

# 第一章

## 吸毒病症的治疗、康复及回归社会：减少药物需求的关键要素

### A. 背景

1. 对人类健康和福祉的关切是国际药物管制框架的基石。统称为国际药物管制公约的《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》<sup>4</sup>、《1971年精神药物公约》<sup>5</sup>和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》<sup>6</sup>都涉及这一关切。为确保人类的健康和福祉，各项公约要求缔约国为受毒品问题影响者的治疗、康复及回归社会采取措施（《1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条）。国际麻醉品管制局（麻管局）在其2015年年度报告中强调了这一点。<sup>7</sup>

2. 吸毒病症的治疗、康复及回归社会是大会第三十届特别会议题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件所载关于减少药物需求的建议中列出的关键行动目标。<sup>8</sup>在该成果文件中，大会认识到药物依赖是一种复杂的健康障碍，特点为慢性和复发性，可通过循证的自愿治疗方案进行治疗，并呼吁在制定和执行治疗举措方面加强国际合作。

3. 几千年来，使用能改变情绪的精神药物一直是人类文明的组成部分。对特定物质来说，或者在特定情况下，它可能呈现出一种病态模式，需要加以处理。在整个人类文明史中，社会对精神药物的使用表现出不同程度的容忍和宽容，管制力度也不尽相同。对于其中一些物质，如烟草和酒精，大多数社会或多或少会严格管理。其他一些物质则被判定具有危害性，并因此受到严格管制。受国际药物管制公约管制的麻醉药品和精神药物就属于这种情况。

4. 不论管制、监管和社会赞同或不赞同的程度如何，所有精神药物（为简便起见本章称之为“毒品”）的一个共同因素是，它们往往会在使用后导致吸毒病症，不论是经常使用还是偶尔使用。吸毒病症与重度疾病（发病率）和残疾联系在一起，对国家资源构成负担，并给人类造成不可估量的痛苦。世界卫生组织（世卫组织）估计，酒精和非法药物使用造成的全球疾病负担在所有疾病负担中占5.4%。<sup>9</sup>具体来说，药物依赖造成的疾病负担在各种原因造成的全球疾病负担中占0.9%，正如伤残调整寿命年所示，其中，类阿

<sup>4</sup>联合国，《条约汇编》，第976卷，第14152号。

<sup>5</sup>同上，第1019卷，第14956号。

<sup>6</sup>同上，第1582卷，第27627号。

<sup>7</sup>E/INCB/2015/1，第1段。

<sup>8</sup>大会第S-30/1号决议，附件。

<sup>9</sup>世卫组织，全球卫生观察站数据，预防和治疗吸毒病症的资源。可在[www.who.int/gho/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/)上查阅。

片依赖在造成该负担的因素中占最大比例。<sup>10</sup> 药物使用与公共卫生风险的联系，如与艾滋病毒传播和其他血液传播感染的联系，是影响健康的另一个方面。因此，所有国家和辖域都必须具备各种机制和制度，为受吸毒病症影响者提供帮助和救助。

## B. 治疗、康复及回归社会是减少需求的关键要素

5. 减少药物需求涉及两种既相互重叠又截然不同的方法：预防吸毒的发生（或初级预防）与治疗、康复及回归社会。

6. 减少需求的相关干预措施通常更注重初级预防活动。初级预防经常得到更多的支助，因此在国家减少药物需求框架和方案中更为突出。但是，许多初级预防活动被认为证据不足，覆盖面有限，而活动质量也无从了解。<sup>11</sup> 受吸毒病症影响者的治疗、康复及回归社会的价值（本章稍后将对此进行讨论）需要得到更大程度的认可。出于一些强有力的理由，各国政府应当投资于治疗和康复服务：

(a) 除了生活质量和生产力下降，受吸毒病症影响者的身心健康及福祉受到严重损害；

(b) 一些受吸毒病症影响者可能诉诸非法和（或）犯罪行为以支撑自己吸毒，固化了上瘾和痛苦的恶性循环，并增加了社会犯罪负担；

(c) 研究显示，同伴压力是致使吸毒的一个重要因素。因此，为药物依赖者提供治疗能减少其他人在他

们的影响下开始吸毒的风险。换言之，为受影响的个人提供治疗和康复服务能够帮助预防其关系网络范围内的其他个体吸毒；

(d) 作为国际药物管制条约的缔约方，各国政府需要为受毒瘾影响者提供治疗服务。《1961 年公约》第三十八条和《1971 年公约》第二十条都要求各国政府特别关注受药物依赖影响者的预防、治疗、康复及回归社会并采取一切切实措施予以实现，以协力达此目的，并促进这些领域内工作人员的培训；

(e) 尊重受吸毒病症影响者的健康权和享有治疗服务权将有助于减少与这类病症有关的污名化和歧视现象；

(f) 研究一致表明，治疗方面的投资能够节省政府资金。提供治疗的经济成本要比吸毒相关病症和有关问题，包括失业、旷工、犯罪（包括刑事司法成本和执法成本）、发病率、早期死亡率以及残疾等所引起的成本低得多；

(g) 对于实现《可持续发展目标》3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）至关重要，就具体目标 3.5（加强对药物滥用的预防和治疗）采取行动。

7. 在全世界范围内，治疗和康复服务的资源供应存在显著差距。世卫组织估计，全球每 100,000 人中只有 1.7 张床位用于治疗药物和酒精依赖，高中收入国家的可用床位是低中收入国家的 10 倍以上（每 100,000 人 7.1 张比 0.7 张）。<sup>12</sup> 联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）报告称，在全球一级，每 6 个需要药物依赖治疗的人中只有 1 人能够进入治疗方案。对于拉丁美洲，相应的数字为每 11 人中有 1 人，对于非洲，则是每 18 人中有 1 人，

<sup>10</sup> Louisa Degenhardt 等人，“全球归因于非法药物使用和依赖的疾病负担：《2010 年全球疾病负担研究调查结果》”，《柳叶刀》，第 382 卷，第 9904 号（2013 年 11 月 9 日），第 1564-1574 页。

<sup>11</sup> 《2015 年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6），第一章 D 节（“预防吸毒有什么作用？”）。

<sup>12</sup> 世卫组织，《药物使用地图（2010 年）：预防和治疗药物使用病症的资源》（2010 年，日内瓦）。

这表明资源差距在中低收入国家更加显著。高收入国家每年为每人的精神健康大约支出 50 美元，而中低收入国家仅支出约 2 美元。此外，在国家范围内，治疗和康复服务的获取也往往失衡。例如，医疗体系经常有能力为滥用酒精病症提供服务，但是不能为吸毒病症提供服务。往往只有较大的城市才能提供药物依赖的治疗服务。同样，尽管药物依赖在男子中比在妇女中更加多发，但由于污名化和缺乏对性别问题有敏感认识的治疗服务，存在药物依赖问题的妇女获得治疗和康复服务的比例更低。<sup>13</sup> 治疗差距的另一个重要方面是可提供和可获得的治疗在类型上的差异。在全球范围内，三分之一以上的国家报告称可提供社会心理干预，而只有不到四分之一的国家报告称可提供药物干预，尽管有力的证据表明药物干预能有效治疗许多类型的吸毒病症。此外，在可提供和可获得治疗服务的情况下，服务质量可能不佳，而且干预措施可能并非基于证据或以国际标准或准则作为支持。

