毒品政策
全球委员会

认知世界毒品问题

反击对毒品使用者的偏见

2017 年报告

毒品政策全球委员会成员

KOFI ANNAN
科菲安南基金会主席及前联合国秘书长，加纳

JOYCE BANDA
前马拉维总统

PAVEL BÉM
前布拉格市长，捷克

RICHARD BRANSON
企业家，维珍集团创始人，长老会联合创始人，英国

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
前巴西总统

MARIA CATTAUI
前国际商会秘书长，瑞士

HELEN CLARK
前新西兰首相，联合国开发计划署署长

NICK CLEGG
前英国副首相

RUTH DREIFUSS
前瑞士总统，内政部长

CESAR GAVIRIA
前哥伦比亚总统

ANAND GROVER
前联合国人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员，印度

ASMA JAHANGIR
前联合国任意处决、法外处决和即决处决问题特别报告员，巴基斯坦

MICHEL KAZATCHKINE
前期全球基金执行主任，法国

ALEKSANDER KWASNIEWSKI
前波兰总统

RICARDO LAGOS
前智利总统

OLUSEGUN OBASANJO
前期全球基金执行主任，法国

GEORGE PAPANDREOU
前希腊首相

JOSÉ RAMOS-HORTA
前东帝汶总统

JORGE SAMPAIO
前葡萄牙总统

GEORGE SHULTZ
前美国国务卿

JAVIER SOLANA
前欧盟共同外交安全政策高级代表，西班牙

THORVALD STOLTENBERG
前外交部长，联合国难民事务高级专员，挪威

MARIO VARGAS LLOSA
作家和公共知识分子，秘鲁

PAUL VOLCKER
前美联储主席，前经济复苏理事会主席，美国

ERNESTO ZEDILLO
前墨西哥总统

目录

主席寄语 5

摘要 7

毒品 9

成瘾 12
- 精神物质的成瘾性 12
- “成瘾”与恢复 13
- 强制治疗 13
- 减低伤害 14

毒品使用者 16
- 使用毒品的原因 16
- 毒品使用是一个个人问题 17
- 毒品与犯罪 18

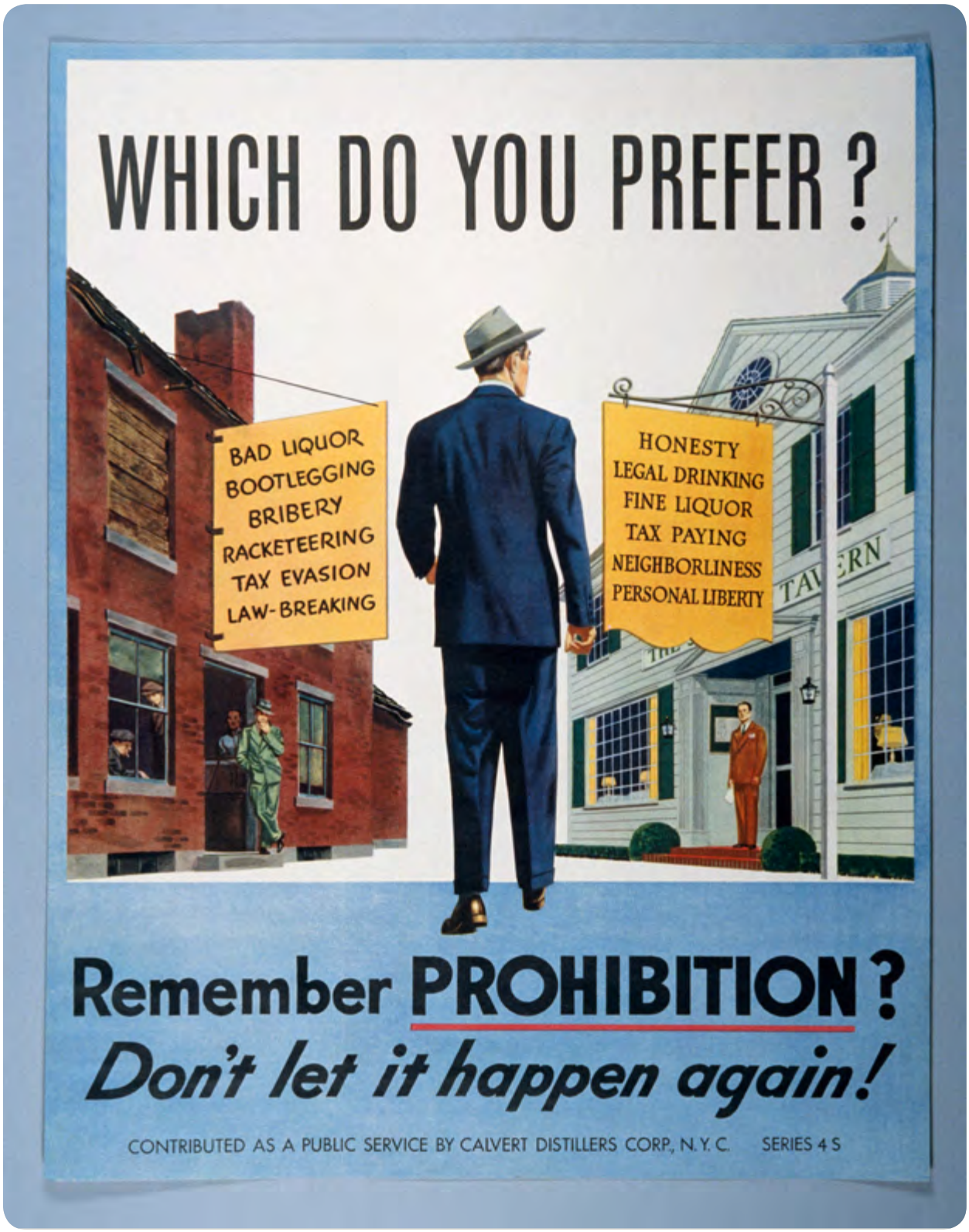
媒体与大众观念 21
- 污名与语言 21
- 道德恐慌——政治、媒体和公众观念相互强化的结果 23
- 改变我们谈论毒品和毒品使用者的方式 24

毒品管控政策 25
- 预防 25
- 对个人使用和持有毒品的刑事定罪 26
- 长期徒刑与死刑 26

改变认知：领导力和信息 28

建议 29

参考文献 31



一份美国威士忌生产商赞助的海报，反对恢复禁酒。© David J. & Janice L. Frent/Corbis via Getty Images

主席寄语

过去六年，毒品政策全球委员会已经成为关于全球毒品管控制度争论中的引领者，讨论制度的失败，和制度引发的压迫性法律，以及克服禁令的悲剧性后果所需的改革。委员会的25个成员带来了政治、科学和商业领袖的丰富经验，以及对人权和可持续发展的恒久奉献。

在之前的六份报告中，全球委员会强调了误导性政策的人力成本、在减少非法毒品生产消费和阻挠犯罪组织方面的无能。委员会也提供了关于有效处理失败政策的后果所需措施的综述。后果包括：传染性疾病扩散，因过量或使用掺假毒品导致的死亡，压制和帮派地盘争斗带来的暴力，缺乏面向毒品相关犯罪前科者（购买者和涉及毒品制贩的非暴力人员）的社会融合。罄竹难书。以及直接接触毒品者的家人和朋友受到的影响，被非法市场控制的地区的居民，甚至整个社会受到的影响。政府浪费大量公共资金用于压制而非自主有效的预防、治疗和减低伤害措施。社会受到政策负面影响，将对毒品的控制让给了犯罪组织。

上文描绘的现象在不同国家地区的情况不同，取决于是否有卫生危机和危机程度、监狱拥挤情况、毒品相关暴力水平和有组织犯罪的力量。在每个国家，不同群体因毒品和毒品政策缺陷受到不同程度的痛苦。因此改革在不同国家和地区是不一样的。毒品政策改革必须纳入地方参数和个体与社群的真实需求。改革的关键在于对待解决问题的深度分析；而且必须动员一切涉及到的人，并对影响有适当评价。

工作应当是理性且实事求是的，放弃关于无毒品社会的意识形态和幻觉，在全世界渐进实施。政府提供减低伤害服务，对出于个人使用目的的持有和使用进行去罪化，为涉及非法毒品制售的非暴力和轻微暴力人员提供替代性惩罚，对大麻和新型精神类物质合法监管。

