个封闭的空间里，在公共场所用普通肉眼无法看到。在一间私人住宅内可以种植、栽培、收获、烘干或加工 6 棵活植株。活的植株和由这些植株生产的超过 28.5 克的任何大麻须保存在该人的私人住宅内或该私人住宅内的地方。
	人际分享
	允许
	零售交易限额
	28.5 克大麻植株材料或 8 克浓缩大麻。
	零售定价结构

	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	每份大麻素的标准浓度不超过 10 毫克四氢大麻酚，每包不超过 100 毫克。每包外用大麻产品或大麻浓缩物的四氢大麻酚含量不得超过 1,000 毫克。
	注册要求
	未具体说明
	商业生产
	不同类型的持证种植者和制造商
	商业分销
	对市场集中度有限制
	对食用大麻产品的限制
	每份的四氢大麻酚含量不超过 10 毫克，每包不超过 100 毫克。每包外用大麻产品或大麻浓缩物的四氢大麻酚含量不得超过 1,000 毫克。须有警告和效力说明标签以及成分和大麻素含量列表。
	广告宣传
	仅限于 21 岁以上的人。对虚假广告或宣传不真实的健康益处的广告实行限制。产品不能对儿童具有吸引力。产品不得模仿糖果或酒精制品的包装或标签。不得宣传免费的大麻商品或辅助产品。
	征税
	15% 的零售消费税，收获后每盎司干花 9.25 美元。叶子上每盎司药物重量 2.75 美元。每盎司花朵征收 2.87 美元栽培税。每年调整大麻叶的税率，以反映大麻花对大麻叶的相对价格波动情况。
	现场消费
	未具体说明，尽管它们可能以允许现场消费的微型企业形式存在。
	使用方面的限制
	禁止在未经许可的公共场所使用大麻，包括学校附近和其他有儿童在场的地方。
	医用大麻
	1996 年和 2003 年：实行患者登记办法——自愿登记；合作社和集体企业；全州药房许可始于 2018 年。
	科罗拉多州
	法律程序
	选民倡议，对州宪法的修正
	名称
	《第 64 号修正案》

	通过日期
	2012 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2012 年 12 月：个人持有、消费、种植。 2014 年 1 月：零售销售。
	监管部门
	大麻执法部门（税务局）
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有限额
	28.5 克
	家庭种植
	6 株，其中 3 株可开花；自 2018 年 1 月 1 日起，除非满足某些特定要求，否则所有住宅内最多限于种植 12 株；植株种植的区域必须封闭并上锁，而且须处于未成年人无法进入的单独空间。
	人际分享
	28.5 克
	零售交易限额
	本地居民：28.5 克 非本地居民：7 克
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	浓缩物中总量为 8 克（电子烟烟盒除外），任何食用产品中为 800 毫克。
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的大麻种植设施
	商业分销
	持许可证的零售大麻商店
	对食用大麻产品的限制
	每份独立包装的大麻食物中最多含 10 毫克四氢大麻酚；须有“置于儿童接触不到的地方”的警告标签；而且标签上的四氢大麻酚符号对儿童没有吸引力。每一份标准化的食用零售大麻产品（10 毫克四氢大麻酚）都须有单独标记、压印或印有通用符号。食用产品不得为人形或动物或水果形态。
	广告宣传

	须仅限于 21 岁以下观众不超过 30% 的媒体。在宣传浓缩物时，必须加入四项警告声明。
	征税
	对商店出售的大麻征收州销售税（2.9%）；对商店出售的零售大麻征收州零售大麻销售税（15%）；另外针对零售大麻的批发销售/转让征收州零售大麻消费税（15%）。
	现场消费
	不允许
	使用方面的限制
	公共场所不允许使用。
	医用大麻
	2000 年：患者登记、药房已存在；不承认外州患者；持有，消费；2010 年：商业化生产和销售。
	康涅狄格州
	法律程序
	立法
	名称
	《第 1201 号特别法案》
	通过日期
	2021 年 6 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2021 年 6 月 17 日，康涅狄格州议会通过了该法案。该法案于 2021 年 6 月 22 日签署。
	监管部门
	康涅狄格州社会公平委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有限额
	随身携带的大麻不超过 1.54 盎司（44 克），存留家中或锁在汽车、卡车或手套箱中的大麻不超过 5 盎司（142.5 克）。
	家庭种植
	自 2023 年 7 月 1 日始，将允许所有 21 岁及以上的成年人在其家中室内种植最多 6 株大麻植株（3 株成熟，3 株未成熟）。
	人际分享
	允许具有真实社会关系的人之间进行分享。若是为了换取报酬或其他物品，则不可分享。

	零售交易限额
	大麻零售计划于 2022 年年底开始，实行抽签制许可有限发放结构
	零售定价结构
	市场结构
	四氢大麻酚含量限额
	按重量计算，大麻花和所有其他产品的四氢大麻酚含量限额为 30%，预装的电子烟烟盒除外，后者四氢大麻酚含量限额为 60%。
	注册要求
	未具体说明
	商业生产
	持证大麻生产商
	商业分销
	未具体说明
	对食用大麻产品的限制
	每份食用大麻产品的四氢大麻酚含量限为 5 毫克。
	广告宣传
	在康涅狄格州进行大麻广告宣传属于非法行为。除非有“可靠的依据”表明至少 90% 的受众为 21 岁及以上，否则大麻产品不能在印刷品、电视、广播、互联网或广告牌上进行广告宣传。
	征税
	35% 的州销售税，3% 专门针对销售发生的城市或城镇的销售税。基于大麻产品中四氢大麻酚含量征收州大麻税： 大麻食品：每毫克四氢大麻酚 2.75 美分 大麻花：每毫克四氢大麻酚 0.624 美分 所有其他产品类型：每毫克四氢大麻酚 0.9 美分
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	禁止在国家公园、工作场所、酒店和入口 25 英尺范围内吸食大麻。拥有 50,000 或更多人口的社区必须建立一个公共场所，专门供个人吸食/使用大麻。
	医用大麻
	2012 年 5 月 31 日，《康涅狄格一般法规》第 420f 章第 21a-408 节——一项关于缓解性使用大麻的法案——签署成为法律。要获得医用大麻注册证书，患者必须由医生诊断为患有法律规定的使人虚弱的疾病之一；年满

	18 周岁；系康涅狄格州居民；而且不得是管教机构或部门的服刑者。
	特拉华州
	法律程序
	立法
	名称
	HB 1 和 HB 2 号法案
	通过日期
	分别于 2024 年 4 月 11 日和 14 日通过
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2023 年 4 月 23 日
	监管部门
	酒类和烟草执法部门
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	1 盎司或以下大麻花、12 克大麻浓缩物，或含 750 克或以下 Δ^9 -四氢大麻酚的产品
	家庭种植
	非法
	人际分享
	不得赠予他人，但允许在持有限额内进行分享，不过不得进行广告宣传
	零售交易限额
	不适用
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	每份 10 毫克四氢大麻酚
	注册要求
	无
	商业生产
	种植设施、产品制造商和实验室
	商业分销
	持许可证的零售大麻商店
	对食用大麻产品的限制
	食用大麻产品也限于每份 10 毫克。
	广告宣传
	对广告宣传实行限制，尤其是有可能接触到未成年人的大型营销活动。

	征税
	对商业出售的大麻实行 15% 的零售税
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	在公共场所或行驶中的车辆上使用大麻仍属非法
	医用大麻
	2011 年：需要患者登记信息和身份证，药房已经存在，需要州执业医师出具医生证明，有居住地要求。
	哥伦比亚特区
	法律程序
	选民倡议
	名称
	第 71 号倡议
	通过日期
	2014 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2015 年 2 月：个人持有、消费、种植。
	监管部门
	不适用；规范商业生产和向成人销售的单独立法仍未获通过
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	2 盎司（57 克） 6 棵植株（不超过 3 棵成熟植株）
	家庭种植
	每人 6 株；每户 12 株，其中 6 株可以开花
	人际分享
	28.5 克或以下（免费转让）
	零售交易限额
	不适用
	零售定价结构
	没有零售市场
	四氢大麻酚含量限额
	最初未设定
	注册要求
	无

	商业生产
	无
	商业分销
	无
	对食用大麻产品的限制
	目前不允许
	广告宣传
	不适用，无商业市场
	征税
	不适用，无商业市场
	现场消费
	不允许；目前正在由城市专案组进行调查。
	使用方面的限制
	不允许在公共场所使用（允许在私人场所使用）
	医用大麻
	1998-2010 年：患者登记；允许药房出售。无论是城市居民还是访客，凡成年人均可自我认证为需要使用医用大麻的患者。
	伊利诺伊州
	法律程序
	立法机关于 2019 年 5 月批准
	名称
	HB 1438 号议案（公法第 101-0027 号）
	通过日期
	州长于 2019 年 6 月 25 日签署
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2020 年 1 月 1 日生效
	监管部门
	农业部
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	部分需要
	个人持有量
	30 克大麻花；大麻浸泡产品中四氢大麻酚含量不得超过 500 毫克；5 克大麻浓缩物。非居民获许使用以上一半的配额。
	家庭种植
	根据《医用大麻同情使用试点方案法》，任何符合条件的人均可种植大麻，每户限种 5 株 5 英寸以上的植株而无需种植中心或手工种植者执照。伊利诺伊州法院已下令自

	2022年11月22日起暂时冻结手工种植者执照的发放。大麻种植须在封闭、上锁的空间内进行。符合条件的成年注册患者可从药房购买大麻种子，用于家庭种植。种子不得给予或出售给任何其他人。大麻植株不得储存或放置在普通公众视线以内的地方。
	人际分享
	-
	零售交易限额
	不适用
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	最初规定每包最多含有100毫克四氢大麻酚；农业部可能会改变每份大麻浸泡产品中四氢大麻酚的最高含量。允许持有大麻浸泡产品，如胶囊、消耗品、酊剂和其他含有不超过500毫克四氢大麻酚的食品。
	注册要求
	非居民可以获得居民一半的配额
	商业生产
	持证种植者和手工种植者（种植、烘干、加工和包装大麻以供销售）
	商业分销
	医疗和非医疗用途的持证配药商
	对食用大麻产品的限制
	允许，但须标示消费信息和警告
	广告宣传
	企业不得发布虚假或误导性宣传广告；不得进行促进过度消费的广告宣传；不得描绘实际消费；不得描述21岁以下者的消费；不得作出健康、医药或治疗方面的声明；不得包含可能吸引未成年人或儿童的图像；不得在学校或操场、校园或图书馆、公共交通工具或公共财产1,000英尺范围内进行广告宣传；不允许开展促销活动；类似的限制也适用于大麻食品的包装和标签。健康警告信息应予清晰展示。
	征税
	对大麻花或四氢大麻酚含量低于35%的产品征收10%的销售税；对含有大麻的食品产品征收20%的税；对四氢大麻酚浓度高于35%的产品征收25%的税；伊利诺伊州的城市和县可征收额外的地方销售税。

	6.25%的州零售商行业税；根据产品的效力情况，消费者可能需要另外支付 19.55%到 34.75%的消费税。
	现场消费
	当地辖区和零售点可能允许也可能不允许；有指定的以大麻为中心的商务休闲厅
	使用方面的限制
	根据《伊利诺伊州无烟法》，在任何禁止吸烟的地方都不允许吸食大麻。
	医用大麻
	2013 年 8 月开始实施《医用大麻同情使用试点方案法》。符合条件的患者，在医生的建议下，若有公认的衰弱症状，在向州政府登记后，可以合法使用医用大麻。每 14 天限购 2.5 盎司大麻花。新法律还允许学校护士或管理人员向注册为病人的学生提供大麻产品，并允许学生在这些官员的监督下用药。
	缅因州
	法律程序
	2019 年 6 月 27 日选民倡议，由州长签署为第 129 号法律（LD 719）
	名称
	问题 1（H.P.1199 - L.D.1719）
	通过日期
	2016 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2017 年 1 月 7 日生效；商业法规将于 2017 年 8 月出台。2017 年 1 月 27 日，立法机构批准至少在 2018 年 2 月之前暂停执行该法律中关于零售和税收的部分。该法律最终于 2019 年 9 月 19 日开始生效。
	监管部门
	行政和金融服务部（大麻政策办公室）
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有量
	71.25 克（2.5 盎司），浓缩至最多 5 克
	家庭种植
	3 株开花大麻植株，12 株未成熟植株，幼苗不限。一成年人可拥有这些植株生产的所有大麻。财产所有者可以禁止家庭种植。出于医疗目的的种植不受同样的限制。植株必须贴上种植者的名字、驾驶执照或身份证号码

	的标签，如果大麻植株不在种植者所拥有的土地上，还要另外贴上财产所有者的名字。
	人际分享
	与个人持有限额相同；此外，不超过 6 株幼苗或未成熟植株
	零售交易限额
	28.5 克（1 盎司）；12 棵幼苗
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	食用大麻产品：每份不得含有超过 10 毫克的四氢大麻酚；每包不得含有超过 100 毫克的四氢大麻酚。
	注册要求
	申请预卷大麻烟、电子吸食设备和液体浓缩物的销售许可，需要烟草零售许可，这就要求持许可证者必须拥有实体店面。
	商业生产
	持证种植者：基于尺寸的两类型。药房如今可无限量种植成熟大麻植株。
	商业分销
	州主管部门不得限制商店的总数；地方一级可对药房的数目和位置进行监管。
	对食用大麻产品的限制
	每份食品中的四氢大麻酚含量不得超过 10 毫克，每包食品中的四氢大麻酚含量不得超过 100 毫克。
	广告宣传
	仅限于 21 岁以上的人。限制虚假广告或声称不真实的健康益处。产品不得对孩童具有吸引力。
	征税
	10% 的零售消费税；对特许商业种植到特许零售店的销售或转让征收 15% 消费税。
	现场消费
	州一级许可的俱乐部
	使用方面的限制
	不允许在公共场所使用（但允许在私人场所使用或在国家许可的大麻社交俱乐部内使用）。
	医用大麻
	1999 年：患者登记册或身份证；药房承认来自其他州的病人，但不得在药房购买。
	马萨诸塞州