### C. 与吸毒病症相关的基本概念

8. 由于术语使用不当可能导致污名化和歧视，应当区分诸如药物使用、药物滥用、有害用药、药物依赖和药物上瘾等术语。从刑事司法角度看，在某些国家，即使一次性地使用被列为麻醉药品或精神药物的精神物质，也可能招致制裁。<sup>14</sup> 但是，从上瘾和行为科学的角度看，个别的一次性消费药物不一定是病态行为。区分病态行为和非病态（尽管经常是危险的）行为的，是用药的模式和导致的后果。

<sup>13</sup> 联合国促进两性平等和妇女赋权署（妇女署），“从性别视角看药物使用、毒品贸易和毒品管制机制的影响”，政策简报（2014 年 7 月）。

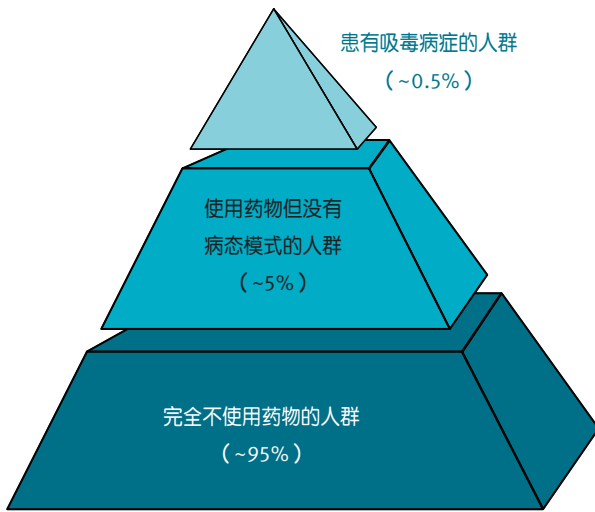
<sup>14</sup> 麻管局已经多次澄清，根据联合国药物管制条约，缔约国没有义务对药物使用者适用刑事司法制裁。

9. 《国际疾病分类》第十次修订本 (ICD-10) 描述了使用药物引起的两大诊断分类，与这方面的讨论有关：有害使用和依赖症状。有害用药被视为一种损害个人身体或精神健康的药物使用模式。药物依赖是药物使用成为使用者生活中最要紧的一件事并伴随产生一系列相关行为的这样一种状况。旧的术语“上瘾”，其含义在很大程度上与“依赖”的含义类似，在科学文献和通俗用语中根深蒂固，因此继续得到使用。“药物滥用”一语过去用作诊断分类，但在很大程度上已被术语“有害用药”和“吸毒病症”代替。鉴于这种情况，本章主要使用的术语是“药物使用”和“吸毒病症”。

10. 开始使用药物的人可能随着药物使用和药物有害后果的升级，达到有害使用的阶段，并最终形成依赖。药物使用、有害用药和药物依赖构成了一种严重程度递增的使用模式。在任何社会里，药物使用模式都可以用一个金字塔形表示。如下图所示，金字塔的底部由完全不使用药物的人群构成。金字塔的中间层代表使用药物但其药物使用模式并非病态的少数群体。最后，最小的一部分，也就是金字塔的顶部，代表的是受到吸毒病症折磨的人群。尽管他们只构成金字塔最小的一部分，但必须指出，受吸毒病症折磨的人群，自身遭受伤害和有害后果的比例最大，在对整个社会造成的相关疾病负担中所占比例也最大。毒品和犯罪问题办公室在《2017 年世界毒品问题报告》中指出，全球由于药物使用在 2015 年损失了 2,800 万健康生命年，其中因吸毒病症损失了 1,700 万健康生命年，尽管只有约 10% 的药物使用者遭受吸毒病症的折磨。遗憾的是，全球患有吸毒病症的人群中每 6 人中只有 1 人能够获得治疗服务。因此，应当把向遭受吸毒病症折磨的人群提供治疗和康复服务列为高度优先事项。但是，未患有吸毒病症的药物使用人群可能也需要帮助，以防止他们的药物使用问题进一步升级。



## 药物使用模式金字塔（象征性）



## D. 与吸毒病症有关的因素

11. 将吸毒病症视为源于生物——心理——社会因素最为恰当。任何个体吸毒都不是单独的因素导致的。各种风险因素和保护因素彼此相互作用，可能导致药物使用和随后产生的依赖。其中包括药物使用者原有的个性，以及源于其大脑神经生物学机能障碍的遗传和生理因素。此外，还有环境因素。其中，一些社会、文化和法律因素加大了个人使用药物并随后发展成药物依赖的风险。社会和文化对使用药物的宽容可能会增加其供应，影响人们使用药物的风险。同样，据发现，社会经济困难与药物使用风险相关，药物可能被用作应对个人问题的一种自我治疗方式，而这种个人问题有时源于童年的不幸经历，如虐待、疏忽和其他形式的家庭功能失常。最后，与药物相关的因素也可能决定风险，因为有些药物比其他药物更有可能导致吸毒病症。类阿片药物比大麻等其他药物更容易成瘾。一些导致药物依赖的因素超出了药物使用者的控制范围。人们不能决定自己的遗传脆弱性或生物脆弱性，他们没有能力影响邻里间的文化习俗，也不能控制决定药物供应的国家法律和政策。人们对形成药物依赖的风险在多大程度上可以控制或有所选择，是一个有

争议的问题。<sup>15</sup> 因此，没有必要将受吸毒病症影响的群体视为受害者和受难者，而应将其视为患者，并且不应当认为他们是在随意实施不良或非法行为。为他们提供帮助的理想环境是治疗和康复环境。

## E. 吸毒病症和恢复的发展过程及轨迹

12. 吸毒病症一旦形成，便会像糖尿病或高血压等其他慢性非传染性疾病一样自然发展。所有此类慢性非传染性疾病的治疗有一些共同的特征：

- (a) 治疗可以减轻症状，但不一定去除病根；
- (b) 改变行为和生活方式是治疗的一个重要组成部分；
- (c) 尽管进行了治疗，但复发是常见现象。

13. 从吸毒病症中恢复是有可能的，但这常常需要进行多种尝试以及长期参与治疗方案。对大多数个人来说，从吸毒病症中恢复是一个过程，而不是一个结果。绝大多数吸毒病症患者通常在一个治疗阶段之后重新吸毒。失效（在实现戒断后只要有一次吸毒）和复发（在实现戒断后遵循一种依赖模式吸毒）被视为恢复过程中内在且意料之中的阶段。在经历一个短期的治疗阶段之后就期待某人实现持久戒断是不切实际的，就像只提供了几天的降压药物然后就逐渐减少药物，却期待高血压患者的血压在一年期结束后恢复正常是不切实际的一样。因此，应当将治疗和康复方案设计为包含预防复发战略的长期干预方案。重要的是，国家法律和政策不应当制裁在治疗之后复发的吸毒者。必须指出，对于吸毒病症，治疗是有效的。换

<sup>15</sup> Allison Kurti 和 Jesse Dallery, “海曼成瘾研究：一种选择性病症”, 《应用行为分析学报》。第45卷, 第1号(2012年), 第229-240页。