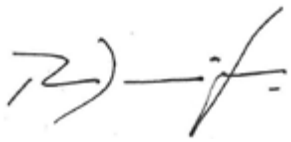
但转变方向试水新途径并不容易。很长时间，毒品都被视为必须不惜一切避开的物质；毒品使用者被社会拒绝，被当做反社会、堕落和异端。对毒品的偏见和恐惧表现为污名化言语，污名引致社会歧视和压迫性法律，而禁令助长了恐惧与偏见。必须打破这种恶性循环。因此，全球委员会选择将第7份报告围绕“世界毒品认知问题”。

政府有责任纠正对毒品和毒品使用者的错误认知，大量提供实证基础信息，使人们能够轻松获取。政治和宗教领袖在其演讲和态度中必须表达对所有公民尊严权利的尊重，尤其是那些最脆弱的社会污名受害者。

直接接触毒品使用者的专业人员，无论是医疗人员、社工还是执法人员，都有责任避免将种族、犯罪和毒品问题混淆。有必须要澄清错误认知，以打击任意处置或清除人们获取所需服务时所遇阻碍。这些专业人员应当分享所参与的公共卫生和人权途径的成功经验。

所有社会成员都必须要求公开毒品政策的真实成本和它们对生活、社群及经济的影响的信息。唯此每个公民才能对改革争论相关事实有个全面了解。

我们用事实反对偏见。我们鼓励改变态度、语言和对待毒品使用者的方式。当务之急是打破伤害个体和社会的恶性循环。



Ruth Dreifuss
前瑞士总统及内政部长

摘要

毒品政策全球委员会过往报告已经显示了在地方、国家和国际层面的压迫性毒品控制政策是如何夸大毒品对个人和社群的潜在伤害。本报告在承认毒品不当使用对个人生活的负面影响的同时，将重点放在当前对毒品和毒品使用者的认知如何与禁止性政策相互依存。

实际上，毒品政策改革经常难以开展、制定和实施，是因为当前政策和措施是基于认知与感性，对减低伤害效果等应当进行的实事求是讨论，经常沦为道德辩论。本报告旨在分析最常见的认知与恐惧，用毒品和毒品使用者的事实来进行反驳，并提出行动建议，以支持毒品政策向更高效的方式改革。

毒品、成瘾与治疗目标

毒品经常被当做不自然的污染物，由异常力量带入社会。很多人害怕毒品。实际上，摄取物质以改变个人精神是一种普遍的欲望，自古以来在世界各地的各种文化中都存在，只是使用的物质各不相同。而且，尽管所有的毒品使用都存在一定风险，但毒品的法律地位却极少与其潜在伤害相符。而且，一种物质如果不能合法制造、持有和消费，则它的潜在伤害会增加。

人们都认为毒品成瘾过程是，先仅是为了娱乐消遣使用毒品，之后毒品化学物质就把人钩住了，最终成为毒品的“奴隶”。但这是对成瘾的误解。毒品使用相当普通，2016年估计有2.5亿人在使用非法毒品，其中大约有11.6%被认为毒品使用不当或成瘾。大多数精神性物质的使用是偶尔的，不成问题。

成瘾通常被认为是永久不可逆的。而且都认为如果能恢复，则首要一条就是戒绝，而这也成为治疗的唯一目标。但是，治疗的首要目标应道是让人们能尽可能获得生理心理健康。从这个角度看，戒绝并非对一个人最好的治疗目标，也不太可能是他/她的个人意愿。即使他们有这个意愿，毒品使用不当的人大多数也需多次戒毒才能达到戒绝。

因此需要为大夫和患者提供一系列不同选择，让他们自由决定最合适的治疗。治疗选择包括心理支持、替代疗法和海洛因辅助治疗。大量证据证实了这些治疗的效果。

另外，很多方法经科学证明能够预防多数毒品使用造成的伤害，而无需戒绝毒品。多数伤害是那些无效的压迫性政策导致的。减低伤害干预包括针具项目、安全注射场所、提供鸦片过量拮抗剂和毒品检查。

对毒品使用者的认知

关于人们使用毒品的原因，最流行的是心理和道德解释，认为这些人“软弱”或“不道德”。一般大众通常认为毒品使用不当是一个个人问题，而非社会问题。另一个对毒品使用者的刻板印象是这些人生活在社会边缘，要比其他人低一等，不应当和其他人一样享有同等权利。

这种认知和刻板印象不符合专家认为的毒品消费首要原因。这些原因包括青年人的生活实验，消遣取乐，社交，提升表现，为控制情绪或生理痛苦进行自我治疗。

另一个普遍认知是毒品使用者，尤其是那些使用不当的人，都参与犯罪活动。但绝大多数毒品使用者都没有犯任何罪，除了违反毒品法律。毒品使用不当的人经常无力承担所需毒品，除非去犯罪。而且，毒品使用者经常被排除于主流社会之外，放逐到犯罪丛生的边缘亚文化。一旦他们有一次犯罪记录，就很难再就业，导致非法市场和犯罪成为唯一生存之路。

媒体描绘和公众印象

本报告讨论的认知受媒体影响极大。媒体将毒品的影响描绘得极其恶劣。对毒品和毒品使用者的描述通常有两种：一种将毒品与犯罪相连，另一种则表示毒品使用对个人有不可避免的灾难性后果。

公众观点和媒体描绘相互强化，固化了毒品和毒品使用相关污名。常见用词汇“毒虫”“毒品滥用”或“大烟鬼”，将毒品使用者隔离为“他们”。他们，道德有瑕疵或低等人。

这种污名与歧视，再加上对毒品使用的刑事定罪，与很多国家中毒品使用者人权侵犯直接相关。因此，为改变人们对毒品消费的看法和对待毒品使用者的方式，我们需要改变认知，第一步是改变我们说话的方式。

对毒品和毒品使用者的认知和毒品管控政策之间的联系

对毒品和毒品使用者的认知和毒品管控政策之间的联系形成了一个恶性循环。在一个禁毒政府管制下，毒品使用是非法行为，而这也增加了污名，让毒品使用者更容易受到歧视。而相应管制政策则把毒品使用者视为劣等人，不是公民，把他们当更大社会问题的替罪羊。

首先，对毒品的恐惧可转为要求推行全面戒绝的预防措施，并认为所有毒品都同样恶劣。但是，提供不全面不准确的信息会损害政府与青年人之间的信任。更好的方式是，诚实提供信息，对年轻人的生活实验多一些容忍，并提供安全操作的知识。

其次，毒品使用被视为一个道德问题，是错误的，所以要被刑事定罪。即使毒品使用本身是一个非暴力行为，而且只对使用毒品的个人有潜在生理伤害。但很多国家仍对非暴力的毒品犯罪使用死刑，在道德层面将其视同谋杀或其他极为严重的犯罪。

在一些国家已经开始进行认知和政策上德改变。领袖和信息发挥了重要作用，显示在提供可靠信息之后，公众可以支持更为务实科学的毒品政策。有可能劝说那些担忧公共秩序和安全的人接受更有效减低毒品相关伤害其他毒品政策。不仅减低对毒品使用者的伤害，也减少对他们所在社群和整个社会的伤害。

毒品政策改革的原则

在将可持续发展议程作为共同政策框架后，人权、安全和发展成为所有政策的基础。因此，我们重申全球毒品政策委员会的原则：

1. 毒品政策必须基于有力的科学证据。衡量成功的首要方式应当是减低对个人和社会健康、安全和福祉的伤害。

2. 毒品政策必须基于对人权和公共卫生的尊重。对毒品使用者和参与种植、制造和销售毒品的底层人员的刑事定罪、歧视和边缘化应当停止。对毒品不当使用的人应当视为患者而非罪犯。

3. 毒品政策的制定和实施应当是全球共同的责任，但也需要考虑多元化的政治、社会和文化现实，允许在国家水平尝试依法管理毒品。政策应当尊重受毒品制造、贩运和消费影响的人的基本权利。

4. 毒品政策必须是综合性的，纳入毒品使用者、家人、学校、公共卫生专业人员、发展实践行动者和民间组织领袖，与执法机构等相关政府部门合作。

我们的最终原则，是呼吁所有社会成员寻找和分享可靠的实证基础的信息，包括关于毒品、毒品使用者、毒品使用方式和使用毒品的原因以及背后的动机。本报告提出的六个建议为政策制定者、意见领袖、医疗界和公众提供了朝这个方向前进的路径。