	法律程序
	选民倡议
	名称
	问题 4 马萨诸塞州，普通法 c.94G
	通过日期
	2016 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2017 年 9 月 15 日。自 2017 年 10 月 1 日开始发放许可证。相关法律于 2019 年 6 月 20 日进行了增订。
	监管部门
	1) 大麻管制委员会和大麻咨询委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有量
	家中不超过 1 盎司大麻花（28.5 克）或 5 克浓缩物或 10 盎司大麻
	家庭种植
	6 株植株，12 株在远离视野的单一住宅中；允许在家中存放 10 盎司干大麻。
	人际分享
	1 盎司大麻
	零售交易限额
	最多可以给另一个 21 岁或以上的成年人 1 盎司。
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	最初未设定
	注册要求
	无需收集个人数据
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	获得经营许可的机构；地方政府可以规范、限制或禁止企业经营。
	对食用大麻产品的限制
	每份食品中四氢大麻酚含量不得超过 5 毫克。整个包装不能超过 20 份，四氢大麻酚总含量不得超过 100 毫克。

	广告宣传
	对医疗和成人用大麻许可证的广告实行限制，禁止使用电视、广播、播客、互联网、移动应用程序、社交媒体、广告牌和印刷品进行广告宣传，除非至少 85% 的受众被合理地预期为 21 岁或以上。
	征税
	10.75% 的零售消费税。 6.25% 的州销售税适用于所有大麻产品的零售购买。 所有产品的零售购买皆可选择最高不超过 3% 的地方消费税。
	现场消费
	不允许，尽管那些允许现场消费的机构存在此种消费方式。
	使用方面的限制
	不能在任何禁止吸烟的地方使用大麻。
	医用大麻
	2012/2013 年：患者登记册或身份证；药房购买，但不承认州外患者。
	密歇根州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	第 18-1 号提案
	通过日期
	2018 年 12 月 6 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	商业牌照申请于 2019 年 12 月 6 日开始。
	监管部门
	大麻监管机构
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有限额
	个人随身携带不超过 2.5 盎司（70.8 克），浓缩物不超过 15 克，家中不超过 10 盎司（283 克）
	家庭种植
	每户住宅最多种植 12 株植株，但须在公共视线以外。
	人际分享

	2.5 盎司，最多 15 毫克浓缩物，但不得以此换钱。
	零售交易限额
	最多 2.5 盎司（70 克）的大麻花 15 克的提取物或浓缩物
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	未设定
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	市政当局可以完全禁止或限制经营大麻的机构数量。
	对食用大麻产品的限制
	对四氢大麻酚的限制除外（见上文）
	广告宣传
	对与大麻机构有关的公共标志实行限制。
	征税
	10% 的消费税
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	不允许在公共场所或在持有、占有或负责管理财产的人所禁止的地方使用；允许在 21 岁以下的人不能进入的指定公共场所使用。
	医用大麻
	2008 年：患者登记册，可通过相关地方条例建立药房；针对符合特定条件者允许通过药房购买；只承认州外病人拥有法律保护，但不允许在药房购买。
	明尼苏达州
	法律程序
	立法程序
	名称
	《第 100 号众议院法案》
	通过日期
	2023 年 4 月 24 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2023 年 8 月 1 日
	监管部门

	明尼苏达州大麻管理办公室
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有限额
	在公开场所可持有 2 盎司大麻花，在私人居所可持有 2 磅大麻花和 8 克浓缩物
	家庭种植
	最多 8 株大麻植株，其中不超过 4 株成熟植物。必须种植在封闭上锁的地方，远离公共视线。
	人际分享
	在个人持有限额以内。
	零售交易限额
	未具体说明
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	食用大麻产品每份 5 毫克，每包 50 毫克
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证者
	对食用大麻产品的限制
	每包食用大麻产品 50 毫克
	广告宣传
	不得面向未成年人进行广告宣传；不得进行错误或误导性广告宣传；对在可能出现未成年人的场所进行广告宣传予以限制；遵守其他广告宣传法规。
	征税
	10% 的销售税，另加州一级税项
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	限制在以下场景中的使用：公立学校；特许学校；校车；州立惩教设施；大麻产品的烟雾、气溶胶或蒸汽可能被未成年人吸入的场所；联邦财产（例如法院、机场和国家公

	园)；联邦补贴住房；单位办公场所，或操作所在单位的车辆、机器或设备时。
	医用大麻
	2014/2015 年：患者登记，保健执业医师认证。
	蒙大拿州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	第 190 号倡议
	通过日期
	2020 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	于 2022 年 1 月 1 日前申请许可证。
	监管部门
	税收部
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	-
	个人持有限额
	28.5 克（1 盎司）或 8 克浓缩形式
	家庭种植
	4 株植株中任何时候只能有 2 株成熟；单个住宅中允许的最大植株数目是个人限制量的两倍。
	人际分享
	不超过个人持有限额的两倍，没有任何对价或报酬。
	零售交易限额
	根据新法律，顾客每次最多可以购买 1 盎司大麻，或其他形式的四氢大麻酚等量物：800 毫克的可食用材料或 8 克的浓缩物。
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	未具体说明
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证者

	对食用大麻产品的限制
	作为通用的行业标准，每包食用产品的含量限制在 100 毫克，每份四氢大麻酚不超过 10 毫克。大麻浸泡产品的形状或包装不得对儿童具有吸引力，或容易与商业销售的糖果相混淆。
	广告宣传
	禁止在包括电子媒体在内的任何媒体上宣传大麻。
	征税
	零售价的 20%
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	不允许在禁止吸烟的公共场所使用，除非相关部门允许。
	医用大麻
	2004 年：须是注册卡持有者；且须有医生签字的身体虚弱状况说明。
	内华达州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	问题 2 标题 56，内华达州修订 第 678 号法令
	通过日期
	2016 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	于 2017 年 1 月 1 日生效，相关法规于 2018 年 1 月 1 日出台。 于 2020 年 7 月 1 日生效的大麻法规。
	监管部门
	大麻合规委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有限额
	28.5 克（1 盎司）大麻花 1/8 盎司或 3.5 克浓缩物或食用产品
	家庭种植

	6 株植株，不超过 12 株，须在室内或经房东许可的封闭场所，而且必须距离零售大麻商店至少 25 英里。
	人际分享
	估计与个人持有限额相同
	零售交易限额
	未具体规定，估计与个人持有限额相同。
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	最初未设定
	注册要求
	无需收集个人数据
	商业生产
	持许可证的机构在内华达州，大麻种植者必须合法清点所有大麻废弃物，进行称重和销毁
	商业分销
	人口对市场集中度的限制
	对食用大麻产品的限制
	向消费者出售的单份食用大麻产品，四氢大麻酚含量不超过 10 毫克。
	广告宣传
	获得许可的大麻机构不得从事包含任何虚假或误导性陈述、促进过度消费、描述实际消费或吸引未成年人的广告宣传。同时也适用科罗拉多州的 70/30 受众比例规则。
	征税
	批量销售时征收 15% 的消费税 零售时征收 10% 的消费税
	现场消费
	允许现场消费的酒廊。 预期许可证于 2022 年 11 月 30 日颁发。第一家大麻消费酒廊于 2023 年夏季之前开业。
	使用方面的限制
	大麻消费仅供私人使用。在公共场所、联邦土地上或车辆内使用大麻均属非法，但不会被课以罚款。
	医用大麻
	2000 年：患者登记册或身份证，不能从药店购买；如果与其他州的方案基本相似，则承认该外州病患者；患者须填写内华达州的相关文件。

	新泽西州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	问题 1 《新泽西州大麻监管、执法援助和市场现代化法案》（A-21（法律公告，2021 年，c.16））
	通过日期
	2020 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	《大麻法》于 2021 年 2 月 22 日签署且立即生效。
	监管部门
	大麻监管委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有限额
	28.5 克（1 盎司）大麻或其等量物，或 4 克浓缩物
	家庭种植
	禁止家庭种植。
	人际分享
	不超过个人持有限额的两倍，没有任何对价或报酬。
	零售交易限额
	成年人可通过持许可证的零售商合法购买最多 1 盎司的大麻。
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	未设定
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证的机构
	对食用大麻产品的限制
	食用大麻产品每销售单位不得含有超过 10 毫克的活性四氢大麻酚。

	广告宣传
	限制以针对或旨在吸引未达法定购买年龄的个人的方式宣传推销大麻物品和大麻 41 公司用具，包括玩具、人物或卡通人物等暗示 21 岁以下的人存在或任何其他描述的物品；同时禁止在 6:00 至 22:00 之间在电视和广播上做广告宣传；也禁止赞助体育或文化活动。
	征税
	一般州销售税率为 6.625%；外加对种植者征收每盎司 1.52 美元的社会公平消费税费用（自 2023 年 1 月 1 日起）。根据平均零售价格每年调整消费税：如果一盎司的平均零售价格为 350 美元或以上，每盎司税费最高为 10 美元；如果一盎司的平均零售价格低于 350 美元但至少为 250 美元，每盎司税费最高为 30 美元；如果一盎司的平均零售价格低于 250 美元但至少为 200 美元，每盎司最高为 40 美元；如果一盎司的平均零售价格低于 200 美元，则最高为 60 美元。
	现场消费
	允许在销售合法大麻的场所附属的指定“大麻消费区”（也称为“现场消费区”）。
	使用方面的限制
	只允许在私人住宅中消费。
	医用大麻
	2009 年：医用大麻可从任何经州一级许可的新泽西州大麻药房购买。由医生决定允许病人使用的适当剂量，30 天内的最大剂量为 3 盎司。每单位剂量以 0.25 盎司的面值出售。持有本州有效医用大麻卡的来访患者，在持有和消费方面与新泽西州居民卡持有者享受相同的保护和待遇。
	新墨西哥州
	法律程序
	立法程序
	名称
	立法机关通过的《HB 2 大麻管制法案》 2021 年 3 月 31 日
	通过日期
	2021 年 3 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	由州长于 2021 年 4 月 12 日签署；于 2022 年 4 月开始销售。
	监管部门

	大麻管制司
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	56 克（2 盎司）16 克大麻浓缩物和 800 毫克浸泡食品
	家庭种植
	每人 6 株，或每户 12 株；且须远离公众视线。
	人际分享
	与个人持有限额相同。禁止在交易或销售商品和服务时将大麻作为赠礼。
	零售交易限额
	与个人持有限额相同
	零售定价结构
	有监管的市场，始于 2022 年 4 月
	四氢大麻酚含量限额
	未具体说明
	注册要求
	无
	商业生产
	特许种植/生产。小型大麻微型企业可以种植多达 200 株大麻植株
	商业分销
	持许可证者
	对食用大麻产品的限制
	未具体说明
	广告宣传
	禁止向 21 岁以下的人宣传大麻，禁止使用卡通人物或其他可能吸引儿童的图像。禁止在学校、托儿所或教堂 300 英尺范围内的广告牌或在其他公共媒体上发布广告。
	征税
	12% 的消费税，到 2025 年将逐步增加到 18%；总收入税（销售税）为 5.125%。
	现场消费
	如果企业提供，可以允许。
	使用方面的限制
	在公共场所消费仍属非法，但如果符合某些条件，企业可以提供现场消费场所。
	医用大麻

	2007 年：到 2020 年时，注册患者必须是本州居民；患者需要有开具药方者出具的符合条件的证明；允许患者被持有不超过 230 个单位（约 8 盎司的大麻花或大麻幼芽）。
	纽约州
	法律程序
	立法程序
	名称
	议会法案 A1248 A 《大麻管理和税收法》
	通过日期
	2021 年 3 月 31 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	州长于 2021 年 3 月 31 日签署了州议会法案；可能将于 2022 年 12 月开始销售。
	监管部门
	大麻管制委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	85.5 克（3 盎司）或 24 克浓缩大麻 在家中最多持有 5 磅
	家庭种植
	6 株，3 株成熟，3 株幼苗，或每户最多 12 株。
	人际分享
	与个人持有限额相同，但没有补偿。
	零售交易限额
	待定
	零售定价结构
	市场/商业
	四氢大麻酚含量限额
	未设定
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证的机构。现有的医用大麻经营商将获准经营三家成人大麻用品商店，与其医用药房同处一地。

	对食用大麻产品的限制
	无
	广告宣传
	大麻管制委员会有权颁布广告宣传规则和条例
	征税
	建议的税率为 13%。将根据效力对产品征收批发税（大麻花每毫克 0.5 美分，浓缩大麻每毫克 0.8 美分，大麻食品每毫克 3 美分）。
	现场消费
	允许
	使用方面的限制
	禁止在任何禁止吸烟的地方吸食大麻。
	医用大麻
	2014 年：注册和身份证，医用大麻将提供给经认证的患者（本州居民），或由指定的护理人员提供给经认证的医疗用途，用于所界定的“严重衰弱或威胁生命的病况”。
	俄亥俄州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	2023 年俄亥俄州第 2 号提案（大麻合法化倡议）
	通过日期
	2023 年 11 月 7 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	该法将于 2023 年 12 月 7 日投票后 30 天生效。
	监管部门
	大麻管制司
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	未具体说明
	个人持有量
	15 克提取物和 2.5 盎司其他形式的大麻
	家庭种植
	每个成年人最多 6 株，或每户最多 12 株
	人际分享
	未具体说明
	零售交易限额
	未具体说明