言之，现代医疗保健科学为吸毒病症提供了有效的治疗战略。保持必要的长期治疗是实现良好治疗成果的最重要的单一预估指标。

14. 有一个普遍的误区，认为遭受药物依赖折磨的群体不希望停止吸毒。不成功的戒毒尝试是药物依赖的一个标志性诊断特征。治疗服务的供应和获取条件太差会剥夺受影响者减少或停止吸毒行为的机会。最近在印度旁遮普开展的一项调查指出，在据估计对类阿片药物产生依赖的232,000多人中，80%以上的人尝试过停止吸毒。但是，只有大约15%的人获得过有组织的治疗部门的帮助，这表明人们对治疗服务有着广泛的需求，但服务的供应太差。<sup>16</sup>

15. 即使是在实现戒断后，许多吸毒病症患者发现，重新获得他们在家庭和社会中的位置和地位是一项挑战。与吸毒相关的污名化是康复道路上的一个严重阻碍。代表世卫组织对全世界14个国家进行的一项研究指出，在18种健康疾病中，毒品上瘾遭受污名化或社会指责的程度最高。<sup>17</sup> 国家减少需求方案必须解决污名化和歧视问题，提供援助，以实现康复及回归社会，为受吸毒病症影响者提供一个机会，让其重获在社会中作为负责和具有生产能力的公民的地位。

16. 药物依赖治疗成果的界定不应仅从是继续吸毒还是完全戒断这种二元化角度看问题。事实证明，即使没有实现完全戒断，一些人也可能减少吸毒的有害后果，并继续保持相对稳定和富足的生活。除了减少药物使用，个人健康和社会职能（就业、家庭和社会关系）的改进，以及危险行为或犯罪的减少都是吸毒病症治疗

所能取得的有效和可喜成果。因此，治疗和康复服务不应只侧重于停止吸毒这个最终目标，还应考虑到减少吸毒及其有害后果的干预目标，以作为实现完全康复及回归社会过程中必不可少的一部分。

## F. 治疗干预的原则

17. 吸毒病症是可治疗的健康疾病，可以得到有效治疗和康复干预。它们被视为复杂的生物—心理—社会疾病，对它们的治疗同样复杂并具有多面性。为确保有效，治疗通常包括针对药物依赖不同方面及其后果的多个组成部分。世卫组织与毒品和犯罪问题办公室概述了治疗药物依赖的九项原则：<sup>18</sup>

原则 1. 药物依赖治疗的可用性、可获得性、可负担性、吸引力和适当性。受药物上瘾影响的人群应当能够获得可解决各种不同需求的一系列治疗服务。诸如可负担性、地理上的可获得性、及时性和开放时间的灵活性、对用户友好度以及对个人需求的响应度等因素有助于获得药物依赖治疗。

原则 2. 筛查、评估、诊断和治疗规划。全面的诊断评估过程是有效和个体化治疗方法的基础。组成部分包括筛查（例如，药物使用和相关风险行为）、评估和诊断（例如，药物依赖和其他精神疾病共病）、全面评估（例如，疾病的阶段和严重程度、性格、个性和就业状况）以及个体化治疗计划。

原则 3. 循证的药物依赖治疗。适用于批准治疗其他健康疾病的严格标准必须同样适用于药物依赖治疗。因此，考虑到保健科学具有不断演变的性质，特定国家批准的所有药物依赖治疗都应当根植于最新的循证良好做法和积累的科学知识。

<sup>16</sup> 印度社会正义和赋权部与旁遮普政府卫生和家福利部，“旁遮普类阿片药物依赖调查：简报”。可在<http://pbhealth.gov.in/>上查阅。

<sup>17</sup> Robin Room 等人，“关于残疾相关的污名化、评价、均等和社会态度的跨文化观点”，见《残疾与文化：普遍性和多样性》，T. Bedirhan Üstün 等人编（Hogrefe and Huber Publishers，西雅图，2001年）。

<sup>18</sup> 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织，“治疗药物依赖的原则”，讨论文件（2008年3月）。

原则 4. 药物依赖治疗、人权和患者尊严。不应因药物依赖者有吸毒史而歧视他们。适用于其他健康疾病的合乎道德的治疗标准也必须适用于药物依赖治疗。这包括患者的自主权和自决权，以及保健服务提供者所遵循的仁慈、不伤害和保密原则。在此背景下，麻管局欢迎最近关于结束医疗机构歧视的联合国联合声明。<sup>19</sup>

原则 5. 针对特殊亚群体和疾病。青少年、妇女、孕妇、有医学和精神科共病的群体、性工作者、族裔少数群体以及包括移民和难民在内的社会边缘个体等人口亚群体可能有他们的特殊需求。他们的药物依赖治疗必须解决这些需求。

原则 6. 上瘾治疗和刑事司法体系。在一些司法管辖领域，吸毒本身视为一种犯罪。但是，由于吸毒病症是健康疾病，理想的治疗环境是医疗保健体系而不是刑事司法体系。医疗保健体系应当是管理这些问题的首选环境，如果缺乏治疗能力，则应当予以发展。治疗作为监禁的替代方案能够带来减少痛苦和残疾以及减少犯罪的双重益处。由此带来的成本显著减少有助于实现这一方法的成本效益。

原则 7. 社区介入、参与和患者导向。在提供治疗的过程中，思维模式需要从发布指令转变为提供更加协调且基于社区的服务，并且吸毒者、他们的家人、社区以及地方利益攸关方都参与规划、实施和监测治疗服务的过程。

原则 8. 药物依赖治疗服务的临床管理。通过书面政策和协议，以及通过对合格工作人员的监测和监督机制，能够建立可问责并高效的临床管理体系。此外，应制定治疗服务的鉴定、认证和质量保证制度。

原则 9. 治疗体系：政策制定、战略规划和服务协调。建议采取合乎逻辑、循序渐进的方法，包括制定治疗政策、评估形势、建设保健服务提供者的能力和质量保证体系。

<sup>19</sup>联合国和世卫组织，“关于结束医疗机构歧视的联合国联合声明”，2017年。可参阅 [www.who.int/](http://www.who.int/)。

## G. 治疗方法和模式

18. 并非每一项促使吸毒减少的活动都能无可争议地被称为治疗。对吸毒病症及相关身体和精神健康问题的治疗被定义为“直接针对存在吸毒问题的群体并且在减轻和（或）消除这些问题方面旨在实现规定成果的一项（或多项）活动，由具备经验或经过认证的专业人员在公认的医疗、心理或社会援助实践框架内提供”。<sup>20</sup>

19. 虽然针对不同药物类型和人群进行药物依赖治疗的一般原则可能看起来类似，但理想的情况是，每位患者都应获得针对其个人本身的治疗，治疗性质可能因所使用药物的类型、依赖的严重程度、动机水平和社会支助的提供（或缺乏）等因素而不同。药物依赖是一种慢性、间断性复发的疾病，对于大多数人来说，短期的一次性治疗通常是不够的，患者在家人和社区支持下持续参与治疗会有所裨益。

20. 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织共同制定了关于治疗吸毒病症的国际标准，以支持各会员国发展有效且合乎道德的治疗服务。<sup>21</sup> 对各种各样的治疗模式和方法进行了评估，以查明其效力在多大程度上基于证据。这些模式和方法包括：