打破对毒品和毒品使用者的禁忌认知。是时候改变我们的认知和态度了。

毒品

什么是毒品？[8]

广泛的说，毒品是能对心理或身体有作用的物质。作用于心理/精神的物质，包括兴奋剂、镇静剂、致幻剂、谵妄药或分离性麻醉药。用毒品这个词来描述这些物质，给它们带上一层贬义。从药理角度看，咖啡因、尼古丁和酒精与可卡因和海洛因一样，都是毒品。

而在大众语言中，“毒品”有了另一层意思。过去的一个世纪中，“毒品”意为非法的精神物质。因此，（在大多数国家）大麻是毒品，而酒精不是；而吗啡在大夫手里是“药物”，作为消遣使用就是“毒品”。精神物质在当做药物使用时，更能被社会接受。一种物质是否是毒品，取决于使用的意图，操作的方式和使用者的社会阶层。在很多案例中，涉及的物质是同一种，但对其认知却有很大差异。

毒品经常被当做非自然的污染物，由异常力量带入社会。很多人害怕毒品。实际上，精神物质使用是存在与整个人类历史的。毒品使用并不仅是人类才有，其他生物也有。很多动物会故意昏醉，如猫吸食猫薄荷，候鸟吃发酵的浆果，狒狒嚼烟草。[2]摄食物质来转换精神似乎是普遍的欲望，存在于各个时期，存在于世界各地不同文化中。[1] 从人类学视角来看，“心境/意识转换技术/物质”是“人类世界”的一部分，和音乐、语言、游戏等一样，是文化的基本组成。[2] 而现今正是如此，极少有人从未使用过精神物质，可能是酒精、烟草、咖啡或阿拉伯茶。因此，大多数人和社会都能理解精神类物质的吸引力，至少理解那些在所在文化中被社会接受的那些物质的吸引力。

毒品使用是有风险的，无论使用的物质是合法还是非法。包括酒精烟草在内的毒品可给个人和社会造成伤害，但毒品造成直接间接伤害的方式是多种多样的。[3] 很多人认为毒品必须非法，逻辑是因为他们造成了伤害。实际上，决定禁止哪些允许哪些的政策依据常常不仅是科学或医学的理由。

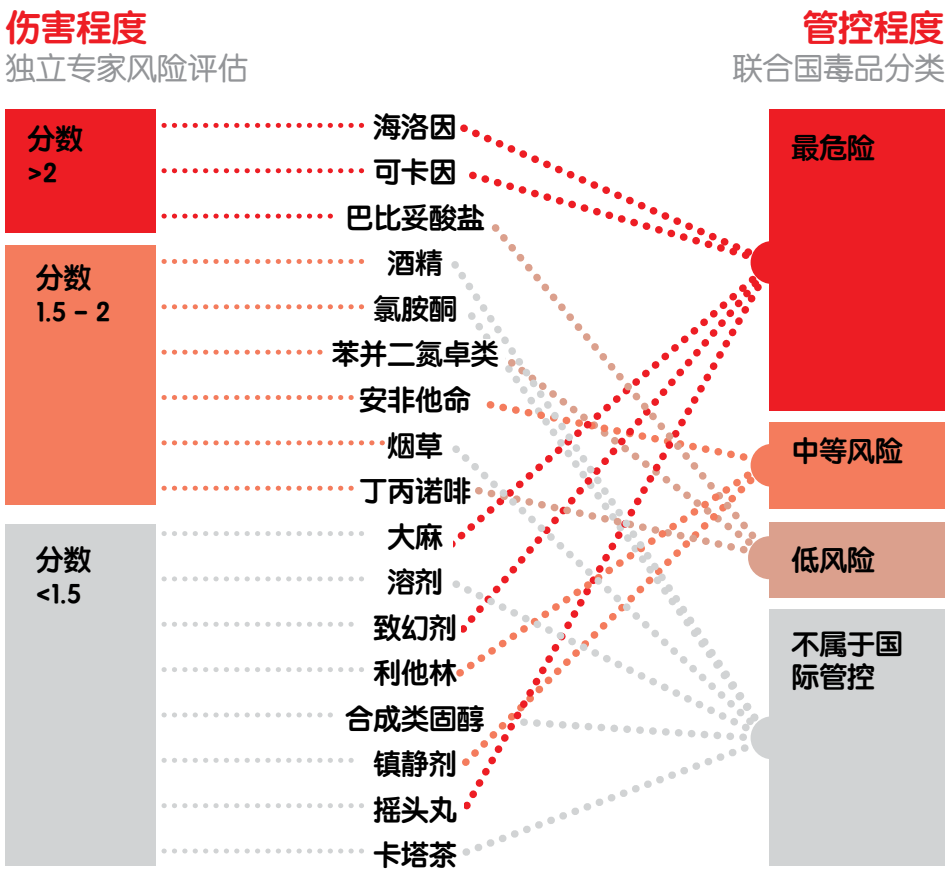
《柳叶刀》在2007年发表了一个划时代的研究，将毒品依据不同标准进行排序。标准包括身体伤害（急性、慢性、静脉伤害）和心理社会伤害（包括中毒和医疗保健成本）。[4] 海洛因是对个体伤害风险最大的物质，但如果把个体和社会伤害都考虑进来，合法物质酒精则伤害最大。事实上，在联合国的物质界定（对持有或供给的惩罚量级等层面）和该研究评估的伤害之间，几乎没有关联存在。[5] 毒品是否合法并不一定与它的潜在伤害相关。

而且，《柳叶刀》的研究评估了英国法律制度中不同毒品的当前伤害。对非法毒品而言，他们造成的伤害有一部分是因为被禁用，这增加了使用的风险。海洛因就体现了这一点。海洛因是一种烈性毒品，不当使用的风险相对较高。如果在“街头”购买海洛因，买家不知道买到手的效力和纯度如何，因此很可能使用过量而致死。相反的是，一个患者在海洛因辅助治疗的疗程中，能够得到适当剂量的医疗等级的二醋吗啡，医生和患者都清楚其效力，并按患者的接受程度来调整剂量。[6] 在瑞士20年的海洛因辅助治疗中，没有一起致命的药物过量。同样，很多严重的伤害并不是物质本身性质：在使用消毒针具注射时，丙肝和艾滋病毒等血源病毒的传播风险几乎为零。静脉塌陷和心血管硬化也常见于长期使用“街头海洛因”的人，主要原因是不适当的注射器具和品质低劣的海洛因（如粗加工的“黑焦油”）或销售链中添加的物质（经常有海洛因中添加石灰类难溶解的物质，会阻塞血管）。对肝和肾的伤害也主要是由于“街头海洛因”中的添加物，以及共享针头等不安全注射行为导致的感染。由于海洛因本身而导致的副作用是便秘和xing'gong性功能降低，以及海洛因依赖。[7]

拜耳1913年以前生产的药用海洛因。图片来源：免费提供。

如今在街上销售的未知纯度和效力的海洛因。图片来源：© Snowbelle / Shutterstock.com

图表 1: 根据伤害程度与管控程度

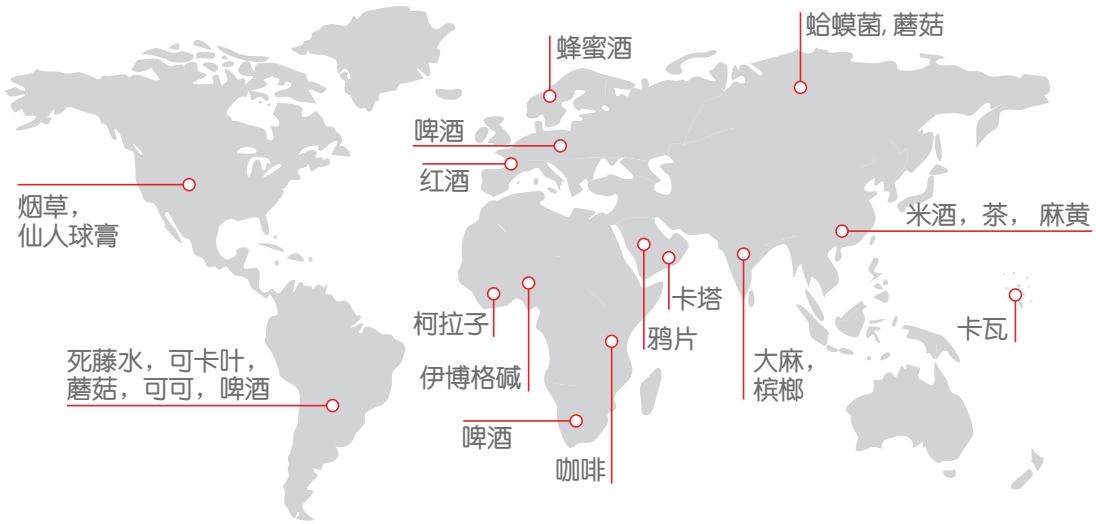


来源：Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007); 联合国毒品和犯 问题办公室，《1971 〈精神药物公约〉 时间表》，2017年10月18日。
1961年的 《麻醉品单一公约》 由1972年的议定书进行了修订，以及1971 《精神药物公约》 时间表，2017年10月18日。