	零售定价结构
	尚未具体说明
	四氢大麻酚含量限额
	未具体说明
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证者
	对食用大麻产品的限制
	未具体说明
	广告宣传
	未具体说明
	征税
	10%的大麻销售税
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	在公开场所使用大麻属违法。
	医用大麻
	2016年：患者登记，医用大麻将提供给经认证的患者（本州居民），或由指定的护理人员提供给经认证的医疗用途，用于所界定的“严重衰弱或威胁生命的病况”。
	俄勒冈州
	法律程序
	选民倡议，州法规
	名称
	第91号措施
	通过日期
	2014年11月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2015年7月：个人持有、消费、种植。2015年10月至2016年12月：通过医疗药房进行零售。2017年1月：通过持许可证的零售商进行零售。
	监管部门
	俄勒冈州酒类管制委员会
	最低年龄
	21岁
	居住地要求
	无

	个人持有量
	在公共场合：28.5 克 居家：228 克
	家庭种植
	4 株开花植株
	人际分享
	允许向 21 岁及以上的成年人赠送娱乐性大麻，但所赠送的数量不得超过个人持有量限额，而且此种转让不得涉及经济报酬。
	零售交易限额
	1 盎司干大麻花 5 克大麻素提取物或浓缩物 16 盎司可食用形式大麻 72 盎司液体形式大麻 10 颗大麻种子 4 株未成熟的大麻植株
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	最初未设定
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的大麻生产商
	商业分销
	持许可证的大麻零售店
	对食用大麻产品的限制
	为娱乐消费者生产的大麻食品单次剂量被限制在 5 毫克，整个包装被限制在 50 毫克。自 2022 年 4 月 1 日起，每包可食用大麻的浓度限量从 50 毫克四氢大麻酚增至 100 毫克。对单份大麻食品（不超过 10 毫克四氢大麻酚）进行评分，以便更清晰地标示份量。
	广告宣传
	药房外部要求有入口标志；俄勒冈州酒类管制委员会有权进一步规范或禁止广告宣传。
	征税
	2015 年 10 月至 2015 年 12 月不征收零售税；2016 年 1 月 5 日后征收 25% 的销售税；2017 年开始征收 17% 的销售税；当地社区可选择征收最多 3% 的地方税。
	现场消费
	不允许

	使用方面的限制
	在公共场所吸食大麻属于非法。
	医用大麻
	1998 年：患者登记，药房已经存在，但没有得到明确的法律授权或监管；持有，家庭种植。
	南达科他州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	第 27 号措施
	通过日期
	2020 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	之前预计实施日期为 2022 年 4 月 1 日，但投票措施于 2021 年 2 月被法院推翻。投票在 2020 年 11 月中期选举中被否决。
	监管部门
	税务局
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	28.5 克（1 盎司或以下）大麻或 8 克浓缩物
	家庭种植
	每户（6 口人或以下）3 株。植株必须在上锁空间，且远离公众视线。
	人际分享
	-
	零售交易限额
	-
	零售定价结构
	-
	四氢大麻酚含量限额
	-
	注册要求
	-
	商业生产
	-
	商业分销
	-

	对食用大麻产品的限制
	-
	广告宣传
	-
	征税
	提议征收 15%的税
	现场消费
	-
	使用方面的限制
	禁止在公共场所吸食大麻，但所涉部门许可的那些消费区除外；不得在禁止吸烟的地方吸食大麻。
	医用大麻
	2020 年，南达科他州选民通过第 26 号发起措施，并批准将大麻用于医疗用途。
	佛蒙特州
	法律程序
	立法程序
	名称
	第 86 号 第 54 号州法案（2020 年 2 月启动），于 2020 年 10 月生效，无需州长签字
	通过日期
	2018 年 1 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2018 年 7 月 1 日 2020 年 10 月生效的销售条例。
	监管部门
	大麻管制委员会（根据第 S.54 号法案提议）
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	不超过 28.5 克（1 盎司）或不超过 5 克的浓缩物（例如大麻油）
	家庭种植
	2 株成熟植株或 7 株未成熟植株
	人际分享
	不得超过 28.5 克或 1 盎司大麻，或不超过 5 克浓缩物
	零售交易限额
	1 盎司大麻或等量大麻产品

	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	大麻花四氢大麻酚含量上限为 30%，浓缩物的四氢大麻酚含量不得超过 60%。大麻食品每包四氢大麻酚含量不得超过 50 毫克，每份 5 毫克
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证者
	商业分销
	持许可证者
	对食用大麻产品的限制
	食品中四氢大麻酚含量最高不得超过 50 毫克，每份不超过 5 毫克。
	广告宣传
	广告不得具有欺骗性，不得促进过度消费，不得提供免费样品，亦不得吸引未成年人。只有在获得许可方能够合理预期受众当中年龄 21 岁以下者不超过 15% 的情况下，广告宣传才会获准。
	征税
	征收零售销售价格的 14%
	现场消费
	可能允许
	使用方面的限制
	大麻的使用仅限于个人住宅内。除了平时禁止吸烟的地方外，还禁止在街道、小巷、公园或人行道吸食大麻。
	医用大麻
	由卫生局审查被诊断为符合条件的病人提交的申请；卫生局与所涉医生核实病情。
	弗吉尼亚州
	法律程序
	立法
	名称
	关于大麻的第 1406 号特别法案；简单持有大麻的合法化，2021 年 4 月 7 日由州长签署
	通过日期
	2021 年 4 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期

	2021 年 7 月生效。法案条款须经 2022 年州议会会议重新制定。销售于 2024 年 1 月 1 日开始进行，相关条例也一并生效。
	监管部门
	弗吉尼亚州大麻管制局；大麻监督委员会；大麻公共卫生咨询委员会；大麻权益再投资委员会和基金；弗吉尼亚大麻权益商业贷款计划和基金
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	不超过 28.5 克（1 盎司）
	家庭种植
	每一家庭最多可种植 4 株供个人使用的植株。这些植株应远离公众视线，每株植株都应张贴清晰的标签，上面列明主人的身份信息。
	人际分享
	是的，与个人持有限额相同
	零售交易限额
	28.5 克（1 盎司）或等量物
	零售定价结构
	有限制的市场
	四氢大麻酚含量限额
	未具体说明
	注册要求
	无
	商业生产
	许可证数量不超过：a)大麻生产设施，60 处；b)大麻种植设施，450 个。
	商业分销
	发放的许可证数量不得超过以下限制：a)大麻零售店，400 个；b)大麻批发商，25 家。
	对食用大麻产品的限制
	每份产品中四氢大麻酚含量不得超过 5 毫克；每包产品的四氢大麻酚含量不得超过 50 毫克。
	广告宣传
	大麻管委会负责对产品广告和促销的合理限制措施实行监管。
	征税

	21%的零售税；根据地区，可能需要缴纳3%的选择性地方销售税。
	现场消费
	未具体说明
	使用方面的限制
	将禁止在公众场合使用大麻。
	医用大麻
	2020年：注册系基于医生对特定病况提供的证明。
	华盛顿特区
	法律程序
	选民倡议，州法规
	名称
	第 502 号倡议
	通过日期
	2012 年 11 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2012 年 12 月：个人持有、消费 2014 年 7 月：零售
	监管部门
	酒类和大麻委员会（原酒类管制委员会）
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	大麻花不超过 1 盎司（28.35 克） 浓缩物不超过 7 克 食品不超过 16 盎司（454 克） 灌注液体不超过 72 盎司（2.13 升）
	家庭种植
	不允许
	人际分享
	不允许
	零售交易限额
	28.5 克
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	最初未设定
	注册要求
	无

	商业生产
	持许可证的大麻生产商
	商业分销
	仅可在持州一级许可证的零售商店销售和购买大麻。
	对食用大麻产品的限制
	每份独立包装的食物中的四氢大麻酚含量不得超过 10 毫克；须采用儿童安全包装；张贴四氢大麻酚标签；大麻产品、包装和标签在销售前需得到州酒类管制委员会的批准。
	广告宣传
	大麻经营许可证持有人仅限于在其特许经营场所张贴最多两个永久性标志，而且禁止在经营场所张贴所有其他形式的户外广告。新规定要求广告牌和标志不能再包含大麻植株或大麻产品的图像，不得包含卡通人物的描述或任何可能吸引儿童的描述。
	征税
	37%的大麻消费税；6.5%的州销售税。征收销售税：7.0-10.4%（可选择适用现有的当地销售税（0.5-3.1%））。
	现场消费
	不允许
	使用方面的限制
	在公众面前吸食大麻属于非法。
	医用大麻
	1999/2010/2011 年：未采用注册或出示身份证办法；自 2012 年 11 月起批准建立大麻药店；第一批药店于 2014 年 7 月开业；1999 年可以持有；2012 年可以进行家庭种植。
	马里兰州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	问题 4
	通过日期
	2022 年 11 月 9 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	该法于 2023 年 7 月 1 日生效
	监管部门
	Natalie M. LaPrade 医用大麻委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求

	无
	个人持有量
	1.5 盎司大麻和 12 克浓缩物
	家庭种植
	家中最多种植两株，并远离公共视线
	人际分享
	如果没有报酬，或是在销售商品或服务时进行转让，则允许
	零售交易限额
	零售条例待定
	零售定价结构
	零售条例待定
	四氢大麻酚含量限额
	750 毫克
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	持许可证的机构
	对食用大麻产品的限制
	待定
	广告宣传
	条例待定
	征税
	条例待定
	现场消费
	未说明
	使用方面的限制
	禁止公开吸食
	医用大麻
	2014 年 4 月，第 881 号众议院法案签署，并于 2014 年 6 月 1 日生效，建立起了医用大麻基础设施。2017 年 12 月 1 日，医用大麻计划正式启动。
	密苏里州
	法律程序
	选民倡议
	名称
	《第 3 号修正案》
	通过日期
	2022 年 11 月 9 日

	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2022 年 12 月 8 日
	监管部门
	密苏里州卫生和老年服务部
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	3 盎司大麻花或等量物
	家庭种植
	持个人种植卡者，可在家中封闭上锁的设施中种植最多 6 株开花植株和 18 株未成熟植株。
	人际分享
	估计与个人持有限额相同
	零售交易限额
	零售条例待定
	零售定价结构
	零售条例待定
	四氢大麻酚含量限额
	条例待定
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	到 2023 年 9 月，将开始审查微型企业许可申请表格。
	对食用大麻产品的限制
	禁止销售形状或包装对儿童有吸引力或容易与非大麻类糖果混淆的食用大麻产品。
	广告宣传
	条例待定
	征税
	6% 的销售税
	现场消费
	未说明
	使用方面的限制
	禁止公开吸食
	医用大麻
	自 2023 年 2 月 6 日起，医用大麻药房可向销售娱乐性大麻转型。持有医用大麻卡者，

	可免征销售税，并可购买四氢大麻酚含量较高的大麻。
	罗德岛
	法律程序
	立法
	名称
	《罗德岛大麻法》
	通过日期
	2022年5月25日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2022年5月25日
	监管部门
	罗德岛大麻管制委员会（任命待定）
	最低年龄
	21岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	最多持有或购买 1 盎司 在家中最多持有 10 盎司 最多持有 5 克浓缩物
	家庭种植
	最多可种植 3 株成熟植株及 3 株未成熟植株
	人际分享
	1 盎司大麻花或等量物，前提是不公开宣传或推广转让事宜
	零售交易限额
	公开：1 盎司 家中：10 盎司
	零售定价结构
	-
	四氢大麻酚含量限额
	-
	注册要求
	-
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	持许可证的机构；持许可证的“混合大麻零售商”；同情中心
	对食用大麻产品的限制
	无
	广告宣传

	城镇可实行广告管理法令。
	征税
	10%的零售消费税；3%的当地销售税；7%的常规销售税
	现场消费
	待定
	使用方面的限制
	不得在禁止吸烟的地方公开吸食大麻
	医用大麻
	自 2022 年 8 月 1 日起，持许可证的医用大麻种植者可种植大麻供成人使用。自 2022 年 12 月 1 日起，混合大麻零售商可销售供成人使用的大麻。
	关岛
	法律程序
	立法
	名称
	《关岛大麻产业法》
	通过日期
	2019 年 4 月 4 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2019 年 4 月 4 日
	监管部门
	大麻管制委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	1 盎司大麻花，8 克大麻浓缩物
	家庭种植
	可在家中完全封闭上锁的设施内种植 6 株植株
	人际分享
	在无报酬的情况下可分享 1 盎司大麻或等量物
	零售交易限额
	1 盎司大麻花，8 克大麻浓缩物
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	800 毫克
	注册要求

	无
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	持许可证的机构
	对食用大麻产品的限制
	对食用大麻产品有特殊包装要求，包括具体的色彩要求。
	广告宣传
	广告宣传不得促进过度消费，体现大麻的治疗效果，描述或呈现可能对儿童有吸引力的画面
	征税
	15%的消费税
	现场消费
	未说明
	使用方面的限制
	禁止公开吸食
	医用大麻
	14-A 号提案（现为《Joaquin (KC) Concepcion II 同情性大麻使用法案》）于 2014 年经由选民倡议通过，使得符合资格的患者可获得大麻用于医疗用途。
	北马里亚纳群岛
	法律程序
	立法
	名称
	Taulamwaar 北马里亚纳群岛合理大麻法案
	通过日期
	2019 年 8 月 21 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2019 年 8 月 21 日
	监管部门
	北马里亚纳群岛大麻委员会
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	1 盎司大麻花，5 克浓缩物
	家庭种植