(a) 基于社区的外联活动。这些活动主要针对吸毒但是目前没有接受治疗的人群。外联方案提供的核心服务包括基本支助、毒品相关教育、筛查和短暂干预、药物依赖治疗转诊和针具交换服务；

(b) 筛查、短暂干预和转诊治疗。这些干预在很大程度上针对初级保健、急诊护理、社会服务和监狱等非专业环境下存在吸毒问题的人群。标准和有效的筛查工具以及与文化相适应的手册可用于短暂的社会心

<sup>20</sup>欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心，《欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心治疗战略》，工作方案和战略汇编（2010年4月，里斯本）。

<sup>21</sup>毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，《关于治疗吸毒病症的国际标准：实地试验草案》（2017年3月）。



理干预。此类方案能够有效减少吸毒，特别是对于那些处于吸毒轨迹初级阶段的人群而言；

(c) 短期住院或寄宿治疗。这一类型的治疗也称为戒毒，主要目的是减轻药物戒断症状，在一个安全、受保护的环境中促进患者身体和情绪状态的稳定。关于苯二氮草类、类阿片药物和许多其他类别的药物，戒毒主要依靠对戒断症状进行药物治疗。关于类阿片药物，有力证据表明，最好使用丁丙诺啡和美沙酮等兴奋剂药物治疗戒断症状。<sup>22</sup> 关于苯二氮草类等镇静催眠药物，建议使用足够剂量的长效苯二氮草类药物，并在随后几天内逐渐减少用量。戒毒经常被错误地认为其本身是一种彻底的治疗。但是，对戒断症状的治疗仅仅是对药物依赖进行长期治疗的第一步。在任何形式的戒毒之后，复发和服药过量的风险非常高。为防止复发，有必要在治疗的这一阶段启动准备工作，以确保患者长期和持续参与治疗过程；

(d) 门诊治疗。门诊治疗主要针对在家里获得充足的社会支助与资源但是确实需要长期药物和（或）社会心理干预的个人。绝大多数吸毒病症患者不需要住院护理，可作为门诊患者接受治疗。有力证据表明，作为药物依赖长期治疗的一部分，提供各种各样的药物干预是有效的。关于类阿片拮抗药维持治疗，世卫组织建议使用适当剂量的丁丙诺啡或美沙酮。<sup>23</sup> 另一种形式的门诊患者类阿片依赖药物治疗是使用类阿片拮抗药环丙甲羟二羟吗啡酮，建议对动机极强的患者使用。但是，只有少量证据能够证明其有效性。<sup>24</sup> 关于对大麻和精神刺激剂依赖（即依赖苯丙胺或可卡因）的治疗，目前没有证据证明有哪种药物疗法是持续有效的。因此，社会心理治疗仍然是处理对这类药

物所产生依赖的主要方式。除了药物治疗，应急管理、<sup>25</sup> 动机访谈、<sup>26</sup> 认知行为疗法<sup>27</sup> 以及复发预防治疗等一系列社会心理干预对于预防复发和使患者康复也是有效的。其中大多数在与药物治疗结合时都能产生最佳效果；

(e) 长期寄宿治疗。长期寄宿治疗最常见的形式是社区治疗，患者预计在这里待上6至24个月。传统上，长期寄宿治疗仅由社会心理治疗组成，但是现代方法可能涉及到使用药物。大规模的评估表明，几乎没有证据证明社区治疗能够提供显著的益处，除非它们是在监狱环境中运作；<sup>28</sup>

(f) 恢复管理。恢复管理也称作后续护理或社会支助，是为那些已经通过其他形式的治疗实现戒断的群体提供的一种长期、以恢复为导向的护理模式。侧重点是通过为个人社会职能和个人福利的改变提供支助，以及帮助他们重新获得在社区里的地位来防止复发。复发几乎是恢复过程中的一个不可避免的部分。因此，与其让患者经历多个阶段的短期治疗，倒不如采用恢复管理方法，提供持续时间较长但是强度和成本要低得多的支助服务，重点是患者的自主权和确保社区参与；

(g) 旨在减少吸毒不良后果的干预。一些方法被用于减少吸毒的不良后果，而不是直接减少吸毒行为本身。这些方法得到广泛使用，特别是在减少在注射毒品人群中传播广泛的艾滋病毒和其他血液传播病毒感染风险方面。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）核准了一份对注射吸毒者的艾滋病毒预防、

<sup>25</sup>M. Prendergast 等人，“吸毒病症治疗的应急管理：综合分析”，《毒瘾》，第101卷，第11号（2006年11月），第1546-1560页。

<sup>26</sup>G. Smedslund 等人，“滥用药物的动机访谈”，《考科蓝图书馆》（2011年5月11日）。

<sup>27</sup>M. Magilland, L. A. Ray, “对酒精和非法药物成人使用者的认知行为治疗：随机对照试验的综合分析”，《酒精和毒品研究期刊》，第70卷，第4号（2009年），第516-527页。

<sup>28</sup>L. A. Smith, S. Gates 和 D. Foxcroft, “毒品相关疾患治疗社区”，《考科蓝系统评价数据库》，第1号（2006年）。

<sup>22</sup>L. Gowing, R. Ali 和 J. White, “使用镇静作用最小的阿片受体拮抗药实现阿片戒断”，《考科蓝图书馆》，第2号（2002年）。

<sup>23</sup>世卫组织，《关于类阿片药物依赖社会心理辅助药物疗法的指导准则》（2009年，日内瓦）。

<sup>24</sup>S. Minozzi 等人，“类阿片依赖的口服环丙甲羟二羟吗啡酮维持治疗”，《考科蓝系统评价数据库》，第4号（2011年）。

治疗和护理进行九项干预的全面方案。<sup>29</sup> 麻管局承认这项全面方案获得了广泛认可，包括大会、<sup>30</sup> 经济及社会理事会<sup>31</sup> 以及麻醉药品委员会的认可。<sup>32</sup> 所述的九项干预经过了科学评估。作为一项方案，这些干预在彼此结合时提供最为有效。它们是：(a) 针头和注射器方案；(b) 类阿片替代疗法和其他药物依赖治疗；(c) 艾滋病毒检测和咨询；(d) 抗逆转录病毒疗法；(e) 性传播感染的预防、诊断和治疗；(f) 分发避孕套；(g) 有针对性的信息、教育和交流；(h) 病毒性肝炎预防、疫苗接种、诊断和治疗；及 (i) 结核病预防、诊断和治疗；<sup>33</sup>

(h) 其他方法。多年以来，人们一直在讨论除全面方案之外的其他活动，这类活动被一些人看作是以减少吸毒有害后果为目的的干预措施。一些国家政府针对不接受其他形式治疗的患者开展了处方海洛因维持方案试验，尽管这不属于首选治疗形式。<sup>34</sup> 研究表明，处方海洛因维持治疗可能有助于海洛因依赖者坚持接受治疗，限制他们使用街头毒品和减少非法活动。<sup>35</sup> 但是，由于存在不良影响风险和一些操作因素，世卫组织或其他联合国机构都没有推荐这一疗法。另一种经常引发争议和讨论的干预是监管注射设施，或用药室。它们旨在为吸毒者提供安全的注射器具和注射毒品的环境。监管注射设施本身通常不提供药物。一份关于这些方法的有效性的评论文章审查了 75 份已发表的研究并得出结论，认为