很多毒品是一种“习得口味”，最开始的生理感受是不愉快的。比如，第一次喝啤酒时感觉是不好喝的苦味，第一次抽烟会咳嗽恶心。[9] 在社会文化作用下，多尝试几次，人们开始学会享受这些。[10]因此，尽管使用毒品是普遍的欲望，历史上某个文化经常使用的毒品通常是本地或周围的植物，安第斯山脉的可卡叶，太平洋的卡瓦，印度和亚洲其他地方的鸦片。将分享毒品作为文化的一部分也是很常见的。比如酒精，在很多国家都被普遍使用，而且其正常使用是被社会许可的（公共场所醉酒等情况例外）。而来自其他文化的毒品则会被排斥，直到新毒品在适应后被正常化。烟草和咖啡在最初被引入到欧洲时就是这样。

如前文所述，物质的制造、持有或使用如果是非法的，则其本身的潜在伤害会增加。物质是合法还是非法，中间的界线并不是根据他们的伤害程度而定的。不同的文化将不同的毒品定为非法。比如，一些文化和宗教禁止使用酒精，目前有些亚洲和非洲国家是禁酒的，从阿富汗到毛里塔尼亚。[11] 这与西方文化相反，西方将酒精作为主要的社会接纳的精神物质。实际上，红酒是基督教每周仪式的一部分。在同一种文化中，不同时期合法与非法的界限也不同：在摩洛哥，由法国和西班牙摄政时，大麻是合法的；[12] 在印度和巴基斯坦，英国殖民时期鸦片是合法的；独立后就立刻不合法了。[13]

图表 2: 世界各地的传统毒品使用



来源：改编自 Nutt, D. (2012) Drugs Without the Hot Air

Edmond S. Fehoko，新西兰

我现在正在奥克兰理工大学攻读公共卫生博士。我的父母从汤加移民到新西兰，与我的传统文化的联结对我个人和我的学术工作都很重要。我的硕士论文讨论的是12名新西兰出生的汤加裔男性参与卡瓦会（聚会喝卡瓦）的经历和认识。我可以清楚回想起我第一次参加卡瓦会，是14岁时和我父亲在当地教堂。我喝卡瓦时，感到平和与友好，压力渐渐减少，最终达到平静。

卡瓦会是包括汤加在内的太平洋地区社群的社交文化空间，人们在一起边喝卡瓦边分享想法、知识和经验，这是一种与太平洋家园联结（或再联结）的途径。卡瓦是一种用卡瓦根茎制成的饮料，在太平洋地区广受欢迎，有着神话、麻醉、精神、医疗和文化价值。卡瓦是一种轻度麻醉剂，有杀菌功能。科学证明卡瓦也有轻微抗生素作用。在斐济卡瓦作为药物可用于头痛、麻风、失眠、偏头痛、肺结核和经期问题。因此，由于其药用性质，卡瓦被认为是“太平洋最重要的精神植物”。[14]

对我使用卡瓦的反应有积极的和消极的。积极反应包括认为比喝酒要好。卡瓦喝醉与醉酒不同。卡瓦产生一种微暖愉悦欢乐的感觉，懒洋洋的，让人们交往顺畅，不干扰思考。使用卡瓦也比青年人混帮派要好。我的家庭也认为卡瓦有助于我理解和使用汤加语言文化，能够与卡瓦会社群和谐交流。

不好的一面是，在一夜卡瓦会后，我的头脑会有些昏沉。把时间花在卡瓦会上而不是和家人或不用卡瓦的朋友在一起，比如作为父亲因为卡瓦会很少在家，也会带来污名。我的妻子和家庭把我对卡瓦会的参与比作英国妇女的茶会或学者聚在一起喝咖啡。

成瘾

有必要区分两个经常被混淆的概念：成瘾和依赖。依赖意味着依靠某个物质来运作和避免突然停用产生的戒断症状。这是定期使用某些药物的自然效果（包括镇痛类阿片、某些降压药和抗抑郁剂）。所有因止痛而每日使用类阿片的患者服药几个月后都会出现这种情况。而成瘾，根据美国国家药物滥用研究所（NIDA）的定义，是指“无论有什么伤害性后果，都强迫性寻求和使用毒品”的情况。[20]比如，使用鸦片替代疗法的稳定的美沙酮和丁丙诺菲患者都只是依赖，而非成瘾。[21]

但世界卫生组织国际疾病分类（ICD）第十版仍旧使用“依赖”来描述不管负面后果的强迫性物质使用，[22]而不仅是需要毒品来运作。

美国精神医学协会的诊断与统计手册第五版使用“严重”的“毒品相关障碍”。

欧洲毒品与毒品成瘾监测中心（EMCDDA）使用毒品不当使用（高危毒品使用），意为“反复使用导致实际伤害和负面后果（包括依赖及健康、心理和社会问题，或将个人置遭受此类风险之中）的毒品”。[23] 如此定义是因为毒品使用即使没有生理依赖或强迫 ，也能导致其他问题。

精神物质的成瘾性

很多人都认为毒品成瘾过程是，先仅是为了娱乐消遣使用毒品，之后毒品化学物质就把人钩住了，最终成为毒品的“奴隶”。毒品的形象是“强力的、诱惑性的和迅速成瘾的”，好像每个人都有成瘾风险，毒品本身足以引发任何想象得到异端行为，为多种犯罪和暴力直接负责。[15] 但这种认知是对成瘾（或现在常用的“依赖”、“物质使用障碍”或“毒品不当使用”）的误解。

实际上，毒品使用在世界各地相当普遍。据估测，目前有2.5亿人（15-64岁之间）目前在使用非法毒品，其中有11.6%被认为是毒品不当使用。[16] 欧盟收集的关于曾经使用和过去一年中曾使用的数据也不同意所有/大多毒品使用导致成瘾的假设。如果毒品使用必然导致不当使用，则这两组数字应当相近。但事实是，对所有物质而言，曾经使用的数字远高于过去一年中曾使用的数字：大麻是8770万比2350万；可卡因是1750万比350万；MDMA（狂喜丸）1400万比270万；安非他命1250万比180万。[17] 这显示出大多数曾经试过毒品的人在过去一年中没有使用毒品。精神物质使用的最普遍的模式是偶发性的，不成问题的。

就算是被广泛认为“最强烈”的非法毒品也是一样，包括海洛因、快克、可卡因或冰毒：仅有少数使用者存在问题。[18] 对海洛因来说，23%的尝试者会发展为不当使用，77%的不会；而可卡因则有17%，大麻约9%。而15%的饮酒者和32%的吸烟者会发展为不当使用。这两种物质在多数国家都是可合法获得的。[19]

卡门，德国

我16岁时，一个朋友帮她哥哥烤“空间饼干”（含大麻脂的饼干），她分了些给我和其他朋友。那是很刺激的经历。我们曾经有几次把大麻放到烘焙食物或热巧克力。我开始抽烟之后，也开始抽大麻。我们出去玩时会分享大麻，有时也聚在一个朋友家抽。我们一起出钱，每人拿10马克左右，由一个朋友去批量买大麻来给大家，大概够一两周甚至一个月。因为很多卖家不愿卖5或10克以下。我们买回来再分。很久之后我才意识到我们是在“社交采购”，那个负责去买的朋友是低级毒贩。我在大学也抽大麻，多是在周末。时间久了，我出去玩越来越少，也越来越少抽大麻。