	如果已在家庭种植大麻登记册登记，可在上锁的安全空间中种植最多 6 株植株，每次保存的可使用大麻不得超过 8 盎司。
	人际分享
	与个人持有限额相同。允许进行非商业目的分享。
	零售交易限额
	1 盎司大麻花，5 克浓缩物
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	未说明
	注册要求
	无
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	持许可证的机构
	对食用大麻产品的限制
	无
	广告宣传
	广告宣传不得对未成年人具有吸引力。
	征税
	10% 的消费税
	现场消费
	允许有关机构注册为大麻酒廊。1 类和 2 类酒廊遵守的要求不同，享有的特权也不同。
	使用方面的限制
	禁止公开吸食
	医用大麻
	根据《Taulamwaar 北马利亚纳群岛合理大麻法案》，医用大麻与娱乐大麻均合法。对医疗患者的个人持有量和种植量限制较宽松。
	维尔京群岛
	法律程序
	立法
	名称
	《维尔京群岛大麻使用法案》
	通过日期
	2022 年 12 月 30 日
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2023 年 1 月 18 日

	监管部门
	美属维尔京群岛大麻监管办公室
	最低年龄
	21 岁
	居住地要求
	无
	个人持有量
	2 盎司大麻花，14 克浓缩物及 1 盎司食用大麻产品
	家庭种植
	每户不超过 6 株开花植株和 6 株未成熟植株，并“需土地所有者表示同意”
	人际分享
	-
	零售交易限额
	-
	零售定价结构
	市场
	四氢大麻酚含量限额
	每销售单位食用大麻产品 100 毫克四氢大麻酚
	注册要求
	非居民须缴纳大麻费用。
	商业生产
	持许可证的机构
	商业分销
	持许可证的机构
	对食用大麻产品的限制
	每销售单位不超过 10 毫克四氢大麻酚
	广告宣传
	必须遵守限制规定，不得面向未成年人
	征税
	18% 的销售税
	现场消费
	成年人使用酒廊
	使用方面的限制
	必须持有许可证
	医用大麻
	患者登记册，获得州一级许可的药房，护理人员必须进行登记，最多 4 盎司大麻花。

表 5 乌拉圭大麻非医疗用途合法化法规

	乌拉圭
	法律程序
	政府倡议，国家法律
	名称
	《第 19.172 号法律》
	通过日期
	2012 年 12 月
	执行日期/相关规则按要求需予通过的日期
	2014 年 8 月：个人种植 2014 年 10 月：种植者俱乐部 2017 年年中：药房销售
	监管部门
	大麻监管和控制研究所（大麻监管所）
	最低年龄
	18 岁
	居住地要求
	需有乌拉圭公民身份或乌拉圭永久居留权
	个人持有限额
	个人每月最多可购买 40 克；根据后续规则，每周限量 10 克。
	家庭种植
	6 株开花植株。这些植株每年的大麻总产量不得超过 480 克。
	人际分享
	允许在家中进行的
	零售交易限额
	每月 40 克，每周 10 克（通过药房向注册用户销售）
	零售定价结构
	政府对价格进行控制
	税后每克平均零售价
	每 5 克 265 乌拉圭比索（约每克 1.2 美元）
	四氢大麻酚含量限额
	所有产品都须标明大麻二酚含量不低于 3%，四氢大麻酚含量不高于 9%。
	注册要求
	采用大麻监管所规定的三种注册方式
	商业生产
	持许可证的生产商
	商业分销
	持许可证的药房

	对食用大麻产品的限制
	-
	广告宣传
	禁止
	征税
	目前未征税，但大麻监管所将来可能会征税
	大麻俱乐部
	拥有 15-45 名成员的俱乐部获许种植最多 99 株植株，每名成员每年最多可生产 480 克大麻干品。
	使用方面的限制
	乌拉圭的大麻法禁止在那些禁止吸烟的室内公共场所使用大麻。
	医用大麻
	2013 年：通过了（《第 19.172 号法律》）和第 46/015 号法令。目前药店里出售大麻二酚处方油和含有大麻二酚的化妆品。

05

毒品使用与健康权：制定评估框架

在应对世界毒品问题的背景下，本章建议制定一个框架，审查吸毒者及其子女、其他家庭成员和受毒品使用影响的社区的健康权。多项国际权利文书都规定了健康权。^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}《2030年可持续发展议程》还设想了一个公平、普遍获得卫生保健和社会保障的世界，其中身心健康和社会福祉得到保障。

本章将利用每项国际文书所定义的健康权概念以及经济、社会及文化权利委员会对这一概念的解释，讨论制定这样一个框架的可能组成部分。⁸

导言

健康权是国际公认的基本人权。人人享有能达到的最高标准身心健康的权利，不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态。^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16}

国际人权文书承认并规定了健康权，这些文书是对缔约国具有法律约束力的承诺。“人类的健康和福祉”也是各项国际药物管制公约的基本目标，并载于经《1972年议定书》¹⁷修正的《1961年麻醉品单一公约》前言和《1971年精神药物公约》。¹⁸ 毒品使用会对吸毒者的健康造成不良后果。这些可能包括对健康造成的直接后果，如各种吸毒病症等，或危险行为造成的间接后果，如血源性感染或药物过量。此外，其子女和家庭成员也可能因一个人使用毒品对健康和社会造成的后果而受到影响。吸毒者还可能面临种种障碍，影响其获得其他健康问题服务的机会。在毒品使用背景下，需要考虑到相关许多行为体的健康权，不仅是吸毒者，还有其子女、其他家庭成员和社区。

毒品使用背景下的健康权

实现健康权同样适用于吸毒者、其子女和其他家庭成员以及其所在社区的人们。这是人人不可剥夺的一项权利，不论一个人的毒品使用状况如何，^{19, 20, 21, 22, 23} 也不论一个人是否被关押、拘留或监禁。²⁴

实现吸毒者的健康权，需要为这一群体的所有身心健康需求（无论是否与毒品使用有关）制定可用、可获得和可接受的循证保健服务和方案，且不会受到任何污名化或歧视，并且创造环境，使吸毒者能够实现能达到的最高标准健康。吸毒者还享有隐私和健康信息保密权、身体自主权和知情同意权。

健康权符合国际人权文书，也符合国际药物管制公约关于“人类健康与福祉”的总目标。本章阐述的实现健康权的目标，并不妨碍减少毒品非法供应和需求这一目标，也不会与这一目标相冲突，抑或妨碍国际药物管制系统的运行。事实上，同时在这些方面采取行动，可以构成采取全面、均衡努力应对世界毒品问题的一部分。

许多因素可能会阻碍人们实现健康权。其中一些限制来自毒品状况本身（吸毒病症）；另一些则源于社会态度和观念（污名化与歧视）；有些是由于拨款限制或资源分配不公；还有一些来自与毒品相关的法律法规。

这些限制可包括：

- > 存在毒品使用和吸毒病症的推动因素：与家庭或社区缺乏联系、不稳定、不安全、创伤、养育方式欠佳或忽视、社会规范、同龄人或家人使用毒品、精神健康问题、冲突、暴力和使用其他物质（如酒精和烟草）。²⁵

[解说栏开始

什么是健康权？

《经济社会文化权利国际公约》缔约国在其第十二条中承认，人人享有能达到的最高标准身心健康的权利。^a 逐步实现“能达到的最高标准健康”这一概念既考虑到个人的生理条件和社会经济状况，也考虑到一国的可用资源。

健康权是一项普享权利，不仅包括及时和适当的卫生保健，还包括健康问题的基本决定因素，以及获得健康相关的教育和信息。另一个重要方面是人们能够在社区、国家和国际各级参与所有健康相关的决策。

健康权不应理解为一项身体健康的权利。国家不能保证健康，也不能提供保护，防范所有可能造成人类健康不佳的原因。因此，遗传因素、个人是否易患疾病，以及采用不健康或危险的生活方式，都可能对个人健康产生重大影响。因此，健康权被理解为一种享有实现能达到的最高标准健康所必需的各种设施、物资、服务和条件的权利。

健康权需要自由和应享权利：

- > 自由包括掌握自己健康和身体的权利，即不受干扰的权利，如不受酷刑、不接受未经同意的医学治疗和实验的权利。
- > 应享权利包括参加健康保护制度的权利，该套制度能够为人们提供平等的机会，享有能达到的最高水平的健康。

健康权包括一系列广泛的社会经济因素，这些因素促进人们能够享有健康生活的条件，包括各种健康问题的基本决定因素，如获得安全饮用水和适当的卫生条件、充足的安全食品供应、适当的营养和住房，以及有益健康的职业和环境条件。健康权包括以下互相关联的基本元素：

- 一. 可用性：必须有足够数量的、行之有效的公共健康和卫生保健设施、物资和服务，以及卫生方案。
- 二. 可得性：卫生设施、物资和服务，必须面向所有人，不得歧视。
- 三. 可得性有四个相互重叠的维度：
 - a. 不歧视——特别保证最弱势或最边缘化人口可获得；
 - b. 物质可得性——卫生设施、物资和服务，必须是所有人均可安全、实际获得；
 - c. 经济可得性——保证所有人能够负担得起，包括社会弱势群体。保健服务的支付和基本决定因素应基于公平原则；
 - d. 信息可得性——有关健康问题的信息和看法可查找、接受和传播。
- 四. 可接受性：所有卫生设施、物资和服务，必须遵守医学伦理，在文化上是适当的，即尊重个人、少数群体、民众和社区的文化，对性别和生活周期要求保持敏感，并在设计上遵守保密性，以及改善有关个人和群体的健康状况。
- 五. 质量：物资和服务必须在科学和医学上适宜、优质。

^a 虽然健康权在若干国际条约中得到承认，但本解说栏中的案文基于经济、社会及文化权利委员会、《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）、第 14 号一般性意见、第二十二届会议、议程项目 3（日内瓦：联合国经济及社会理事会，2000 年 5 月）。

解说栏结束]

[解说栏开始

所有个人、其家庭和社区的健康权

毒品使用可能对家庭和整个社区产生负面影响。保护吸毒者、其家庭成员及社区的健康权需要采取尊重和增强每个人的福祉、且没有污名化和歧视的方法。

《世界人权宣言》^a和《经济社会文化权利国际公约》^b与《公民及政治权利国际公约》^c构成了《国际人权宪章》，这些文书以及联合国其他主要公约、条约和宣言，均承认每个人的健康权，特别是特定群体的健康权，例如土著人民、^d少数群体、遭受种族歧视者、^e妇女、^f儿童^g和残疾人的健康权。^g

这些国际文书强调确保保健服务、疾病预防、卫生教育和行动的可用性和可得性的重要性，以应对健康问题的社会决定因素，从而实现全世界各个社区的健康权。

人人平等享有国际人权文书规定的权利。^h人人有权享有维持本人或其家庭的健康和福祉所需的生活水平。ⁱ

在《经济社会文化权利国际公约》的序言中，缔约国认识到个人对其他个人和对他所属的社会负有义务，应为促进和遵行本公约所承认的权利而努力，包括健康权。^h

- ^a 联合国，《世界人权宣言》，大会第 217A 号决议（巴黎，1948 年 12 月 10 日）。
- ^b 联合国，《经济社会文化权利国际公约》，大会第 2200A (XXI) (1966)号决议，按照第二十七条的规定，1976 年 1 月 3 日生效。
- ^c 联合国，《公民及政治权利国际公约》，大会第 2200A (XXI) (1966)号决议，按照第四十九条的规定，1976 年 3 月 23 日生效。
- ^d 联合国，《土著人民权利宣言》，大会第 295A (LXI) (2007)号决议。
- ^e 联合国，《消除一切形式种族歧视国际公约》，大会第 2106 (XX) (1965)号决议，按照第十九条的规定，1969 年 1 月 4 日生效。
- ^f 联合国，《消除对妇女一切形式歧视公约》，大会第 34/180 (1979)号决议，按照第二十七条第 1 款的规定，1981 年 9 月 3 日生效。
- ^g 联合国，《残疾人权利公约》，大会第 106A (LXI) (2006)号决议。
- ^h 联合国，《经济社会文化权利国际公约》，第三条，大会第 2200A (XXI) (1966)号决议，按照第二十七条的规定，1976 年 1 月 3 日生效。
- ⁱ 联合国，《世界人权宣言》，第二十五条，大会第 217A 号决议（巴黎，1948 年 12 月 10 日）。

解说栏结束]

- > 缺乏可获得、可负担和可接受、适合不同年龄和性别的循证预防干预措施。²⁶
- > 尤其是在低收入和中等收入国家，缺乏获得治疗吸毒病症、疼痛管理和姑息治疗及精神障碍的基本药物的机会。²⁷
- > 毒品状况、毒品可用性以及高发吸毒病症、用药过量及致死。
- > 缺乏可获得、可负担、适合不同年龄和性别、科学的循证吸毒病症治疗和护理。²⁸在全球范围内，2022 年，仅十分之一的吸毒病症患者接受了戒毒治疗。²⁹戒毒治疗服务往往既不属于全民健康覆盖范围，也未被纳入卫生保健提供系统。³⁰
- > 缺乏可获得、可负担、适合不同年龄和性别、科学的循证干预措施，以预防毒品使用对公众健康和社会造成的不良后果，³¹并管控用药过量问题。

- > 戒毒治疗和护理标准不合乎道德，治疗干预措施并非依据科学证据，包括非自愿或强制性或仅以戒毒为目的的戒毒治疗。³²
- > 对吸毒者的污名化与歧视以及对法律制裁的恐惧或威胁，这种现象在有特殊需要的人群中尤其突出，特别是妇女、弱势群体和艾滋病毒感染者，并增加了他们所遭受的伤害，使他们无法获得戒毒治疗和干预措施，以尽量降低或预防毒品使用对健康和社会造成的不良后果。^{33,34}

[解说栏开始]

保护受毒品使用影响儿童的权利

《儿童权利公约》规定，各国有义务采取一切适当措施，保护儿童免受非法使用麻醉药品之害。每个儿童都有权获得其健康所必需的照料和保护，包括在其父母使用毒品或罹患吸毒病症的情况下。《公约》重申，家庭在儿童最优发展中发挥特殊作用，并规定了在需要时帮助父母履行育儿责任的义务。^a