<sup>29</sup> 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病署，《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理指标的技术指南：2012 年修订版》（世卫组织，2012 年，日内瓦）。

<sup>30</sup> 《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》（大会第 65/277 号决议，附件）。

<sup>31</sup> 经济及社会理事会第 2009/6 号决议。

<sup>32</sup> 麻醉药品委员会第 53/9 号决议。

<sup>33</sup> 世卫组织，关于艾滋病毒 / 艾滋病和注射吸毒者行动证据丛书、技术文件和政策简报。可参阅 [www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html)。

<sup>34</sup> Ambros A. Uchtenhagen, “海洛因维持治疗：从想法到研究再到实践”，《毒品酒精评论》，第 30 卷，第 2 号（2011 年），第 130-137 页。

<sup>35</sup> M. Ferri、M. Davoli 和 C. A. Perucci, “慢性海洛因依赖者的海洛因维持”，《考科蓝系统评价数据库》，第 12 号（2011 年）。

安全的注射设施成功吸引了难以接近的人群，促进了更安全的注射，减少了用药过量的风险，还减少了大庭广众之下注射药物和在社区内丢弃注射器的现象。<sup>36</sup> 因此，关于这些方法的有效性的科学证据在快速发展。麻管局在其 2016 年的年度报告中称，此类设施的最终目标是减少药物使用的有害后果，而绝不宽容或鼓励贩毒，治疗转诊和康复方案必须是此类干预的一个不可分割的方面。<sup>37</sup>

## H. 吸毒病症治疗的成本效益

21. 在对药物依赖治疗进行投资时，成本是一个重要的考虑因素。遗憾的是，全球只有不到一半的国家制定了专门用于治疗药物依赖的预算项目，中低收入国家不在其中。为治疗服务筹资的三个最重要的方法依次是税收资金、自费支付和非政府组织。中低收入国家似乎主要依靠自费支付。<sup>38</sup>

22. 总体上，不同环境和国家的研究表明药物依赖治疗具有很高的成本效益。药物治疗每花费一美元能够产生 4 至 7 美元的回报，这是因为犯罪率和刑事司法系统的费用减少了。如果将医疗保健系统所节省下来的费用算在其中，则药物依赖治疗节省总额与刑事司法干预节省总额的比率超过了 12:1。通过检索关于所用多种治疗方式的 11 项经济评价，研究了在不同成果领域（犯罪活动、健康服务的使用、就业收入、用于非法药物的开支）取得的经济效益，得出的结论是，降低犯罪活动的发生和减少对健康护理服务的使用是治疗吸毒病症最大的经济收益。<sup>39</sup> 此外，药物

<sup>36</sup> Chloé Potier 等人，“督导下的注射服务：展示了什么？系统性文献回顾”，《毒品和酒精依赖》，第 145 卷，第 1 号（2014 年），第 48-68 页。

<sup>37</sup> E/INCB/2016/1，第 720 段。

<sup>38</sup> 世卫组织，《药物使用地图（2010 年）：预防和治疗药物使用病症的资源》（2010 年，日内瓦），第二章，第 26 和第 27 页。

<sup>39</sup> Kathryn McCollister 和 Michael French, “成瘾干预总体经济效益中各方面成果的相对贡献：初步调查结果述评”，《成瘾》，第 98 卷，第 12 号（2003 年），第 1647-1659 页。



依赖治疗比刑事司法干预的费用要低得多。例如，在美国，美沙酮维持的成本据估计大约是每位患者每年 4,700 美元，而监禁的成本据估计是每名囚犯每年 24,000 美元。<sup>40</sup> 据估计，如果仅为 10% 符合条件的罪犯提供治疗，刑事司法系统就能节省大约 48 亿美元。<sup>41</sup> 广泛查阅科学文献得出的结论认为，从成本效益的角度看，应当考虑将美沙酮和丁丙诺啡等兴奋剂维持治疗作为类阿片依赖治疗的首选方案。<sup>42</sup>

## I. 治疗服务提供方面的组织和管理

23. 尽管关于药物依赖是一种健康疾病这一点获得了普遍承认，但在许多国家，药物依赖治疗始终与医疗保健的提供相分离。这种分离对向受影响者提供的护理质量造成了不利影响，增加了可避免且不必要的支出。实现药物依赖治疗与一般医疗保健服务的一体化非常重要，这是因为：

(a) 吸毒与精神疾病和其他身体疾病相互关联；

(b) 服务一体化能更好地协调护理工作，最终改善医疗成果；

(c) 在一般医疗保健体系内提供药物治疗具有成本效益；

(d) 一体化能够减少健康差异和在吸毒治疗设施等候的时间。

<sup>40</sup>美国，卫生和公众服务部，全国药物滥用研究所，《毒品上瘾治疗的原则：基于研究的指导》，第 3 版，国家卫生研究院第 12-4180 (2012) 号出版物。

<sup>41</sup>Gary Zarkin 等人，“将吸毒犯人转出州立监狱的长期效益和成本”，《犯罪与过失》，第 61 卷，第 6 号（2012 年），第 829-850 页。

<sup>42</sup>Chris Doran，“对非法类阿片药物依赖的干预措施的经济评估：对证据的审查”，为 2007 年 9 月 17 日至 21 日在日内瓦举行的世卫组织关于类阿片药物依赖社会心理辅助药物疗法的指导准则技术工作组第三次会议编拟的背景文件。

24. 吸毒病症服务与医疗保健服务的一体化使医疗保健体系能够为存在轻微到适度吸毒问题的人群提供服务，他们是吸毒者中占比最大的群体。这减轻了对强度和费用都更高的药物治疗的需求，防止药物问题进一步升级。所描述的各种持续护理模式包括：可以对药物治疗和医疗保健服务进行协调，这意味着它们仍然是分离的，但是在一定程度上能够协作和交流；它们可以同地协作，这意味着它们在物理距离上很接近，但仍然是单独存在的；它们可以实现一体化，这意味着它们在完全融为一体或服务合并的基础上密切协作。其中的每一种模式都有自己的优势和劣势，但是在最大程度上实现灵活的一体化似乎是提供服务的最高效方式，特别是在资源有限的环境下。因此，不论药物是否受到管制，在相同环境下为物质使用病症提供服务是有所裨益的，对于所有类型的药物而言都是如此。应当实现这种服务与一般医疗保健体系的一体化。但是，必须确保以药物治疗为重。

## J. 特殊人群的治疗

### 1. 儿童和青少年

25. 青少年有独特的吸毒模式和治疗需求。在青少年当中，任何吸毒行为都是引起关切的原因，即便他们仅仅是在试验，这是因为吸毒会使他们面临更危险的行为，增加后期患吸毒病症的风险和严重性。研究确认吸毒会对儿童和青少年的大脑发育造成严重不利的后果。<sup>43</sup> 因此，对于吸毒的青少年来说，治疗是有益的，即使是他们还没有出现可诊断的吸毒病症。在向儿童和青少年提供有效治疗方面，存在的挑战包括：(a) 对这一人群吸毒问题的研究不充分；(b) 针对成年人的药物对儿童和青少年有