我成长在巴伐利亚，是德国对毒品管控最严厉的州。哪怕只有一根大麻烟，我们也害怕被抓到，都是停车在夜店外的角落，在车里抽；或在朋友家里抽。幸运的是，我们没有人被警方抓到。

我现在结婚了，有3个孩子，做一份专业相关的兼职工作，基本不再抽大麻，除了大约每隔两年我会和高中时的朋友来一次周末旅行的时候。这种时候，我们抽大麻只是为了证明我们还“年轻”。

这种日常非伤害性毒品使用的现实仅是偶尔进入公众视野。比如，在美国记者经常问总统候选人他们关于毒品的经历，比较知名的时比尔克林顿声明他“不曾抽”。[24] 巴拉克奥巴马则是另一种反应，公开承认曾使用大麻和可卡因，并声明“我抽过，就这样”。[25] 实际上，奥巴马总统的经历是世界各地使用过毒品的最普通的经验，偶尔用过毒品，从未发展成为不当使用。但是，这不是人们脑海中最鲜明的印象。

“成瘾”与恢复

就像害怕任何毒品使用都会导致成为“化学制品奴隶”，成瘾也常被认为是永久且不可逆的。就算有可能“恢复”，那治疗的首要且唯一的目的是戒绝，同时个人也尽可能达到生理心理的健康。有人认为替代疗法只是“用一种毒品代替另一种”。[26] 与通常的观念相反，有力证据表明鸦片替代治疗、认知行为治疗、应急管理、激励优化和正念复发干预的疗效。[27]

从医学视角来看，只有不当使用或依赖需要治疗。而如前文所述，这是少数人。毒品使用障碍的治疗首先是医生与患者之间治疗协议，其基础是信任与保密。他们应当能根据最终目的而自由决定疗程、干预和服务，而最终目的不一定是戒绝。[28] 戒绝可能对一些人来说是好的成果，很多毒品不当使用的人需要尝试多次才能成功。而一些人需要各种治疗和服务形式，通过获取非法毒品或替代物质以维持良好的健康状态。联合国明确声明，治疗中的复发“不是性格意志软弱”。[29] 需要有多种选择，包括戒绝为主的康复、心理支持、替代疗法、海洛因辅助治疗等，让医生和患者能够决定适当的治疗。

强制治疗

对成瘾的恐惧与误解导致人们认为毒品使用者应当被强迫戒毒，无论其意愿为何。在一些国家，这

Nicolas Manbode，毛里求斯

我16岁开始使用大麻，18岁时开始注射海洛因。只要我能躲过家人，一切都没问题，我也只是消遣性的买一点。我很小就开始和我爸爸一起在建筑业干活。工地是个残酷世界。有时你能拿个合同，有一大堆活儿，有时没有工作。在项目结束时，我们没有工作，就天天呆在家里，无事可做，我注射次数就更多。

我第一次被抓到持有海洛因是21岁时。自那之后，我的生活翻天覆地。我没有工作，没有钱，kai开始毒品不当使用。和警方打交道越来越多，生活每天都变得越来越难。

27岁时，我受够了反复入狱。太痛苦了，我再也受不了。那不是我要的生活。被监禁很痛苦，用毒品也很痛苦，我要离开。我试了几次戒毒中心和戒绝治疗，都没用。治疗为期两周。我从那里出来，回到家里什么也没变，我就又继续使用毒品了。之后2010年我决定尝试美沙酮治疗，但我还没开始，就被判入狱2年。在监狱里，我得知自己感染了艾滋病毒和丙肝，非常震惊。我2011年出狱，开始美沙酮治疗，坚持了两年。这个治疗对我有效，在这两年中，我得到了支持。我有了目标，并能坚持。戒绝对我没用，我需要医疗跟进。我想关注在我的健康，然后，我逐渐减少美沙酮用量，大概2013年用了3个月最终停止使用。

我的家庭开始转好，他们看到了我的努力。我开始和家里人一起到工地工作。工头对我失去的信任又开始重新建立。但这并不长久。我做过的事还在影响我。2015年，我收到一个案子的判决，那个案子2008年被搁置了。我又被判入狱两年。

幸运的是，在很多人的帮助和干预下，刑期改为社区服务。当我决定不再使用毒品后，我开始在一些组织志愿服务，那帮了我很多。但在职业方面，事情很艰难。我的客户终止了合同。但我没有消沉，坚持下去。同时，一个地方NGO，紧急戒毒团体（CUT），要为同伴部门找一个外展小组组长。我申请这个岗位，一直工作到今天。

如果我没有经历过这些，我也不会是今天的我，它塑造了我的人格。当我想到注射吸毒的日子，我知道如果不是毒品我不会进监狱和感染病毒。慢慢地，我开始建立了自尊，对自己做得事情更有信心。我希望能通过减低伤害项目帮助别人。如果没经过这些事，我也不会去帮别人。现在，无论社会怎么看待我，都不会影响我。

一名正在服用美沙酮的母亲。图片来源：© Brent Stirton via Getty Images

转变为国家强制戒毒。强制戒毒存在于东南亚、俄联邦、北美、拉美、欧洲、澳大利亚和非洲。[30] 强制戒毒中心是对医患之间的信任与自愿关系的侵犯。而且，强制戒毒中心侵害了人权。有证据记录了在越南、中国、柬埔寨和老挝存在警方不经过适当程序将人带走拘留。当事人无法得到律师援助，没有正式听证，也没有任何可以申诉的渠道。[31] 关于俄罗斯民兵团体绑架毒品使用者，将他们从家中带走去“康复”的报告，显示出对他们当做“禽兽”的人的藐视。他们把人用链条锁在床上，不给食物，强迫劳动，酷刑折磨。一份报告指出，“在那里，毒品使用者不被当做人。他们一直被殴打，被羞辱”。[32] 强制戒毒不仅令人震惊，也证明了其自身的无效，以及增加复发的倾向。[33]

减低伤害

已有多种经过科学证明的方式可防止毒品带来的伤害，而无需以戒绝为[34]目标。一系列可缓解毒品使用的负面后果并保护公共卫生的服务与政策通常被称为“减低伤害”。与坚持让人们必须立刻停止毒品使用不同，减低伤害承认有的人不能或不愿意放弃非法毒品使用，而戒绝不应当成为帮助的前提条件。减低伤害包含旨在不要求个人停止具有潜在伤害性行为的同时减少伤害的政策和信息。目的是减少那些不能或不愿停止使用精神类毒品的人受到的伤害。[35] 减低伤害也是第三级预防工具，在避免身心健康恶化的同时提供社会融合。关键减低伤害措施包括清洁针具项目，安全注射场所，鸦片过量拮抗药和毒品审查等。非法毒品使用领域以外的减低伤害干预包括尼古丁贴片、低度啤酒、安全套、安全带和运动护具。

为毒品使用者提供结合了社会与心理的支持时，减低伤害也有助于毒品不当使用的减少。在圣保罗和温哥华，“减低伤害”的理念以多种形式拓展，如为毒品不当使用者提供无条件住房和社会支持，不仅处理毒品不当使用问题，也处理造成毒品不当使用的背后的问题。[36]

Oxana，俄罗斯联邦

我已经有几年海洛因成瘾，但还应付得来。我梦想有个孩子。我在怀孕前有两年没有使用毒品。我很高兴，去找　医生做产前保健。在医院，当被告知不能生育时我惊呆了。因为我使用过毒品，而且感染了艾滋病毒。我无法言喻的沮丧。梦想破碎了。

在我的国家，你12周内可以进行免费堕胎。12周后，你必须付费，而且必须是有特殊情况才行。因此，我开始搞钱来堕胎。也许有其他可以免费的途径，但医生没有告诉我。我一直哭，不吃东西。我想杀了自己。我又开始用毒品，瘦的像具骷髅。我给姐姐写了信，准备去死。