在儿童父母使用毒品的情况下，需要注意的是，毒品使用或吸毒病症本身并不构成虐待或疏于照顾。这些不应构成通知当局的理由。

吸毒病症患者的子女或家庭成员可能会受到负面影响，如疏于照顾，育儿表现不佳和暴力。这些影响可能不仅仅是因为毒品使用，而是各种结构性因素导致的结果。在任何情况下，儿童的最大利益都是首要考虑。根据《儿童权利公约》，^a不得违背儿童父母的意愿使儿童与父母分离，除非主管当局经法院审查，判定这样的分离符合儿童的最大利益而确有必要，才能免除父母的监护权。^a例如，父母或其他任何负责照管儿童的人有虐待或疏于照顾的情况。关于儿童的一切行动，不论是由公私社会福利机构、法院、行政当局或立法机构执行，均应以儿童的最大利益^b为首要考虑。^c

国际《关于替代性儿童照料的导则》指出，“缔约国应力求确保采取适当和文化敏感的措施……支持能力受毒品和酒精滥用……等因素限制的家庭育儿环境”。承认通过提供良好的育儿支持和育儿做法，帮助罹患吸毒病症的父母履行其育儿责任的重要性，罹患吸毒病症父母的治疗和护理方案承认并顾及父母及其子女的首要需求。^d

^a 联合国，《儿童权利公约》，前言，大会第 44/25 (1989)号决议，按照第 49 条的规定，1990 年 9 月 2 日生效。

^b 正如第 14 号一般性意见（2013 年）的解释，儿童的最大利益是一个动态概念，可以以儿童的身体、精神、社会和教育需求、年龄、性别、维护家庭环境为依据进行评估，并且根据《儿童权利公约》第 12 条，尊重儿童自由表达其看法的权利。

^c 联合国，《儿童权利公约》，第 3 条第 1 款，大会第 44/25 (1989)号决议，按照第 49 条的规定，1990 年 9 月 2 日生效。

^d 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》（日内瓦，2020 年）。

解说栏结束]

建立毒品使用背景下健康权的多维度框架

可制定一个多维度框架，考虑到各项国际公约、法律文书和宣言，并将所有健康权可能受毒品使用影响的人们考虑在内。下文展示了一个可能框架的概要，其中明确提及表明健康权各维度与受毒品使用影响者的健康结果显著相关的各种报告和科学文献。

该框架将描述健康权，其中考虑到健康和福祉问题的社会决定因素、预防毒品使用、预防毒品使用对健康造成的不良后果、治疗吸毒病症以及提供支持所有受毒品使用影响者的健康权的政策环境。

这些维度互相关联，可包括：

1. 确保医疗用途国际管制药物的供应，包括用于疼痛管理和姑息治疗的药物。
2. 提供可获得、可接受和高质量、适合不同年龄和性别的预防毒品使用干预措施，包括应对毒品使用背景下健康和福祉问题的基本（社会和商业）决定因素及其对健康和社会造成的后果。
3. 提供可获得、可接受、高质量、适合不同年龄和性别的科学循证戒毒治疗和护理服务，包括旨在最大限度地减少毒品使用对公众健康和社会造成的不良后果的措施。
4. 确保实现健康权方面公平和不歧视。
5. 确保切实参与所有与健康相关的决策，以应对与毒品使用相关的问题。

第一个维度：确保医疗用途国际管制药物的供应，包括用于疼痛管理和姑息治疗的药物

促进人民健康权的一个关键维度是确保获得医疗用途国际管制药物，包括用于治疗吸毒病症、其他精神障碍、疼痛管理和姑息治疗的药物。

疼痛会严重影响个人的健康，造成严重的负面后果，包括损伤、手术或疾病的康复速度较慢或不完全康复，并影响生活质量和日常生活活动。全世界约有 75% 的人口得不到用于急性和慢性疼痛管理，包括分娩和姑息治疗的充足疼痛药物，给数百万人造成了不必要的痛苦，而在其他国家，疼痛药物消耗过度。³⁵

药用阿片类药物的供应仍然存在严重不平等。尽管近年来取得了进展，高收入国家与低收入和中等收入国家之间的差距略有缩小，但 2022 年，两组国家之间用于疼痛管理和姑息治疗的人均阿片类药物供应量仍然存在巨大差异（46 倍）。虽然北美洲、大洋洲和西欧一些国家的医疗用途阿片类药物供应量很大，但其他大多数国家的供应量极低，特别是非洲、亚洲及太平洋国家。非洲的人均使用量仅为北美洲的 0.4%，西非和中非的比例甚至更低（0.06%）。³⁶

在过去二十年里，美沙酮和丁丙诺啡在全球供应方面总体取得了进展，这两种阿片类药物不仅被用作止痛剂，还被用作治疗阿片类使用病症的阿片类激动剂药物。然而，自 2019 年以来，其医疗用途供应在全球一级一直相当稳定。³⁷

如果获得受管制药品的机会减缩，就会面临非法制造药物的风险（不合格和伪造药物）。最近的一份综述指出，在低收入和中等收入国家分析的抽样中，不合格和伪造药物的流行率为 13.6%（在所有药物中，不限于受管制药物），³⁸随之对健康和经济造成负面后果。随着网上药物销售普及，这一问题可能变得更加严重。³⁹

确保医疗和科研目的获得阿片类药物非常重要，这一点得到了最佳做法证据的佐证。^{40, 41, 42, 43} 下文关于戒毒治疗的维度也涉及阿片类激动剂治疗，提及这是有效应对毒品问题所需的一组基本药物的一部分。

第二个维度：提供可获得、可接受和高质量、适合不同年龄和性别的预防毒品干预措施，包括应对毒品使用背景下健康和福祉问题的基本决定因素

预防沾染毒品和患上吸毒病症是取得积极健康结果的关键。鉴于青春期是开始药物使用的高峰期，并且大脑仍在发育，因此儿童和年轻人是预防活动的特定目标群体。研究发现，开始使用毒品的年龄较小与以后生活中使用毒品和健康危害的严重程度之间存在联系。^{44, 45, 46, 47} 预防毒品干预措施的一部分是，采取各项政策和做法，应对健康问题的社会决定因素，并关注这些群体的脆弱性（如贫困、住房不稳定等），因为后者增加了年轻人使用毒品的可能性。其他预防干预措施可在个人、家庭或社区各级实施。《关于预防吸毒的国际标准》⁴⁸ 提供了研究文献的一份科学摘要，该文献述及不同级别的一系列广泛循证、适合不同年龄和性别的预防干预措施。其中，育儿技能方案、个人和社会技能教育，以及基于社会能力和影响力的预防教育是针对儿童中期和青少年早期的一些循证干预措施。《标准》中列出的所有干预措施均佐以最佳做法证据。^{49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57}

预防方案要取得成功，必须可用、可获得、可接受且质量高，并且由受过培训的专业人员提供。⁵⁸ 这意味着预防方案需要在所需的环境中提供，不歧视，社区成员可负担得起，并由受过培训的专业人员以其服务的人民和社区可接受的方式提供。它们还需要合乎道德和文化适宜，对性别和年龄敏感，并以有效改善健康结果的证据为基础。

健康问题的社会决定因素也是个人、家庭和社区取得积极健康结果的基本元素。⁵⁹ 大量科学依据表明，采取政策和做法应对健康问题的基本决定因素并提供相关方面的公平机会会有助于改善健康状况。《2020 年世界毒品问题报告》中的一个分册介绍了社会经济特征与吸毒病症之间的相关性，以及这些特征如何影响宏观和个人一级的状况，导致吸毒病症，而吸毒病症又反过来会影响吸毒病症患者的社会经济不平等和获得服务的机会。⁶⁰

健康问题的商业决定因素也会影响健康结果。商业决定因素与私营部门活动有关，后者会影响健康和商品监管，继而影响物资商品的获取和使用。^{61, 62}

第三个维度：提供可获得、可接受、高质量、适合不同年龄和性别、以科学为基础的戒毒治疗和护理服务，包括旨在最大限度地减少毒品使用对健康和社会造成的后果的措施

这一维度提及为促进以下人群的健康权而需要的所有保健和社会保障服务，这些人群包括：吸毒者、吸毒病症患者，以及其周围受毒品使用影响的家庭成员和社区其他人。

吸毒病症表现为多方面，通常类似于复发、缓解且需要持续照护的慢性病。科学的循证戒毒治疗已被证明可以改善吸毒病症患者的健康结果，包括提高生活质量。有几种循证、有效的吸毒病症治疗，包括医疗辅助治疗，如针对阿片类病症患者的阿片类激动剂治疗、^{63, 64, 65, 66, 67} 住院康复、^{68, 69, 70} 循证心理社会治疗/干预措施，如认知行为疗法、应急管理 and 动机访谈、^{71, 72} 基于同龄人的支持、^{73, 74, 75} 兴奋剂使用的戒断管理⁷⁶ 和新生儿戒断综合征治疗、⁷⁷ 安全住房和卫生环境、家庭和社会支持、社区融合和社会技能以及教育发展。^{78, 79, 80, 81} 循证服务的其他元素包括低门槛和外联服务，这是持续照护工作的一部分，这些服务针对受毒品使用影响最大的“隐蔽”人群，即那些可能不愿接受治疗或在治疗方案后复发的人们。《国际吸毒病症治疗标准》详细概述了针对吸毒病症患者及其家人的各种科学循证干预措施和服务。

82

解决与毒品使用有关的危害包括采取旨在预防和减少毒品使用造成不良公共健康和社会后果的有效措施，如预防和管理吸毒过量以及预防传染病。注射吸毒者仍然尤其处于非致命性和致命性吸毒过量⁸³ 以及感染血源性病毒的风险中，包括艾滋病毒、乙型肝炎和丙型肝炎，特别是在共用注射器具的情况下。⁸⁴ 综合一揽子循证干预措施为注射吸毒者⁸⁵ 的预防、治疗和护理列出了九项干预措施，这些措施以科学数据为基础，显示出其在减少和消除注射吸毒者感染艾滋病毒方面具有效率和成效。^{86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94} 在不同的干预措

施中，目前认为基本干预措施包括：获得针头和针筒方案、阿片类激动剂治疗和其他形式的吸毒成瘾治疗以及社区供应纳洛酮用于管控吸毒过量。⁹⁵

在一些地方，用于预防毒品使用的不良公共健康和社会后果的戒毒治疗和（或）干预措施的覆盖不足，不允许提供某些有效的干预措施或这些措施不可用，如阿片类激动剂治疗或将纳洛酮用于管控吸毒过量。^{96, 97, 98} 这大幅降低了干预措施对应对吸毒病症、预防艾滋病毒和病毒性肝炎等传染病以及预防和管理吸毒过量的影响。

戒毒治疗和护理服务不仅对接受者，而且对其子女和其他家庭成员及其所在社区都有积极影响。关于戒毒治疗对接受者个人以外的影响的科学研究表明，接受治疗者周围人们的生活质量和健康状况得到改善，犯罪率显著降低。^{99, 100, 101}

以家庭为中心的方法对于教育患者及其家人了解吸毒病症的本质和康复过程特别有帮助。这些方法被认定为对不同的吸毒病症有效，包括行为配对治疗、短暂战略性家庭疗法、功能性家庭疗法、多系统疗法和多维度家庭疗法。¹⁰² 吸毒病症康复被认为是一个持续的过程和经历，期间个人、家庭和社区利用其资源应对吸毒病症，积极应对其对该病症的持续脆弱性，进而过上健康、充实和有意义的生活。¹⁰³ 因此，由受过培训的专业人员提供可负担、可获得、科学的循证戒毒治疗服务，有助于支持吸毒者的子女和其他家庭成员的健康权。

某些有特定需求的人口群体可能需要提供特殊治疗和护理。罹患并发疾病的吸毒者，如精神病合并症患者或艾滋病患者，需要持续照护，以应对其吸毒病症和合并症。同样，妇女、儿童和青少年以及无家可归或社会边缘化群体可能需要额外的社会关怀服务，如教育、职业培训、住房和其他一般性社会支持。¹⁰⁴

健康权不可剥夺，确保吸毒病症的治疗可获得、可负担和可用还意味着确保人们都能获得治疗和其他干预措施，无论其情况如何或所在地在哪里。因此，狱中人员有权获得与社区环境中人士同等水平的卫生保健。¹⁰⁵ 过度拥挤、恶劣的生活条件、因使用和持有毒品供个人使用的犯罪行为而被监禁高发、卫生保健不足和缺乏预防措施、更严重的污名化与歧视，所有这些都加剧了监狱中使用或注射毒品者的健康风险。大多数狱中人员都有望返回社区，他们可能会带病返回，这些疾病或是在封闭环境中罹患，或因监禁条件差而恶化，这些已成为公共健康问题。¹⁰⁶ 被监禁狱中吸毒者应当有机会获得保健和药物服务，包括获得全面保健、吸毒病症治疗、旨在最大限度地减少和预防药物使用对公共健康和社会造成的不良后果的干预措施，以及其他保健服务。^{107, 108, 109} 对从监狱被转移或释放的人员提供持续治疗和护理，这是需要被视为保健系统的一部分的另一个关键元素。除了提供可获得和可负担的戒毒治疗和护理服务外，确保获得这些服务需要确认人们，尤其是妇女、儿童、少数群体和农村人口获得这些服务面临的障碍，如污名化与歧视，并消除这些障碍。^{110, 111, 112, 113} 消除减少获得戒毒治疗机会的障碍对于确保健康收益至关重要。研究表明，对接受治疗和护理服务的人进行监管，阻碍了他们获得治疗（通过骚扰、逮捕和搜查以及没收注射器具），降低了治疗效力，并增加了危险的毒品使用做法（例如共用未经消毒的针筒）。^{114, 115} 此外，吸毒病症患者需要通过开展外联活动、提供基本支持和干预措施来提供持续照护，从而减少或预防毒品使用对公共健康和社会造成的不良后果，获得治疗并重新融入社会，而不会进入治疗系统“错误之门”。¹¹⁶