<sup>43</sup>Lindsay M. Squeglia 和 Kevin M. Gray，“酒精和药物使用及大脑发育”，《最新精神病学报告》，第 18 卷，第 5 号（2016 年 5 月）。

何影响不明确；及 (c) 缺少考虑到青少年认知发育水平和生活经历的适龄社会心理干预。家庭和社区在青少年药物治疗中发挥着重要作用。许多吸毒的青少年有过身体、情感或性虐待的历史，应当查清这些问题并在适当情况下一并处理。<sup>44</sup>

## 2. 妇女

26. 在全世界范围内，男子使用非法药物的可能性几乎是妇女的三倍，而妇女比男子更可能使用类阿片处方药物和镇静剂。虽然吸毒病症在男子中更为常见，但过去二十年来，妇女的吸毒普遍率一直在增长，特别是在一些高收入国家。此外，妇女一旦开始吸毒，其升级为药物依赖的速度要比男子快得多。重要的是，只有极少数形成药物依赖的妇女能够获得治疗服务。每三名吸毒者中就有一名是妇女，而每五名获得治疗的人群中只有一位是妇女。污名化是寻求治疗的最大障碍。尽管吸毒的妇女较少，但妇女的吸毒病症对公共健康造成的影响重大，有必要通过对性别问题有敏感认识的治疗服务加以解决。具体而言，必须解决的问题包括儿童护理援助、性、妊娠和生殖健康、精神并发症、暴力、性虐待、女性性工作和住房。<sup>45</sup> 世卫组织编制了妊娠期药物使用管理准则。<sup>46</sup> 麻管局在 2016 年的年度报告第一章中专门特别关注了妇女与毒品问题。<sup>47</sup>

<sup>44</sup>美国，全国药物滥用研究所，《青少年吸毒病症治疗的原则：基于研究的指导》，国家卫生研究院第 14-7953 号出版物（2014 年，华盛顿特区）。

<sup>45</sup>R. Orwin、L. Francisco 和 T. Bernichon，“妇女药物滥用治疗方案的有效性：综合分析”，NEDS 分析概要第 21 号（药物滥用治疗中心，2001 年，弗吉尼亚费尔法克斯）。

<sup>46</sup>世卫组织，《妊娠期药物使用和吸毒病症的鉴定与管理准则》（2014 年，日内瓦）。

<sup>47</sup>E/INCB/2016/1。

## 3. 监狱和其他监护设施里的人群

27. 尽管联合国文件一再澄清国际药物管制条约不要求缔约国对吸毒行为适用刑事司法制裁或对出于个人使用目的持有毒品的行为强制实行此类制裁，但一些国家政府继续实施要求采取惩罚措施的法律，包括对吸毒者进行监禁。有必要重申的是，根据国际药物管制条约的规定，可以提供治疗和康复服务以作为刑事司法制裁的成熟替代方案，这一点麻管局曾在 2007 年和 2016 年指出。<sup>48,49,50</sup> 有必要向由于吸毒或出于个人使用目的少量藏毒而面临指控的人员提供除刑事司法系统之外的护理备选方案。基于监狱的治疗对于患有吸毒病症的囚犯来说很重要。在监狱里提供的治疗的标准和质量应当与在广大社区里提供的服务相匹配，社区里提供的所有药物依赖心理治疗和药物治疗方案也必须在监狱里提供。与监狱外服务之间的联系对于确保囚犯获释后能持续得到护理也至关重要。在社会心理干预中，社区治疗中的长期寄宿治疗被发现特别适合于囚犯设施。

## 4. 患有吸毒病症和其他精神健康疾病并发症（双重诊断）的人群

28. 众所周知，吸毒和其他精神健康疾病经常并发。这种并发症表现为多种形式。吸毒者可能同时患有精神健康症状或精神健康障碍。相反地，患有健康障碍的人群有可能以非病态的方式吸毒或者发展成为吸毒病症。从病原学或时间关联的角度看，这些疾病会先于或晚于对方发生。先前存在的精神健康疾病可能导致吸毒问题（例如自我用药的情况），或者精神健康疾病可能是吸毒的后果。药物依赖治疗服务应当有能力评估患者的并发精神健康症状并提供治疗或转诊。

<sup>48</sup>E/INCB/2007/1。

<sup>49</sup>毒品和犯罪问题办公室，“从强制到凝聚：通过医疗保健而不是惩罚治疗药物依赖”，讨论文件，2010 年。

<sup>50</sup>E/INCB/2016/1。

## 5. 其他特殊人群

29. 在其他群体中，移民和族裔少数群体可能会在获取治疗服务方面面临特殊挑战。虽然移民（无论是否为被迫）在世界上大规模出现，但关于移民吸毒问题的研究有限。由于移民有着痛苦的经历，存在着与此相连的精神问题，面临文化适应和社会经济不平等的挑战，他们患上吸毒病症的风险特别大。<sup>51</sup> 对于这一群体的治疗服务必须考虑影响到健康和福利服务需求和利用的种种文化因素。<sup>52</sup> 从事性工作的人是另一个特别脆弱和往往被忽视的群体。与吸毒和性工作两者相联系的污名化妨碍获得治疗，而这两者活动的刑罪化使得问题变得更为复杂。建议与在吸毒者和性工作者两者中间开展工作的公民社会伙伴开展协作，这是向这些群体伸出援手的一种特别有用的方法。<sup>53</sup> 此外，应当把为这些群体制定具体的专项干预措施作为优先事项，因为没有确凿证据证明现有的干预措施是行之有效的。<sup>54</sup>

## K. 药物依赖治疗作为一项人权

30. 《经济、社会、文化权利国际公约》规定了健康权，将其描述为“人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”。由于药物依赖治疗确实能够改善受影响者的体质和心理健康，因此治疗理所当然地被认为是健康权的一个要素。

31. 经济、社会及文化权利委员会在关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 (2000) 号

<sup>51</sup>Danielle Horyniak 等人，“被迫移民者药物使用的流行病学：系统性全球述评”，PLOS One (2016 年)。

<sup>52</sup>国际移民健康与发展中心，“移民、被迫流离失所者及吸毒：公共健康挑战”，1998 年。

<sup>53</sup>减轻伤害国际组织，“当性工作与吸毒相交之时：宣传与实践的考虑”，伦敦，2013 年。

<sup>54</sup>Nikki Jeal 等人，“关于减少依赖药物的街头女性性工作非法使用药物的干预措施的系统述评”，*BMJ Open*, No. 5(11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238。

一般性意见<sup>55</sup> 中解释该《公约》第十二条第一款界定的健康权时说，一切形式和一切层面的健康权都包含若干相互关联的基本要素，这些要素的准确适用取决于具体缔约国的基本条件。对于药物依赖的治疗和康复服务，这些条件包括：