到了孕期这个阶段，要堕胎我必须从麻醉品局（俄罗斯处理毒品成瘾的医药分支机构），因为我曾是毒品成瘾者。但在我的国家俄罗斯，他们不接受孕妇参与麻醉品局项目，禁止毒品医疗妇女在孕期使用美沙酮替代疗法。而官方脱毒项目不向孕妇提供，因为毒品会毒害胎儿。麻醉品局员工得知我要堕胎之后才同意接受我。而在我堕胎前一晚，我从女性朋友那里得知，艾滋病毒阳性者完全有可能生出健康婴儿。也就是说，我所经历的一切，都只是医生随心所欲的想法？

我表示，我要孩子！诊所员工吼我，说我时不负责任的瘾君子，他们不想退我钱。由于经历了这一切，我早产了。在28周时，我有了个健康漂亮的女儿，茱莉亚。太幸福了，付出那么多也是值得的。

我投诉了医生。警察到我家来骚扰我。他们接到匿名投诉，说我忽视婴儿。看来，医生们赢了。

无论如何，我们的幸福持续了两年。我找了个工作挣钱养茱莉亚。照顾她占用了我大量精力。我上班很累，回家还要应付亲戚责骂，我不在时她照顾我女儿。不久，茱莉亚的父亲去世了，情况越来越困难。工作的问题，家里的问题，孩子爸爸去世，其他人疏远。我崩溃了，又开始使用毒品。然后，警察又来乐，带着一个假搜查证来找毒品。他们搜了房子，什么也没找到。他们就从橱柜里拿了糖倒在桌上，叫来证人，说他们发现了毒品。到了派出所，他们把一个针头塞到我的物品里。

我被判了三年三个月。毒品管理部门在他们网上发了文章，把我写成一个怪物，公开我的毒品依赖和艾滋病毒感染。我写信去检察官办公室投诉后，他们才撤下文章。但这太晚了，几乎我所有朋友和亲戚都读到了。

我在口改营利一年了，还有三年。我们每天工作，没有休息。我的艾滋病毒治疗时有时无，因为抗病毒药物并不总能有。我担心自己的健康。我不敢想女儿，一想就哭。我只希求一件事——能再见到茱莉亚，再也不分开。但如果你是一个瘾君子，你永远不知道什么事会毁了你的计划。

毒品使用者

从卫生到优生：好的意愿造成致命的认知

卫生或社会卫生运动，是通过处理传染病社会根源来进行预防的运动。[53] 卫生的概念诞生于19世纪，在一战二战之间得到迅速发展。卫生一开始是医生和政客管制指挥公共卫生标准的医学运动，教育人们环境中的风险因素，解决患者面临的社会问题以带来更好的健康成果。这种方式的基础是卫生的生活方式，同时对不遵守的人施加惩罚，以矫正人们的行为，带来更加卫生健康的社会。两次世界大战期间，由于 “堕落社会”的困扰，一些卫生学家转向了优生学，通过改善遗传来“改进”人类，最终导致将被视为对社会无用的个体进行绝育。

在20世纪中期，卫生学和社会卫生运动伴随着治疗药物的重大突破达到了流行高峰。三个关于毒品控制的国际公约是在这一时期起草和通过的，呼吁保护“人类健康与福祉”，称非法毒品成瘾是“恶魔”。然而，在人们开始应对艾滋病毒传播时，卫生模型遇到了问题。通过限制措施（如强制使用安全套），用预防代替提供信息和适当服务，不进行去污名化，也不为弱势群体赋权，这使改变人们行为成为不可能的任务。

使用毒品的原因

在20世纪前期，出现了一种解释现今“毒品使用障碍”的理论，医生和社会迅速接纳了这种对成瘾的心理和道德解释。如果有人不顾法律禁止和社会反对持续使用毒品，这必然是“潜在精神病态和性格缺陷”的体现。[37] 根据这种理论将脆弱个体病态化并加以驱赶。因为这些人的苦难是自找的，不需要更广泛的社会补救。这种视角将困境中的人视为制造困境的人。正如一个学术团体所说，“人们滥用毒品不是因为他们没有工作、没有居所、穷困抑郁或被疏远；他们没有工作没有居所、穷困抑郁或被疏远，是因为他们软弱、不道德、愚蠢得去用非法毒品”。[38] 如果被谴责的完全是个人，则不用急着去解决不平等、贫穷、家庭破裂等更大的问题。这也许能在一定程度上解释一个明显矛盾，即大多数美国人认为“禁毒战争”失败了，但他们仍然支持为相同政策提供更多资源。[39]

对毒品使用障碍的道德观点直到今天仍然在影响人们的看法。比如，大多数美国人不相信毒品使用的主要原因是困难的生活条件。[40] 当要让人们选择描述可卡因的词汇时，最多选择的是“没有未来”“懒惰”和“自我中心”。[41] 2016年在苏格兰的调查中，近半数受访者认为毒品依赖是因为缺乏自律和意志（42%）。[42] 英国报纸有观点认为海洛因使用更多被描绘为人格情绪问题，而可卡因更多被视为生活方式选择。[43] 在尼日利亚有流传较广的说法，很多人认为毒品会让人发疯，同时又认为只有疯子会用毒品。[44] 社群领袖称毒品使用者为“废物”“没用的人”“不负责任”，说他们是家庭和社区的耻辱。[45] 类似的有在摩洛哥、突尼斯、埃及、黎巴嫩、巴基斯坦和阿富汗的调查，发现形容注射毒品使用者最多的词汇是“应受惩罚”“恶魔”“贱人”“不值得尊重”和“有罪”。[46]

一个相关的常见刻板印象是毒品使用者生活在社会边缘，不是正常的社会成员。毒品使用者因此被非人化被贴标签，被视为属于低下的社会阶层（他者化）。[47] 但当研究者在苏黎世的“针具公园”（二十世纪八九十年代人们聚集购买使用毒品的公开场所）访谈时，结果并不符合这个常见的刻板印象。[48] 近半数受访者（49.1%）定期上班上学，生活相当有序，住在自己公寓或与朋友合住。经常来公园的人里只有五分之一的人没有工作，住在收容所或无家可归。在2004-2005年三个俄罗斯城市的经济行为研究也得到相近结果，注射毒品使用者有相当程度的教育和就业水平，他们的周薪也和俄罗斯平均水平差不多。[49]

专家们用以解释人们寻求精神活性物质的理由通常与公众认知相悖。青年人吸毒很可能是为了试验和寻求刺激，或寻求同伴认同。人们使用毒品是因为昏醉是种愉悦体验。很多毒品使用都是社交性的，毒品通常都是团伙一起使用，很多毒品带来的放松和健谈感可以促进社交联结。[50]大多数毒品使用者的理由基本和大多数饮酒者差不多：为了放松、社交、愉悦，而不是他们有依赖。[51]

人们用毒品也是为了“感觉更好”。那些有抑郁、社交焦虑、创伤（尤其是因为性暴力、身体虐待、强暴或抛弃造成的童年创伤）、压力障碍、生理疼痛或心理障碍的人，可能使用毒品来缓解压力、自我疗愈和情绪管理。人们也用改变心智的物质来遗忘或应对严苛的生活现实。[52] 有人对毒品有生理依赖，使用毒品来避免戒断症状。

最后，在当今的竞争社会，在专业、运动和学术上要有所表现的压力极大，有人会求助于特定毒品，如非法或需要处方的兴奋剂，来改善他们的表现。

英国女王伊丽莎白二世1982年访问斐济期间被邀请喝卡瓦酒。图片来源：© 1982 Tim Graham via Getty Images。

这些对毒品使用的社会性解释和常识不同，而价值判断依然通过政客或宗教领袖渗透在关于非法毒品的信息中，体现在国际法律和法庭中。如1961年的《麻醉品单一公约》称毒品成瘾为“极烈危害”，[54]这个词在关于大屠杀、奴役、种族隔离、酷刑或核武器扩散的条约中都没有用过。[55] 在印度，最高法院宣布“关于麻醉品或精神活性物质的罪行是比谋杀还要卑劣的，因为谋杀只影响一个人，而毒品相关犯罪对整个社会都有恶劣影响，并且不利于国家经济。[56]

在葡萄牙，政治领袖和民间组织质疑毒品使用是否必然是邪恶且需要被谴责的，从而改变了毒品政策。新的法律于2001年制定，明确承认大多数毒品使用的原因和饮酒一样，只是为了改善个人生活，并非是病态或有潜在问题。因此，法律规定大多数毒品使用者需要的只是健康建议，了解如何尽可能安全使用毒品。[57]