健康权的一个基本元素是信息的可得性，包括寻求、接收和传递有关健康问题的信息和想法的权利。¹¹⁷ 在毒品使用背景下，这将包括获得关于毒品的影响及其对健康和社会造成的后果，关于有效的科学预防和治疗干预措施，以及关于社区中提供毒品和相关保健服务和如何获得这些服务的事实信息。¹¹⁸ 对于接受戒毒治疗者来说，这将包括获得有关治疗方案理念、预期、治疗和康复方法、保持和健康结果的信息，并且将解决患者或其家人在

开始治疗之前的其他关切。提供获取信息的机会对于确保吸毒者的家人获得关于吸毒病症及其治疗，以及关于获得家庭和照料者支持群体及其他社会资源的正确信息也很重要。

[解说栏开始

健康权和强制戒毒治疗

自愿（知情同意）是接受任何治疗的先决条件，包括吸毒病症治疗。强制戒毒治疗可定义为强制个人（通常是但不一定是吸毒成瘾者）参加戒毒治疗方案，这种方案通常是非自愿的，需要住院，并以戒毒为基础，属于更广泛的以刑事司法为导向的毒品问题应对措施。^a

强制治疗有别于作为非监禁刑罚或其他刑事处罚提供的治疗。^a 鉴于接受治疗的决定是在监禁威胁下做出的，这种治疗可被称为胁迫治疗，但与强制治疗不同的是，即使选择受限，也可以选择拒绝治疗。

自愿治疗也可以说是受到压力和劝说的影响。^b

关于强制戒毒治疗，对其进行评估的科学文献有限。然而，已发表的证据总体上未表明结果有所改善，而一些研究则表明这种干预措施可能会造成危害。^a

强制治疗侵犯吸毒病症者的知情同意权^c及其人身自由和安全权。

麻管局还指出，“尽管一些联合国机构于 2012 年发出呼吁，但世界上许多国家仍保留着对吸毒病症患者进行治疗的强制制度”。麻管局呼吁，“尚未这样做的会员国，在戒毒治疗和康复中，将工作重点从针对吸毒者的强制和非自愿治疗服务转为非监禁刑罚和惩罚的替代服务”。^d

^a Dan Werb 等，“强制戒毒治疗的有效性：系统性综述”，《国际药物政策杂志》，第 28 卷（2016 年 2 月），第 1-9 页。

^b 毒品和犯罪问题办公室，《从胁迫到聚合：通过保健而非惩罚来治疗吸毒成瘾》。《讨论文件》，（联合国，2010 年 10 月）。

^c 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”，第 14 号一般性意见、第二十二届会议、议程项目 3（日内瓦：经济及社会理事会，2000 年 5 月）。

^d 国际麻醉品管制局，2023 年年度报告，E/INCB/2023/1（联合国，2024 年 3 月）。

解说栏结束]

健康权的另一个关键元素是一个人在同意情况下接受治疗。¹¹⁹ 这要求吸毒病症患者在自愿治疗开始之前，做出知情同意的决定，并要求得到保证，可以随时退出治疗。¹²⁰ 如上所述，只有在患者收到上述所有相关信息之后，才能给予知情同意。此外，接受戒毒治疗服务者的健康数据保密和匿名合乎医疗伦理道德，在任何阶段都不得违背，除非外来情况需要，经过正当程序和应尽义务，才能公布接受戒毒治疗者的部分信息。

第四个维度：确保实现健康权方面公平和不歧视

对吸毒者和吸毒病症患者的污名化与歧视现象十分普遍，对获得保健服务构成了主要障碍。^{121, 122, 123} 吸毒者可能无法获得卫生保健和其他重要的社会服务，接受糟糕的治疗和

错误的建议，或接受卫生保健受阻，^{124, 125} 这表明歧视与健康结果之间存在明显的关系，因此也与人们的健康权有关。

污名化会导致对个人的全面非人化和诋毁，吸毒者通常被贴上道德有失、“瘾君子”和“社会恶棍”的标签，¹²⁶ 给那些无法自己做决定的人塑造了刻板印象。污名化与歧视使吸毒者进一步被边缘化，并表现为这些人遭到社会排斥，无法获得卫生保健和戒毒服务，或普遍受到恶劣对待。^{127, 128} 这使他们更有可能遭受对公共健康和社会造成的不良后果、遭到暴力和虐待以及国家行为体和其所在社区内个人的虐待。当这种污名化与其他被污名化的身份交织在一起时，污名化就会变得更加严重。^{129, 130} 与男性相比，妇女在健康和社会方面更为脆弱，这也造成了在获得戒毒治疗服务方面存在性别差异。¹³¹ 在使用毒品的妇女、少数群体和其他人口群体中，遭受污名化和相关性暴力以及警察或其他服务提供者的身体虐待和性虐待的现象高发。^{132, 133}

吸毒者可能会被贴上各种标签，这加重了对他们的污名化，减少了他们获得卫生保健的机会，“有心理健康问题和社会心理残疾的人通常被认为没有能力做出决定”，¹³⁴ 被视为“道德败坏”。¹³⁵

第五个维度：确保切实参与所有与健康相关的决定，以解决与毒品使用相关的问题

经济、社会及文化权利委员会阐明，¹³⁶ 确保所有受毒品使用影响者的健康权意味着要确保其参与进来，确保他们在为应对毒品使用问题而做出的所有决定中有发言权。

然而，正如科学文献指出，设计可测试切实参与对随后的健康结果的影响的研究（如随机对照试验）非常困难。¹³⁷ 考察个人健康结果与个人亲身参与其医疗保健决策之间关系的研究也是如此。¹³⁸ 尽管面临科学挑战，不过有证据表明，特定情况下，健康结果改善和参与之间具有相关性。一项系统性综述显示，广泛证据表明，社区参与对健康有积极影响。¹³⁹ 该综述表明，参与社区倡议，如健康干预措施的规划和交付，能够促进目标社区的参与，同时增加社区参与也可以通过增加当地就业服务来应对健康结果的社会决定因素。¹⁴⁰ 值得注意的是，切实参与是基于权利的方法中的一个重要元素，能够促进包容、尊严和尊重。

文献表明，在制定针对吸毒者、所有受毒品使用影响的人和其他社区利益攸关方的政策和行动方案的过程中，将这些人纳入，能够降低质量低下、知情不足和被污名化的应对措施的可能性。^{141, 142, 143} 吸毒者和受毒品使用问题影响者有时最能确定其社区的需求以及哪类方法有效；他们的参与能够防止带有偏见的应对措施造成污名化或误解，¹⁴⁴ 还可以促进合作和对基于健康的解决方案的“所有权”，并最终增加成功的机会。¹⁴⁵ 代表地方社区的民间社会组织参与制定国家政策，有助于确保这些政策在文化上相关并为公众所接受。¹⁴⁶

制定评估健康权方法的可计量指标

向会员国提供指标，评估它们如何促进与毒品使用有关的健康权，能够提供有效的问责和监督。

本章所述组成部分和维度可作为一个起点。

任何相关指标都应具体、可计量、可实现/适当/可归因、相关、有时限。

就最合适和最相关的指标开展进一步对话可能是有益的，应特别关注会员国数据收集的时限性和可行性。

注释和参考文献

- 1 《世界人权宣言》第二十五条规定，人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，并有权享受社会保障。
- 2 《消除一切形式种族歧视国际公约》第五条（辰）项第（4）目保证法律面前人人平等的权利，享有公共卫生、医药照顾、社会保障及社会服务的权利。
- 3 《经济社会文化权利国际公约》第十二条指出，人人有权享受可能达到之最高标准之身体与精神健康。
- 4 《消除对妇女一切形式歧视公约》第十二条规定，缔约国有义务采取适当措施以消除在保健方面对妇女的歧视。
- 5 《儿童权利公约》第 24 条确认儿童有权享有可达到的最高标准的健康。
- 6 《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》第 43 条(e)项保障在享受社会和保健服务方面享有与就业国国民同等待遇的权利。
- 7 《残疾人权利公约》第二十五条确认，残疾人有权享有可达到的最高健康标准，不受基于残疾的歧视，并规定缔约国有义务提供可负担的优质保健服务。
- 8 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”、第 14 号一般性意见、第二十二届会议、议程项目 3（日内瓦：经济及社会理事会，2000 年 5 月）。
- 9 联合国，《世界人权宣言》，大会第 217A 号决议（巴黎，1948 年 12 月 10 日）。
- 10 联合国，《经济社会文化权利国际公约》，大会第 2200A (XXI)号决议，1966 年通过，1976 年生效。
- 11 联合国，《公民及政治权利国际公约》，大会第 2200A (XXI)号决议，1966 年通过，1976 年生效。
- 12 联合国，《儿童权利公约》，1989 年通过，1990 年生效。
- 13 世卫组织，《世界卫生组织组织法》，1946 年。
- 14 世卫组织，《阿拉木图宣言》（国际初级卫生保健会议，阿拉木图，苏联，1978 年）。
- 15 世卫组织，“人权与健康”，未注明日期。
- 16 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”。
- 17 联合国，经《1972 年议定书》修正的《1961 年麻醉品单一公约》。
- 18 联合国，《1971 年精神药物公约》。
- 19 全民健康覆盖的核心价值还在于，促进和保护健康不受歧视，包括不分年龄、族裔群体、种族、生理性别、社会性别、性取向、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、经济地位、家世或任何其他状况。
- 20 联合国，《经济社会文化权利国际公约》。
- 21 联合国，《儿童权利公约》。
- 22 联合国，《消除一切形式种族歧视国际公约》，联合国大会第 2106 (XX)号决议，1965 年 12 月 21 日。
- 23 联合国，《消除对妇女一切形式歧视公约》，大会第 34/180 号决议，1979 年通过，1981 年生效。
- 24 缔约国有义务尊重健康权，特别是不能剥夺或限制所有人得到预防、治疗和减轻痛苦的卫生服务的平等机会，包括囚犯和被拘留者、少数群体、寻求庇护者和非法移民；不得作为一项国家政策采取

歧视性做法；也不得对妇女的健康状况和需要推行歧视性做法。（经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利”，第14号一般性意见，第34段，2000年。

- 25 毒品和犯罪问题办公室，“第四分册。毒品与年龄：青少年和老年人中的吸毒及相关问题”，《2018年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2018年）。
- 26 毒品和犯罪问题办公室，《2022年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2022年）。
- 27 毒品和犯罪问题办公室，“第二分册。当代毒品问题”，载于《2023年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2023年）。
- 28 毒品和犯罪问题办公室，《2022年世界毒品问题报告》。
- 29 毒品和犯罪问题办公室，“主要发现和结论”，载于《2024年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2024年）。
- 30 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》（日内瓦，2020年）。
- 31 毒品和犯罪问题办公室，“第二分册。“全球毒品供需情况综述”，《2022年世界毒品问题报告》第43页，涉及世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和艾滋病规划署编写的综合一揽子干预措施中所包括的九项干预措施的实施情况，“指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南”（日内瓦：世界卫生组织，2012年）。
- 32 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《关于预防吸毒的国际标准——第二次增订版》（维也纳，2018年）。
- 33 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》。
- 34 艾滋病规划署，《终结艾滋病的道路：艾滋病规划署2023年全球艾滋病最新情况》（日内瓦：联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署，2023年）。
- 35 世界卫生组织，“世界毒品问题的公共卫生层面：世卫组织如何努力防止毒品滥用、减少伤害并改善安全获取药物的途径”（日内瓦，2019年）。
- 36 毒品和犯罪问题办公室的计算基于世界银行按收入水平对各国的分类以及麻管局的下列报告：《2023年麻醉药品》（E/INCB/2023/2）；以及《2023年精神药物》（E/INCB/2023/3）。
- 37 毒品和犯罪问题办公室，“主要发现和结论”，载于《2024年世界毒品问题报告》（联合国出版物，2024年）。
- 38 Sachiko Ozawa 等，“低收入和中等收入国家不合格和伪造药物的流行率和预估经济负担：系统综述和荟萃分析”，《美国医学会杂志—网络公开版》，第1卷，第4期（2018年8月10日），文章编号：e181662。
- 39 Jamec Ahmed 等，“关于网上供应不合格和伪造药物的批判性综述：发生率、挑战与看法”，《药物获取杂志》，第6卷（2022年1月），文章编号：239920262210745。
- 40 Brian T. Bateman 和 Niteesh K. Choudhry，“限制阿片类药物处方的持续时间：平衡过度处方和有效疼痛治疗”，《美国医学会杂志—内科学》，第176卷，第5期（2016年5月1日）：第583-584页。
- 41 Axel Klein、Sudhanshu Patwardhan 和 Maria Goretti Ane Loglo，“美国阿片类危机与西非处方药滥用/使用之间的区别和共性”，《国际药物政策杂志》，第76卷（2020年2月1日），文章编号：102640。
- 42 Felicia M. Knaul 等，“《柳叶刀》姑息治疗和疼痛缓解委员会：发现、建议和未来方向”，《柳叶刀·全球健康》，第6卷，2018年多伦多世界癌症控制大会（2018年3月1日）：第S5-S6页。