(a) 可用性：应考虑到预期要求，提供数量充足的治疗服务，包括药物依赖治疗所需的充足数量的药物（如用于治疗类阿片吸毒病症的美沙酮和用于治疗吸毒过量的丁丙诺啡）；

(b) 可获得性：可获得性的几个重要方面包括不歧视（特别关注弱势和边缘人群），物理上的可获得性，经济上的可获得性（即能负担得起）以及保密性；

(c) 可接受性：所有治疗服务都应当在文化上适用于受益人并且必须遵守医德；

(d) 质量：高质量是指技术熟练的治疗服务提供者利用循证方法提供在医疗和科学上适当的治疗服务，例如开具经科学证明有效的药物处方。

32. 因此，根据各项国际药物管制公约和《经济、社会、文化权利国际公约》，各国应努力确保药物依赖治疗的提供符合上述标准。

33. 关于与吸毒病症患者人权相关的强制性药物依赖治疗的讨论，尤其具有重要意义。许多国家在其国家药物管制框架内制定条款，规定刑事司法系统可以激励、命令和（或）监督特定形式的药物依赖治疗。在一些情况下，有关方面未经患者同意而强制其接受治疗。这种治疗经常伴随着在监狱或其他拘禁设施中羁押患者。在其他一些情况下，可请个人在知情同意的情况下选择接受监禁还是接受治疗。只有在某些少数且有限的情况下才可能批准对患者进行短期治疗而无需获得其同意，例如有严重精神健康问题的个人在受到法律制裁的情况下接受非自愿住院治疗。

<sup>55</sup>HRI/GEN/1/Rev.9（第一卷），第一章。



34. 出于以下原因，应当阻止强制治疗，即在受影响者未明确表示同意的情况下对其实施的治疗：

(a) 关于其有效性的证据不足；

(b) 它们威胁到接受治疗者的健康，包括面对艾滋病毒和其他感染的脆弱性增加；

(c) 它们与《经济、社会、文化权利国际公约》所阐述的人权原则直接冲突。

35. 很多联合国机构坚决倡导关闭强制毒品拘留和康复中心并提供自愿、循证和基于权利的治疗服务，麻管局已经重申了这一立场。<sup>56,57</sup>

36. 治疗服务的质量和供应方面的一个基本要素是获得治疗药物依赖所需的药物。美沙酮和丁丙诺啡等一些经证明对于治疗药物依赖明确有效的药物是受到国际管制的药物。许多国家药物管制政策框架使得治疗设施难以使用此类受管制药物进行治疗。许多受管制药物不仅在药物依赖治疗中发挥着关键作用，而且在减轻疼痛、麻醉、外科手术以及精神障碍治疗中也发挥着关键作用。相较于阻止药物被转移、贩运和滥用的义务，确保出于医疗和科学用途充分供应这些药物所获得的关注要多得多。一些国家明确禁止使用此类药物。在其他地方，即使能获得药物，但由于繁琐的监管要求，服务提供者也不愿使用它们。虽然必须劝阻保健专业人员不当开具管制药物的处方，但对于在处理类阿片药物过程中发生的无意失误，麻管局明确建议取消法律制裁。<sup>58</sup> 但是，有些国家继续过于严格地解释和适用与治疗服务提供者有关的法律。例如，在印度，两名精神科医生在

<sup>56</sup> 毒品和犯罪问题办公室等，“强制毒品拘留和康复中心”，联合声明，2012年3月9日。可在 [www.unodc.org/](http://www.unodc.org/) 上查阅。

<sup>57</sup> E/INCB/2016/1。

<sup>58</sup> 《受国际管制药物的供应：确保出于医疗和科学目的充分供应——不可缺少，充分获得和不受不当限制》(E/INCB/2015/1/Supp.1)。

2014年因被指控向患者提供丁丙诺啡而被逮捕和监禁。这导致大量医生停止使用丁丙诺啡进行治疗，致使大量患者无法获得有效治疗并被迫继续非法使用海洛因。<sup>59</sup> 遗憾的是，印度并非是唯一一个这样做的国家。据指出，尽管出于医疗目的的消费量非常少，但药物还是会被转移。这表明限制出于医疗目的获取药物不足以防止滥用。<sup>60</sup>

37. 确保出于医疗和科学目的获得受管制的麻醉药品和精神药物符合国际药物管制公约的精神。因此，各国应采取措施，消除阻止获得这些药物的法律障碍和政策障碍。规范医药产品供应的国家法律总体上应当与药物管制条约一致，这是因为相关条约可遏制药物的非法使用并促进获取药物用于治疗。国家政策和条例细则有时会对不同的医疗目的进行区分，便利获得受管制药物以治疗与癌症晚期相关的疼痛等某些健康疾病，但却阻碍了治疗药物依赖的获取。根据国际药物公约的规定并依照科学证据，必须一视同仁地为需要使用受管制药物进行治疗的所有健康疾病提供受管制药物。对使用受管制药物进行治疗实施不当的限制是对健康权的侵犯。

## L. 治疗方案的监测和质量保证

38. 适当的监测和评价体系对于监测公共部门和私营部门的治疗、康复及回归社会服务的覆盖范围与质量至关重要。这是有效确立优先事项并有针对性地响应所评估需求的一项先决条件，这些需求涉及改善护理质量，帮助决策者确定治疗相关投资的回报，查明治疗提供方面的差距以及规划必要的治疗方案。

<sup>59</sup> Atul Ambekar 等人，“印度扩大类阿片药物替代疗法的挑战”，《印度精神病学杂志》，第59卷，第1号（2017年4月）。

<sup>60</sup> Briony Larence 等人，“南亚药用类阿片药物的供应、转移和注射”，《毒品酒精评论》，第30卷，第3号（2011年），第246-254页。

39. 在牢记这一目的的同时，应当制定以健康为重点的指标，例如从吸毒病症中恢复的人群比例，这不仅仅是要衡量吸毒频率或所使用药物的类型。鼓励进行业务研究和共享良好做法是重要的机制，有助于确保治疗方案结果得到更好的利用，以作为连续改进质量进程的一部分。

## M. 建议

40. 三项药物管制公约规定缔约国有义务向吸毒病患者提供治疗，作为广泛的减少需求措施的一部分，这项义务对于在世界范围内改善公众健康非常重要。另外，加强吸毒病症的治疗也是实现《可持续发展目标》3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）的一项关键指标。本章力求实现的一项主要目标是根据药物管制条约的要求促进吸毒病症治疗，以及防止以公约名义实施不以证据为基础的做法。各国应知晓并利用药物依赖治疗和护理的资源与工具，而这些资源和工具是通过毒品和犯罪问题办公室与世卫组织之间的协作进行开发的。<sup>61</sup> 联合国系统努力开展合作，通过公共卫生、药物管制和执法部门之间的有效互动，推进一种综合且平衡的药物治疗方法。

41. 麻管局建议各国应当：

(a) 收集关于吸毒病症流行率以及治疗的可得性和利用率的数据。有必要分配资源，改进有效收集信息的机制，途径包括采用公认的方法全面开展国家药物使用调查，评估药物使用和治疗的程度与模式；

(b) 进行投资，使循证治疗和康复服务可用和可得。考虑到吸毒病症对国家资源构成重大负担并给人类造成痛苦，各国有必要进行投资，使受药物依赖影响人群可利用和获得循证治疗和康复服务，作为医疗保健

系统的一部分。很难规定为涵盖全部药物管制活动而需要分配的资源的具体数量或比例。药物管制包括减少供应（例如，监管控制、执法、禁止和刑事司法）和减少需求（例如，预防、治疗和康复，以及预防有害后果）。但是，资源分配应当平衡，并考虑到药物问题的程度和模式、国家优先事项和科学证据；