毒品使用是一个个人问题

即使考虑前文所述的引发毒品使用的因素，如童年创伤，毒品不当使用依然被视为一个个人问题，而不是需要解决的社会问题。但人们通常了解认可的情况相比，社会因素发挥了更大的作用。著名实验“老鼠公园”展现了这一点，而且也在人类活动中存在。

认为毒品最终会“勾上”毒品使用者并奴役他们，这种理论得到了20世纪早期的科学实验支持。将老鼠放在隔离的笼子里，提供两个瓶子，一个里面是水，一个里面是加了鸦片或可卡因的水。老鼠会一直喝有毒品的水，经常会过量。但在1970年代，研究者注意到实验程序中的缺陷：老鼠是彼此隔离的，除了使用毒品，没有其他活动。他们营造了一个“老鼠公园”的环境，老鼠们群居在一起，可以有跑滚轮玩彩球等活动。再给他们提供纯水和掺毒品的水。在有社交的环境中，鸦片使用量很低，而且从没造成药物过量。[58]

在对美国士兵在越战期间和越战之后的研究中也明显体现出了这种情况的人类版本。美军在越南时海洛因和鸦片的使用量都很高，将近43%都有使用过，通常是通过吸入方式，其中不到一半的人毒品使用严重到依赖的程度，出现戒断反应。因此，人们预期海洛因使用在战后老兵中会广泛存在。但是，从越南回来后，有10%的人使用鸦片，只有1%的人出现海洛因不当使用。大多数在越南经常使用海洛因的人，在离开压力环境，回到之前的家园生活中，不再继续使用了。[59]

毒品与犯罪

一个流行观点是，毒品使用者，尤其是有毒品障碍的人，都参与犯罪行为。因此，犯罪与毒品使用存在内在联结。如果某些毒品是非法的，且为个人目的持有和使用这些毒品是罪行，那么毒品使用者必然会犯罪。

毒品与犯罪有更多联系，但这更多应当算是禁止性制度的结果，而非因为毒品本身。

美国政府在二十世纪早期，在鸦片和可卡因类毒品被定为非法之前，开展了一项针对毒品不当使用者的研究。自我描述为“成瘾者”的人中，四分之三有稳定体面的职业。[60] 但在开始打击毒品的几个月几年后，这个数字发生了变化。 更多人寻求其他谋生方式：男性中财产犯罪显著增加，女性中性工作显著增加。[61]

Eva，美国

我二十岁出头时，是非常成功的毒品成瘾者。我住在纽约，做杂志的自由撰稿人，为知名刊物写文章。我很有名。我穿着天鹅绒长袍参加时尚派对，采访领域知名人物。我经常醉酒、宿醉或处于可卡因兴奋，但很小心地不让这些影响我的工作质量。

我承认，我成长时拥有大量特权。我上常青藤大学，在那里我第一次发现可卡因。我记得对一个朋友说，“我不应该尝试，我会喜欢上它的”。任何让我感到有力、尖锐、聪明和膨胀的东西我都爱。我第一次尝试可卡因是和两个朋友一起，他们都很有钱很成功。这看起来不算什么大事儿。很多人都能搞到，几个酷孩子去纽约旅行，给我们带回来几克，开始是在特殊场合使用，然后是每个周末，然后是每天。

当我搬到纽约进入出版业时，一个朋友把他的毒贩介绍给我。我模糊地意识到可卡因是非法的，但不是什么大事。我必须给一个号码发短信，说我要多少克。如果我平时找的毒贩不在，就得再找一个。我记得有一个晚上，我在东村上了一个SUV的前座。我刚要转身，一个声音在后面说，“别转身”。我只能是伸出手，他把几小袋可卡因放我手心。我给前座的人现金，然后就下车了。

有时我没有足够的钱，但还要找毒贩，试图打个折。从没成功过。不过我听说有女人用性换毒品。我没有，很高兴我没有。

我24岁时清醒过来。我知道可卡因是我的问题，但我意识到，我只要喝醉，就想要买毒品。我有十年没有喝酒和使用毒品了。

我坚信法律管制有效。我不可能避开可卡因，因为我的脾气和经济能力等等。如果能有合法获得毒品的方式，能待在安全地方而不是去吓人的车里那对我更好。有好几次我都意识到我用的毒品掺了东西，但我当时简直绝望了，就不管不顾了。我不用毒品后，出现各种健康问题。有时我会想，也许有一部分和长期使用含杂物的毒品有关。

我很高兴不吸毒了，但我也很感谢拥有毒品成瘾的经历。这让我对毒品成瘾的随机性有了更深更广的理解，让我更有激情。几乎我所有的朋友都用过可卡因，但他们都在出问题之前就停下来了。而我没有。

这是多个机制在起作用。毒品的供应从持证医生和药房变成了犯罪组织。价格上升了，因为犯罪组织收取“违法风险费用”。[62] 有毒品不当使用问题的人常无力承担涨价，除非去犯罪。而且，毒品使用者经常被主流排斥，进入罪恶丛生的边缘亚文化。一旦他们有犯罪记录，就更难找工作。非法市场与犯罪成为生存的唯一方式。

压迫性毒品政策也会让贫困社群和边缘化人群更加困难。如果审视美国监禁率，就看得更清楚。非裔美国人和拉丁裔仅占美国人口的13%和17%，却占毒品相关犯罪被监禁人群的40%和38%。而毒品在他们中的使用率和美国白人差不多。[63] 尽管美国可能在这方面有最好的研究，但这种专盯少数族裔的情况还很多，在英国、[64] 加拿大[65] 和澳大利亚[66] 都存在类似毒品逮捕和监禁中的种族差异。这显示了南非100年前存在的歧视思想。在英国殖民时期，国家委员会声称“抽大麻……使印第安移民无法适应，不能完成工作……将他们带到殖民地就是为了让他们工作，因此他们应当放弃使用大麻”。[67]

有更多证据显示大多毒品相关的罪行是禁止性制度的直接后果。因为当进行一些毒品使用合法化的措施后，其他形式的犯罪减少了。一个处方海洛因项目于1994年在瑞士开展。在参加项目之前，多数参与者都有过贩毒或其他形式的非法活动。在参与项目6个月中，70%的人有过一次犯罪。项目不仅大量减少了非法毒品的使用，也减少了毒品相关犯罪。参与者严重犯罪的情况大幅下降50%-90%，包括盗窃、走私、抢劫和毒品贩运。[68]

必须要指出，即使在禁止性制度下，有毒品不当使用问题的人，其大多数除了违法使用毒品外，没有任何其他罪行。实际上，与普通人相比，毒品使用者自身更可能是犯罪活动的受害者，他们被抢劫的比例要高八倍。[69]

人们在看电影的时候吸大麻烟。图片来源：© Darrin Harris Frisby/毒品政策联盟。

Teresa，葡萄牙

我的名字是Teresa，22岁，住在葡萄牙里斯本。我刚完成社会工作的研究。我热爱动物，喜欢精神催眠音乐。

可能人们难以相信，我从不喝酒，也不抽大麻。但我抽烟草，一年有3-5次会使用非法毒品。我最喜欢的是安非他命、狂喜丸和2C-B，我也试过致幻剂、魔术蘑菇、可卡因、甲氧麻黄酮等等。

我曾经有过大量使用毒品的时期，但我慢慢学会选择最佳时机。我曾经非常喜欢迷幻药品，但现在更喜欢兴奋剂。我对所用毒品进行了很多研究，了解使用毒品的最佳方式，包括用量、操作方法和这两者的关系。

我所有的朋友都知道，我没瞒着他们，因为我不感到羞愧，这是我生活中重要的一部分。我猜家里人对我使用毒品有所怀疑，但我们从没谈过。即使这对我的生活没有影响，我的家人要知道我使用毒品还是会很失望。

幸运的是，我很年轻，从未需要应对毒品使用刑事定罪的问题。在葡萄牙，从2001年起，所有个人使用毒品都去罪化了。如果有固定地点检测毒品纯度会非常好的。我能清楚知道自己身体摄入了什么。毒品检测是符合葡萄牙法律的。在一些音乐节会有检测点，但不是全年开放的。这意味着，无论我学多少毒品使用的知识，在街头购买毒品仍可能出问题，因为不能确定所购买的到底是什么。