- 43 Marco Antônio Marchetti Calônego 等, “传播消息: 有两次阿片类危机!”, 《药物》, 第 80 卷, 第 12 期 (2020 年 8 月 1 日): 第 1147-1154 页。
- 44 Alexandre Arthur Guerin 和 Jee Hyun Kim, “美国成年人开始使用可卡因或甲基苯丙胺的年龄及其相关因素: 2005-2018 年美国国家健康和营养检查调查的结果”, 《国际环境研究与公共健康杂志》, 第 18 卷, 第 22 期 (2021 年 11 月 22 日), 文章编号: 12259。
- 45 Ralph W. Hingson、Timothy Heeren 和 Michael R. Winter, “开始饮酒的年龄与酒精依赖: 开始饮酒的年龄、持续时间和严重程度”, 《儿科学与青少年疾病文献集》, 第 160 卷, 第 7 期 (2006 年 7 月 1 日): 第 739-746 页。
- 46 Leen Naji 等, “开始使用阿片类的年龄与接受美沙酮维持治疗的阿片类药物依赖患者的合并症之间的相关性”, 《成瘾科学与临床实践》, 第 12 卷, 第 1 期 (2017 年 3 月 28 日), 文章编号: 9。
- 47 Emily Stockings 等, “年轻人中药物使用的预防、早期干预措施、减少伤害和治疗”, 《柳叶刀·精神病学》, 第 3 卷, 第 3 期 (2016 年 3 月): 第 280-296 页。
- 48 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室, 《关于预防吸毒的国际标准——第二次增订版》。
- 49 应注意到, 虽然一些证据来自预防酒精使用和酒精使用病症, 但这些都是毒品使用和吸毒病症的前体。
- 50 Stockings 等, “年轻人中药物使用的预防、早期干预措施、减少伤害和治疗”。
- 51 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《欧洲预防课程: 基于科学的药物使用预防中决策者、意见制定者和政策制定者手册》(里斯本, 2019 年)。
- 52 Fabrizio Faggiano 等, “普遍基于学校的非法毒品使用预防”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 12 期 (2014 年)。
- 53 Heng Jiang 等, “估量和预防亚洲国家年轻人中的酒精使用和相关危害: 专题综述”, 《全球健康研究与政策》, 第 3 卷, 第 1 期 (2018 年 5 月 9 日), 文章编号: 14。
- 54 Eileen Fs Kaner 等, “初级保健人群中短期酒精干预措施的有效性”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 2 卷, 第 2 期 (2018 年 2 月 24 日), 文章编号: CD004148。
- 55 Oghenechuko Andrew Saba、Corina Weir 和 Magaly Aceves-Martins, “撒哈拉以南非洲儿童和年轻人的药物使用预防干预措施: 系统性综述”, 《国际药物政策杂志》, 第 94 卷 (2021 年 8 月 1 日), 文章编号: 103251。
- 56 Emily Stockings 等, “全社区减少酒精和其他毒品使用带来的人口一级危害的干预措施: 系统性综述和荟萃分析”, 《成瘾》, 第 113 卷, 第 11 期 (2018 年): 第 1984-2018 页。
- 57 Nicola C. Newton 等, “气候和风险预测研究的普遍大麻结果: 一项群集随机对照试验”, 《药物滥用: 治疗、预防和政策》, 第 13 卷, 第 1 期 (2018 年 12 月), 文章编号: 34。
- 58 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室, 《关于预防吸毒的国际标准——第二次增订版》。
- 59 经济、社会及文化权利委员会, “《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题: 享有能达到的最高标准健康的权利 (《经济社会文化权利国际公约》第十二条)”, 第 14 号一般性意见、第二十二届会议、议程项目 3 (日内瓦: 经济及社会理事会, 2000 年 5 月)。
- 60 毒品和犯罪问题办公室, 《2020 年世界毒品问题报告》(联合国出版物, 2020 年)。
- 61 Nason Maani 等, “让健康问题的商业决定因素走出阴影: 回顾概念框架中如何体现商业决定因素”, 《欧洲公共健康杂志》, 第 30 卷, 第 4 期 (2020 年 8 月 1 日): 第 660-664 页。
- 62 世界卫生组织, “健康问题商业决定因素——全球”, 2023 年。

- 63 Jason Grebely 等, “阿片类激动剂治疗与注射吸毒者感染丙型肝炎的检测、接受治疗和治疗结果之间的相关性: 系统性综述和荟萃分析”, 《临床传染病》, 第 73 卷, 第 1 期 (2021 年 7 月 1 日): 第 e107-e118 页。
- 64 Richard P. Mattick 等, “美沙酮维持疗法与阿片类依赖性的非阿片类替代疗法”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 3 期 (2009 年)。
- 65 Suzanne Nielsen、Wai Chung Tse 和 Briony Larance, “针对依赖药用阿片类患者的阿片类激动剂治疗”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 9 期 (2022 年)。
- 66 Thomas Santo Jr 等, “阿片类激动剂治疗与依赖阿片类患者全因死亡率和特定死亡原因的相关性: 系统性综述和荟萃分析”, 《美国医学会杂志—精神病学》, 第 78 卷, 第 9 期 (2021 年 9 月 1 日): 第 979-993 页。
- 67 Michael Fairley 等, “阿片类使用病症治疗的成本效益”, 《美国医学会杂志—精神病学》, 第 78 卷, 第 7 期 (2021 年 7 月 1 日): 第 767-777 页。
- 68 Dominique de Andrade 等, “药物使用病症患者接受住院治疗服务的有效性: 系统性综述”, 《药物和酒精依赖》, 第 201 卷 (2019 年 8 月 1 日): 第 227-235 页。
- 69 Lynne Magor-Blatch 等, “对治疗社区有效性研究的系统性综述”, 《治疗社区》, 第 35 卷, 第 4 期 (2014 年): 第 168-184 页。
- 70 Lesley A. Smith、Simon Gates 和 David Foxcroft, “吸毒相关病症治疗社区”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 1 期 (2006 年)。
- 71 Rosemarie Schwenker 等, “减少药物使用的动机访谈”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 12 卷, 第 12 期 (2023 年 12 月 12 日), 文章编号: CD008063。
- 72 Sonali Jhanjee, “药物使用中的循证社会心理干预措施”, 《印度心理医学杂志》, 第 36 卷, 第 2 期 (2014 年): 第 112-118 页。
- 73 也被称为十二步计划, 如世界匿名戒毒服务机构。
- 74 John F. Kelly、Keith Humphreys 和 Marica Ferri, “嗜酒者互诫协会和其他酒精使用病症的十二步计划”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 3 期 (2020 年)。
- 75 John Strang 等, “毒品政策与公共利益: 有效干预措施的证据”, 《柳叶刀》, 第 379 卷, 第 9810 期 (2012 年 1 月 7 日): 第 71-83 页。
- 76 Steven J Shoptaw 等, “苯丙胺戒断治疗”, Cochrane 毒品和酒精问题组编辑, 《Cochrane 系统综述数据库》, 2009 年 4 月 15 日。
- 77 Angelika Zankl 等, “新生儿阿片类戒断的阿片类治疗”, Cochrane 新生儿问题组编辑, 《Cochrane 系统综述数据库》, 2021 年, 第 7 期 (2021 年 7 月 7 日)。
- 78 Myriam Beaulieu 等, “对药物使用病症长期治疗和支持疗效的系统性综述和荟萃分析”, 《科学与医学》, 第 285 卷 (2021 年 9 月 1 日), 文章编号: 114289。
- 79 Donna Fitzpatrick-Lewis 等, “有效的干预措施, 改善无家可归者的健康和住房状况: 快速系统性综述”, 《BMC 公共健康》, 第 11 卷, 第 1 期 (2011 年 8 月 10 日), 文章编号: 638。
- 80 Mehrnoosh Inanlou 等, “成瘾恢复: 系统性综述”, 《伊朗精神病学杂志》, 第 15 卷, 第 2 期 (2020 年 4 月): 第 172-181 页。
- 81 Navin Kumar 等, “社会网络支持在阿片类使用病症治疗结果中的作用: 系统性综述”, 《药物滥用治疗杂志》, 第 127 卷 (2021 年 8 月 1 日), 文章编号: 108367。
- 82 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室, 《国际吸毒病症治疗标准: 纳入实地检测结果的修订版》。

- 83 Samantha Colledge 等, “注射吸毒者的注射频率: 系统性综述和荟萃分析”, 《国际药物政策杂志》, 第 76 卷 (2020 年 2 月 1 日), 文章编号: 102619。
- 84 Louisa Degenhardt 等, “注射吸毒的全球流行率及艾滋病毒、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒的社会人口学特征以及注射吸毒者中的流行率: 多阶段系统性综述”, 《柳叶刀·全球健康》, 第 5 卷, 第 12 期 (2017 年 12 月): 第 e1192-e1207 页。
- 85 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和艾滋病规划署, 《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南》。
- 86 Angela K. Clark、Christine M. Wilder 和 Erin L. Winstanley, “社区阿片类过量预防和纳洛酮分配方案的系统性综述”, 《成瘾医学杂志》, 第 8 卷, 第 3 期 (2014 年): 第 153-163 页。
- 87 Don C. Des Jarlais 等, “针对低收入和中等收入国家中注射吸毒者的针头和针筒高覆盖方案: 系统性综述”, 《BMC 公共健康》, 第 13 卷, 第 1 期 (2013 年 1 月 19 日): 第 53 页。
- 88 Behzad Hajarizadeh 等, “澳大利亚监狱中丙型肝炎治疗与预防的评估工作 (SToP-C): 一项前瞻性队列研究”, 《柳叶刀·胃肠病和肝病》, 第 6 卷, 第 7 期 (2021 年 7 月): 第 533-546 页。
- 89 Brianna Lindsay 等, “初步实施对赞比亚被监禁者的艾滋病毒接触前预防: 一项跨部门的观察性研究”, 《柳叶刀·艾滋病》, 第 10 卷, 第 1 期 (2023 年 1 月 1 日): 第 e24-e32 页。
- 90 Georgina J. MacArthur 等, “防止注射吸毒者感染艾滋病毒和丙型肝炎的干预措施: 审查综述, 以评估证据的有效性”, 《国际药物政策杂志》, 第 25 卷, 第 1 期 (2014 年 1 月 1 日): 第 34-52 页。
- 91 Eamon O Murchu 等, “口服艾滋病毒接触前预防用药 (PrEP) 以预防艾滋病毒: 对所有人群临床有效性、安全性、依从性和风险补偿的系统性综述和荟萃分析”, 《BMJ Open》, 第 12 卷, 第 5 期 (2022 年 5 月 11 日), 文章编号: e048478。
- 92 D. O’Keefe 等, “低收入和中等收入国家中的注射吸毒情况: 改善护理和预防伤害的机会”, 《病毒性肝炎杂志》, 第 24 卷, 第 9 期 (2017 年): 第 714-724 页。
- 93 Charles I. Okwundu、Olalekan A. Uthman 和 Christy AN Okoromah, “抗逆转录病毒接触前预防 (PrEP) 用于预防高危人群中的艾滋病毒”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 7 期 (2012 年)。
- 94 Lucy Platt 等, “针头和针筒方案和阿片类替代疗法用于预防注射吸毒者中的丙型肝炎传播”, 《Cochrane 系统综述数据库》, 第 9 期 (2017 年)。
- 95 世卫组织, 《重点人群艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染预防、诊断、治疗和护理综合准则》(世界卫生组织, 2022 年)。
- 96 Javier A. Cepeda 等, “实施和扩大减少伤害和抗逆转录病毒疗法对两个俄罗斯城市注射吸毒者中艾滋病毒流行率和死亡率以及吸毒过量致死的潜在影响: 一项建模研究”, 《柳叶刀·艾滋病》, 第 5 卷, 第 10 期 (2018 年 10 月 1 日): 第 e578-e587 页。
- 97 Samantha College-Frisby 等, “干预措施全球覆盖, 防止和管理注射吸毒者中的毒品相关危害: 系统性综述”, 《柳叶刀·全球健康》, 第 11 卷, 第 5 期 (2023 年 5 月 1 日): 第 e673-e683 页。
- 98 Sarah Larney 等, “全球、区域和国家各级的干预措施覆盖, 预防和管理注射吸毒者感染艾滋病毒和丙型肝炎: 系统性综述”, 《柳叶刀·全球健康》, 第 5 卷, 第 12 期 (2017 年 12 月): 第 e1208-e1220 页。
- 99 Christine E. Grella 等, “戒毒治疗服务是否能预测儿童福利机构中母亲及其子女的团聚结果?”, 《药物滥用治疗杂志》, 第 36 卷, 第 3 期 (2009 年 4 月): 第 278-293 页。
- 100 Mireia Jofre-Bonet 和 Jody L. Sindelar, “戒毒治疗作为打击犯罪的工具”, 《心理健康政策与经济学杂志》, 第 4 卷, 第 4 期 (2001 年 12 月 1 日): 第 175-178 页。
- 101 Katy R. Holloway、Trevor H. Bennett 和 David P. Farrington, “戒毒治疗方案在减少犯罪行为方面的有效性: 荟萃分析”, 《Psicothema》, 第 18 卷, 第 3 期 (2006 年 8 月): 第 620-629 页。