(c) 确保协调政府机构和部门在减少供应和需求方面的努力。减少供应和减少需求所需的技能和专业知识有很大不同。即使是在减少需求领域，初级预防所需的专业知识也与治疗和康复所需的专业知识有很大不同。因此，尽管执法机构更适合管理各种不同的管制措施，最好由负责卫生领域的部委来处理药物依赖治疗。与此同时，必须确保参与药物管制的所有机构间的协调；

(d) 在其他健康和福利需求中，适当重视药物依赖治疗。必须根据本地需求，为吸毒病症的治疗和康复分配国家资源。即使这些资源是范围广泛的健康和福利服务一揽子方案的一部分，也需要划拨一定的比例专门用于治疗 and 康复。有必要优先为有效性得到有力证据证明的治疗方法提供资源；

(e) 培养一批有技能和训练有素的人才。为确保药物依赖治疗方案的质量，各国必须发展机制，建设各类专业治疗人员的能力，包括在大学受过培训的成瘾药物或成瘾精神病学领域的专家、能够处理常见毒品相关问题一般医学专家和包括护士、咨询师、心理学家、社会工作者和职业理疗师在内的其他专业人员。关于这一领域的外联活动，据发现，来自吸毒群体社区的同伴咨询师在接触难以接触的吸毒人群并激励他们获得服务方面卓有成效。此外，其他可能遇到存在吸毒问题的人群的专业人员，包括一般医疗保健、教育、社会服务或刑事司法领域的专业人员，应当接受早期发现、转诊或干预方面的培训。所有培训方案必须纳入人权要素与合乎道德的治疗方法；

(f) 与公民社会伙伴协作。非政府组织可以多种方式成为国家政府十分有效的伙伴，其中包括通过锻造受影响个人与服务提供者之间的联系增强服务的外延，确保吸毒者的权利得到保护及发挥宣传平台的作

<sup>61</sup> 毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，《毒品和犯罪问题办公室和世卫组织药物依赖治疗和护理联合方案》（2009年）。

用为受影响社群发声。国家政府应当增进与公民社会的合作，帮助确保强化的治疗干预在外延和覆盖面上遵守各项国际药物管制公约；

(g) 遵循公正和公平原则。应确保所有需要治疗服务的群体都能便利获得这些服务，并特别关注特殊人群或边缘群体、贫困群体和弱势群体，尤其是妇女、儿童和青少年、性少数群体、经济弱势群体及种族和族裔少数群体。应当确保受药物依赖影响群体不被歧视，包括不因其一直在使用的药物类型（受管制药物相对于不受管制药物）而遭受歧视以及不论他们是否与刑事司法系统有过接触。监狱或其他拘禁设施中的治疗服务必须具备与社区所提供相同水平的质量和强度。需要确保有吸毒病症的所有人都能够行使获得治疗的权利；

(h) 为吸毒病症治疗提供医疗保险和其他福利。药物依赖人群必须能够获得与其他健康疾病患者相同的医保和福利服务。可给付医疗保险的疾病列表中必须包括吸毒病症。同样，如果提供残障福利，也必须涵盖药物依赖患者群体；

(i) 改善受管制药物的获得。应当简化受管制药物（例如美沙酮、丁丙诺啡及治疗药物依赖所需的其他药品）的相关政策和规程，以方便获取。虽然程序性监督和监测对于预防制药产品转移和误用至关重要，但限制性过强的规则和程序会使专业人员不敢使用它们。有必要创造一个环境，让专业人员提供标准的治疗服务，包括在必要时开具处方和配发受管制药物。国家法律和政策不应当对需要此类药物的各类健康疾病加以区分。应委托医疗部门和医疗专业人员按照医学科学的流行知识就药物选择做出临床决定；

(j) 为提供治疗服务制定一个多层结构。有必要在各种不同环境下提供治疗、康复及回归社会服务。过于依赖专业康复中心等专门设施可能适得其反，这是因为它们可能使用户遭受污名化，使服务难以获得并无法负担。相反，随着能力得到发展，应针对治疗服务的提供制定一个多层结构，通过提供一般和初级医疗保健服务来处理普通和严重程度较低的问题，而较严重的问题则通过提供专业一级的护理来处理。此种

结构将便于问题相对较轻的群体尽早发现问题并接受治疗，防止他们产生更深的药物依赖和遭遇更严重的后果。鼓励各国政府使用世卫组织编制的关于在全民健康保障框架内促进一般医疗保健系统对吸毒病症的预防和治疗的资源材料；<sup>62</sup>

(k) 从刑事司法对策转向健康和福祉制度对策。有必要确保国家药物政策框架有利于提供治疗和康复服务，并避免在处理药物问题时无意地向刑事司法对策倾斜。在这方面，一些国家启动了具有重要意义的法律和政策改革。国家层面的总体药物政策环境要有利于提供循证治疗和康复服务。必须确保有吸毒病症者的人权在所有阶段得到尊重，这些人不得受到任何形式的歧视；

(l) 扩大合作，分享最佳做法和建设能力。麻管局和联合国的多份出版物以及麻醉药品委员会、经济及社会理事会和大会的各种决议都指出并强调药物管制领域的国际合作的重要性。国际合作对于改进和扩大药物依赖治疗的涵盖范围同样至关重要。敦促各国通过分享证据和最佳做法开展合作，并在培训人力资源以提供治疗和康复服务方面开展合作；

(m) 向中低收入国家提供资金和技术援助。许多国家需要经济和专业援助，以制定和维持符合国际标准的药物依赖治疗方案。许多已经建立受管制药物非法市场的发达高收入国家寻求与作为这些受管制药物来源国或过境点的发展中国家合作。因此，发达高收入国家应向正在努力建立与维持治疗和康复服务的中低收入国家提供经济和技术援助，以作为回应。鼓励在汇集适当专长和建立能力方面取得了成功的中低收入国家与其他国家共享自己的经验。在这方面，国际捐赠机构和联合国机构在援助发展中国家方面能发挥至关重要的作用；

(n) 确保研究最新干预措施。过去数十年间取得的科学进步使国际社会有可能高效、切实和人道地应对吸毒病症构成的挑战。尽管在吸毒病症治疗领域取得

<sup>62</sup>世卫组织，《精神卫生差距行动方案，非专业卫生环境下的精神、神经和药物使用病症干预指导：精神卫生差距行动方案》（2010年，日内瓦）。



了重大进步，但仍存在一些挑战。虽然已经证明了现有的药物疗法对于类阿片使用病症有效，但对大麻和兴奋剂使用病症的有效药物疗法仍然难以捉摸。新出现的精神活性物质属于另一个领域，其中关于有效治疗的效果、后果和模式的知识储备仍然在不断发展。许多国家和司法管辖领域实施了与受管制药物，特别

是大麻相关的实质性政策与立法改革。这些政策变革对吸毒病症以及随之而来的治疗需求的影响仍然有待观察。一些国家正在实施形式相对较新的干预，例如海洛因维持和监管注射设施。麻管局呼吁继续努力，在这些领域开展更多的研究，为符合各项国际药物管制公约的循证治疗和干预提供资料。