- 102 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》。
- 103 同上。
- 104 同上。
- 105 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”。
- 106 Stefan Enggist 等，编辑，《监狱与健康》（哥本哈根：世界卫生组织，2014年）。
- 107 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织，《监狱和其他封闭环境中人员的艾滋病毒、病毒性肝炎和性传播感染预防、诊断、治疗和护理的建议—揽子干预措施》（世界卫生组织，2023年）。
- 108 毒品和犯罪问题办公室，《预防监狱中艾滋病毒母婴传播：技术指南》（联合国，2020年）。
- 109 同上。
- 110 Eugene T Richardson 等，“性别不平等与艾滋病毒传播：全球分析”，《国际艾滋病学会杂志》，第17卷，第1期（2014年），文章编号：19035。
- 111 艾滋病规划署，“对国家艾滋病毒应对措施进行基于权利的监测和评估”，2019年。
- 112 Olivia Silber Ashley、Mary Ellen Marsden 和 Thomas M. Brady，“药物滥用治疗规划对妇女的有效性：综述”，《美国药物和酒精滥用杂志》，第29卷，第1期（2003年1月1日）：第19-53页。
- 113 Shelly F. Greenfield 等，“妇女接受药物滥用治疗的开始、维持和结果：文献综述”，《药物和酒精依赖》，第86卷，第1期（2007年1月）：第1-21页。
- 114 Pieter Baker 等，“治安做法与注射吸毒者感染艾滋病毒的风险”，《流行病学评论》，第42卷，第1期（2020年11月13日）：第27-40页。
- 115 Kora DeBeck 等，“注射吸毒者感染艾滋病毒和毒品使用犯罪化：系统性综述”，《柳叶刀·艾滋病》，第4卷，第8期（2017年8月1日）：第e357-e374页。
- 116 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》。
- 117 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”。
- 118 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》。
- 119 经济、社会及文化权利委员会，“《经济社会文化权利国际公约》执行过程中出现的实质性问题：享有能达到的最高标准健康的权利（《经济社会文化权利国际公约》第十二条）”。
- 120 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室，《国际吸毒病症治疗标准：纳入实地检测结果的修订版》。
- 121 Camila Couto E Cruz 等，“歧视注射吸毒者的精神和身体健康相关性：系统性综述”，《酒精和毒品研究杂志》，第79卷，第3期（2018年5月）：第350-360页。
- 122 R. Hammarlund 等，“自我污名化和感知的社会污名化对药物和酒精使用病症患者寻求治疗决定的影响综述”，《药物滥用与康复》，第9卷（2018年）：第115-136页。
- 123 Charlie Lloyd，“问题吸毒者的污名化：叙述性文献综述”，《毒品：教育、预防与政策》，第20卷，第2期（2013年）：第85-95页。
- 124 Jakob Manthey 等，“药物使用病症患者污名化的国际视角”，载于《药物使用病症污名化》，Georg Schomerus 和 Patrick William Corrigan 编辑，第一版（剑桥大学出版社，2022年），第107-143页。
- 125 Leonieke C. Van Boekel 等，“卫生专业人员对药物使用病症患者的污名化及其对卫生保健交付的后果：系统性综述”，《药物和酒精依赖》，第131卷，第1-2期（2013年7月）：第23-35页。

- 126 Gideon Lasco 和 Lee Edson Yarcia, “菲律宾戒毒政策”, 《健康与人权》, 第 24 卷, 第 1 期 (2022 年 6 月): 第 147-158 页。
- 127 Pranee Liamputtong 和 Zoe Sanipreeya Rice, “污名化、歧视和社会排斥”, 载于《社会包容手册: 健康和社会科学的研究和实践》, Pranee Liamputtong 编辑 (Cham: 施普林格出版公司, 2020 年), 第 1-17 页。
- 128 Robin Room, “污名化、社会不平等与酒精和毒品使用”, 《药物与酒精评论》, 第 24 卷, 第 2 期 (2005 年): 第 143-155 页。
- 129 Daniel Dittrich 和 Georg Schomerus, “药物使用病症中的交叉污名化”, 载于《药物使用病症污名化》, Georg Schomerus 和 Patrick William Corrigan 编辑, 第一版 (剑桥大学出版社, 2022 年), 第 88-106 页。
- 130 Caitlin H. Douglass 等, “与移民和少数民族群体中的酒精和其他毒品使用相关的污名化: 定性研究系统性综述结果”, 《移民和少数民族健康杂志》, 第 25 卷, 第 6 期 (2023 年 12 月 1 日): 第 1402-1425 页。
- 131 Antoinette L. Spector 等, “对阿片类使用病症妇女患者寻求药物使用病症治疗的定性研究: 疾病共生和结构性暴力的作用”, 《SSM——健康问题定性研究》, 第 1 卷 (2021 年 12 月), 文章编号: 100014。
- 132 S.A. Meyers 等, “性别和毒品使用相关污名化的交叉点: 混合方法系统性综述和文献综述”, 《药物和酒精依赖》, 第 223 卷 (2021 年 6 月), 文章编号: 108706。
- 133 艾滋病规划署, “不伤害: 健康、人权与吸毒者”。
- 134 世界卫生组织与联合国人权事务高级专员办事处, “精神健康、人权和立法指导与实践” (世界卫生组织和联合国, 2023 年)。
- 135 世卫组织与毒品和犯罪问题办公室, 《国际吸毒病症治疗标准: 纳入实地检测结果的修订版》。
- 136 如经济、社会及文化权利委员会第 14 号一般性意见所述, “一个重要方面是人民参与社区、国家和国际各级与健康相关的所有决策”。
- 137 S. B. Rifkin, “研究社区参与和健康结果之间的联系: 文献综述”, 《卫生政策和规划》, 第 29 卷, 增刊第 2 期 (2014 年 9 月 1 日): 第 ii98-ii106 页。
- 138 Marla L. Clayman 等, “患者参与对医疗接触中健康决定的影响: 系统性综述”, 《医疗决策》, 第 36 卷, 第 4 期 (2016 年 5 月): 第 427-452 页。
- 139 Victoria Haldane 等, “保健服务发展、实施和评估中的社区参与: 赋权、健康、社区和过程结果的系统性综述”, 《公共科学图书馆: 综合》, 第 14 卷, 第 5 期 (2019 年 5 月 10 日), 文章编号: e0216112。
- 140 同上。
- 141 Scott E. Bernstein 等, “监管项目: 让公众参与毒品法律监管的工具”, 《国际药物政策杂志》, 第 86 卷 (2020 年 12 月 1 日), 文章编号: 102949。
- 142 Annie Madden 等, “合法化: 联合国毒品政策背景下的吸毒者代表”, 《国际药物政策杂志》, 第 87 卷 (2021 年 1 月 1 日), 文章编号: 103014。
- 143 Alison Ritter、Kari Lancaster 和 Rosalyn Diprose, “改进毒品政策: 更广泛民主参与的可能性”, 《国际药物政策杂志》, 第 55 卷 (2018 年 5 月 1 日): 第 1-7 页。
- 144 Kari Lancaster、Kate Seear 和 Alison Ritter, “减少对有问题的酒精和其他毒品使用者的污名化与歧视” (悉尼: 毒品政策模拟方案和国家毒品和酒精研究中心, 新南威尔士大学, 2017 年)。

- 145 Flavia Bustreo 和 Curtis F. J. Doebbler, “对健康采取基于权利的方法”, 载于《全球健康与人权基础》, Flavia Bustreo 和 Curtis F. J. Doebbler (牛津大学出版社, 2020年), 第 89-110 页。
- 146 Gideon Lasco, “减少伤害的非殖民化”, 《减少伤害杂志》第 19 卷, 第 1 期 (2022 年 2 月 3 日), 文章编号: 8。

词汇表

苯丙胺类兴奋剂——依据《1971 年精神药物公约》实行管制的合成兴奋剂组成的一类物质，包括苯丙胺、甲基苯丙胺、甲卡西酮和“摇头丸”类物质（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺及其类似物）。

苯丙胺——一组苯丙胺兴奋剂，包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

年度流行率——在过去一年中至少使用过一次某种毒品的特定年龄段总人数除以该特定年龄段的人数得出的数值，以百分比表示。

古柯糊（又称古柯碱）——古柯树叶的提取物。对古柯糊进行提纯可得到可卡因（碱和盐酸盐）。

“快克”可卡因——通过转化过程从盐酸可卡因获得并使之适于吸食的可卡因碱。

可卡因盐——盐酸可卡因。

毒品使用——出于非医疗和非科学目的使用受控精神活性物质，另有说明者除外。

芬太尼——芬太尼及其类似物。

新精神活性物质——不受《1961 年麻醉品单一公约》或《1971 年公约》管制、但可能对公共健康构成威胁的滥用物质，不论是纯药物还是制剂。此处的“新”并非一定是指新发明的物质，而是也指新近才出现的物质。

阿片剂——阿片类药物的一个子类，囊括从罂粟植物中提取的各种产品，包括鸦片、吗啡和海洛因。

阿片类药物——一个通用术语，既指阿片类药物及其合成类似物（主要是处方或医药用阿片类药物），也指在体内合成的化合物。

问题吸毒者——高风险毒品消费者。例如注射吸毒者、每天使用毒品的人和（或）那些按照美国精神病学学会《精神疾病诊断与统计手册》（第五版）和世界卫生组织《疾病及相关健康问题国际分类》（第十版）所列临床标准被诊断为有吸毒病症（有害使用毒品或吸毒成瘾）的人。

吸毒病患者/有吸毒病症者——吸毒者的一个亚群体。以有害方式使用物质和对物质的依赖性吸毒病症的两种特征。有吸毒病症者需要得到治疗、保健服务和社会关怀以及康复护理。

有害使用药物——《疾病及相关健康问题国际分类》（第十版）将此种行为定义为有害于身心健康的药物使用模式。

依赖性——《疾病及相关健康问题国际分类》（第十版）将依赖性定义为一组生理、行为和认知现象，这些现象在反复使用药物后发展起来，通常包括强烈的服药欲望、难以控制药物使用、不顾有害后果仍坚持使用药物、对药物使用的重视程度高于其他活动和义务、耐受性增加，有时还出现身体戒断状态。

药物使用或吸毒病症——在《精神疾病诊断与统计手册》（第五版）中指的是，尽管因使用药物而在日常生活中遇到问题或损害，但仍反复使用某种药物而产生的症状模式。根据确定的症状数量，药物使用病症可能是轻度、中度或重度。

预防吸毒和治疗吸毒病症——“预防吸毒”的目的是防止或延迟吸毒的开始及其向罹患吸毒病症的过渡。一旦身体出现吸毒病症，便需进行治疗、护理和康复。

区域分组

《世界毒品问题报告》中使用了若干区域和次区域名称。这些并非官方名称，兹定义如下：

非洲

- > 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、南苏丹、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和马达加斯加
- > 北非：阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥、苏丹和突尼斯
- > 南部非洲：安哥拉、博茨瓦纳、斯威士兰、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、南非、赞比亚、津巴布韦和留尼汪岛
- > 西非和中非：贝宁、布基纳法索、佛得角、喀麦隆、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、多哥和圣赫勒拿岛

美洲

- > 加勒比：安提瓜和巴布达、巴哈马、巴巴多斯、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、安圭拉、阿鲁巴、荷属博奈尔岛、英属维尔京群岛、开曼群岛、库拉索岛、瓜德罗普岛、马提尼克岛、蒙特塞拉特、波多黎各、荷属萨巴岛、荷属圣尤斯特歇斯岛、圣马丁岛、特克斯和凯科斯群岛，以及美属维尔京群岛
- > 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、美利坚合众国、百慕大、格陵兰岛、圣皮埃尔岛和密克隆岛
- > 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、委内瑞拉玻利瓦尔共和国和福克兰群岛（马尔维纳斯）

亚洲

- > 中亚和外高加索：亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦
- > 东亚和东南亚：文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、日本、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡、泰国、东帝汶、越南、中国香港、中国澳门和中国台湾省
- > 近东和中东：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国、也门和巴勒斯坦国
- > 南亚：孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫、尼泊尔和斯里兰卡
- > 西南亚：阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦

欧洲

- > 东欧：白罗斯、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、北马其顿、罗马尼亚、塞尔维亚、土耳其和科索沃¹
- > 西欧和中欧：安道尔、奥地利、比利时、塞浦路斯、捷克、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、荷兰王国、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、大不列颠及北爱尔兰联合王国、法罗群岛、直布罗陀和罗马教廷

大洋洲

- > 澳大利亚和新西兰：澳大利亚和新西兰
- > 波利尼西亚：库克群岛、纽埃、萨摩亚、汤加、图瓦卢、法属波利尼西亚、托克劳以及瓦利斯群岛和富图纳群岛
- > 美拉尼西亚：斐济、巴布亚新几内亚、所罗门群岛、瓦努阿图和新喀里多尼亚
- > 密克罗尼西亚：基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚（联邦）、瑙鲁、帕劳、关岛和北马里亚纳群岛

¹ 凡提及科索沃之处均应理解为遵守安全理事会第 1244 (1999)号决议。

通讯地址：Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria
联系电话：+(43)(1) 26060-0；传真：+(43)(1) 26060-5866；网站：www.unodc.org/

《世界毒品问题报告》是有关毒品市场、趋势和政策发展动态的全球参考资料，提供了丰富的数据和分析，并且 2024 年报告包括针对不同受众的多项内容。在基于网络的**毒品市场模式和趋势**模块中，以对用户友好和互动的形式，辅之以图表、信息统计图表和示图，分析了全球、区域和次区域各级对毒品供求状况的最新估计和趋势。**主要发现和结论**分册概述了**毒品市场模式和趋势**模块和《当代毒品问题》专题分册分析中的部分发现，而《特别关注问题》分册则为从这些发现中得出的主要结论和政策影响提供了一个框架。

除了深入分析选定毒品市场的主要发展动态和新趋势外，《当代毒品问题》分册还探讨了与政策相关的其他若干发展动态。本分册首先介绍了塔利班 2022 年颁布的阿富汗毒品种植、生产和贩运禁令及其对阿富汗国内以及其他地区过境市场和目的地市场的影响。随后一章探讨了毒品贩运和其他活动交织及其如何影响东南亚金三角地区的自然生态系统和社区。本章还评估了毒品生产和贩运与挑战法治和助长冲突的其他非法经济的关联程度。另一章分析了在考虑市场参与者的性别和年龄时，合成毒品的供应和需求动态如何变化。本分册还介绍了不同国家对非医疗用途大麻市场的最新管制方法及非医疗用途大麻合法化的影响，并审查了广泛获得不受监督的“准治疗”和非医疗用途迷幻类药物的有利环境。最后，本分册提供了毒品使用背景下健康权的多维度框架；这些维度包括可用性、可得性、可接受性、质量、不歧视、不污名化和参与。

《2024 年世界毒品问题报告》不仅旨在加强国际合作，共同应对世界毒品问题对健康、治理和安全产生的影响，还意在协助会员国预测和应对毒品市场所构成的种种威胁并减轻其后果。

《2024 年世界毒品问题报告》发布在毒品和犯罪问题办公室网站上，网址如下：
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>