媒体与大众观念

污名这个词来自一个希腊单词，意为记号或污点，现在指代信念和态度。污名可形容为一种贬值的动态过程，极度诋毁一个人在他人眼中的形象，某些特点被个别文化所环境所持，被定义为名誉不佳或不值得花费。如果人们相信个体不应负责时（这不是他们的错）或不受个人控制（他们也没办法），污名程度会减小。一旦有了污名，就会出现歧视。

歧视是指一切形式的影响个人的任意区别、排除或限制，经常（但不仅是）因为个人天生特性，或被看做从属于某个团体。这是对人权的侵犯。

刑事定罪指将某个活动定为刑事犯罪，或指通过将个体参与的行为定为非法而使个体成为罪犯。

污名、歧视与刑事定罪之间的关系很复杂，污名与歧视所在的社会和政策环境，与刑法和司法相互作用。[83]

媒体对公众如何认知毒品有巨大影响。在美国，详细研究显示公众认知“很大程度上由媒体对相关议题的报道内容和规模来塑造”。[70] 不幸的是，“报刊杂志、电影和电视剧、脱口秀中的毒品故事经常将毒品描绘为立刻上瘾无法抑制的，且必然会带来暴力、疯狂，或经济社会方面的毁灭”。[71] 即使是声称想帮助“成瘾者”的电视剧也表达了通常的观点，如需要“强硬的爱”来进行对抗性的家庭干预，或让个人跌至谷底再去接受治疗。[72] 而毒品的效果，无论是对个人还是社会，在报道中都描绘为极度负面。[73]

两种对毒品和毒品使用者的叙事占据了媒体：一种将毒品与犯罪链接，另一种将毒品使用描绘为不可避免要给个人和周围环境带来灾难后果。

2010年一个英国研究显示，毒品相关文章上报纸头条最多就是第一种叙事，逮捕或审判等犯罪故事，[74] 强化读者将毒品使用者和犯罪相联系的心理意识。另一类“毒品与犯罪”是因为毒品而疯狂，而且还要报道得很煽情。例如2012年5月，一名流浪汉在迈阿密被另一个男人袭击，被咬了脸，受重伤，袭击者被警方击杀。大量报道提到袭击者使用了合成毒品“浴盐”。该事件之后，媒体报道大量宣称浴盐是“将人变成食人魔的毒品”。[75] 而解剖显示该袭击者并没有使用“浴盐”，但只有极少媒体撤回了耸人听闻的报道。[76]

另一种媒体叙事，即毒品使用是从开始的愉悦到之后的被奴役与地狱的过程。[77] 这种叙事可以追溯到这方面的第一本知名作品《一名英国鸦片吸食者的忏悔》，作者为Thomas de Quincey，于1821年出版。

过去20年中，即使在主要媒体中，也有人呼吁用另一个视角看待毒品使用和毒品政策。[78] 但这种呼声太少了，被淹没在主流叙事之中。我们现在可能会经历媒体报道的改变，鼓励发展变化，比如对2016年4月联合国安理会关于毒品特别会议（UNGASS）的报道。那时第一次媒体大量关注“禁毒战争”的失败，国际社会不可能赢得这场“战争”，以及对新途径的需求。

污名与语言

当讨论或提到毒品使用者时，所用的语言对他人、使用者自身和整个社会怎么看待他们有极大影响。[79] 公众观点和媒体叙事彼此进行强化，不断加固毒品和毒品使用的污名。没有任何医疗状况被污名化的程度超过“成瘾”。[80] 如上文所示，公众认知中，毒品使用及毒品不当使用，是一种个人选择，是个人选择不去控制，选择不停止。因此公众一般不允许任何缓解措施的出现。

常见的词汇如“毒虫”“瘾君子”或“大烟鬼”使毒品使用者被疏远，仅靠使用某种特定的物质就定义人，将他们视为“他者”，认为他们是道德堕落的劣等人。负面词汇也用在那些康复中的人身上，说他们“干净”，意味着他们之前是不干净的时肮脏的。“毒品滥用”这个词也莫名地与虐待儿童等令人痛恨的行为相联系。

这种误导性的语言和术语是对毒品使用者的污名化。污名导致歧视，甚至是公开的系统性歧视。在尼日利亚，毒品使用者反映他们被家人朋友拒绝，发现他们处于长期社会排斥，他们的交际圈仅剩下其他使用毒品的人。这让他们基本无法与主流社会人群交流。[81] 这种情况也发生在坦桑尼亚。毒品使用者讲述他们经历时，很多提到污名及其导致的歧视。“你成了一个贱民，完全是社会中的错误。”也有人说“我失去了作为人的价值”。一名女性总结为“成了瘾君子让你失去一切尊严”。[82]

对毒品使用者的污名化与歧视并不仅限于普通公众，也会直接影响医疗保健。[84] 美国研究者实施了随机试验，[85] 给精神医生同样的案例，当事人来自法庭指定的戒毒治疗项目。病例分别被称为“毒品滥用者”或“有毒品使用问题的人”。看到“滥用者”一词的专业精神卫生人员更多认同当事个人要对自己的情况负责，并且应当采取惩罚性措施。

污名化有反向的双重效果：社会污名越严重，越排斥毒品使用者，提供的治疗机会越少；而且污名也导致需要帮助的个体无法得到社会提供的那些服务。实际上，根据联合国毒品犯罪办公室，只有六分之一的毒品不当使用者得到了治疗。[86]

污名、歧视和对毒品使用的刑事定罪，与对毒品使用者的人权侵犯直接相关，这在2015年人权高专报告中有记录。报告提供了几个明确的人权侵犯例子，如不提供美沙酮或其他治疗，以获取毒品使用者的证词。[87] 类似的，人们的生命权被法外处决和毒品相关罪行的死刑所侵犯。[88] 女性尤其被歧视，与其他罪行相比，更多因毒品相关罪行而入狱。[89] 使用毒品的妇女，被社会认为不适宜当母亲，即使没有忽视子女的证据，仅因为使用毒品，就会失去子女的监护权。她们被迫绝育、堕胎，因为怀孕时使用毒品，而被刑事制裁。[90]

Winy，Guillermo的母亲，智利

我的儿子**Guillermo**出生于2001年，患有未诊断的基因障碍。5个月时，他开始癫痫发作。一开始我们以为是突发婴儿死亡症，因为癫痫一开始的首要表现是睡眠中停止呼吸。直到他两岁时，医生才认识到他是癫痫发作。我们什么都试过：各种药物、食疗、甚至大脑手术（胼胝体）。什么都没用。他的难治性癫痫严重到必须每5秒对他的大脑一次电击。

2013年，我开始阅读关于大麻油的文章，尝试从美国弄一点来，失败了。一年之后，我听说一个智利基金会帮助这样的病人，终于第一次拿到大麻油。我开始用在他身上后，他7天都没有发作癫痫。之后又开始，但没有以前那么频繁。他之前每天有10次全面性强直痉挛发作；在第一次使用大麻油之后，他一天只发作1-2次。

在智利，根据法律，个人或医疗目的的种植和使用大麻是被允许的。2015年法律实施后，大麻提取物的进口、销售和科研也是被允许的。药房销售两种产品。一瓶够用7-10天，需要20万智利比索（约300美元），而月最低工资是27万比索（约420美元）。

为了让他用医疗大麻，我在家种大麻，再提取胶质，效果对我儿子比大麻油还好。2015年，我发现了我称之为“魔法品种”的，对我儿子最有效。他4个月没有癫痫发作，之后也只是平均每10天有一次。这样过了一年半。今天，我还在种大麻，继续寻找下一个魔法品种。我对自己所做的事从不怀疑。我为儿子做任何事，这不是犯罪。我没有偷窃或杀人。我在自己花园种点东西怎么能是犯罪？即使在理论上，我所做的在智利是合法的，我仍然担心警察会搜查我家，说我种这些是为了贩卖，拿走这些我儿子救命的植物。

我家人最初知道我要种大麻时都震惊了，因为名声很不好。但我妈妈支持我。当他们看到**Guillermo**的健康改善之后，他们也支持我。医生也是这样。他开始说我疯了，但我坚持，并一直告知他进展。有一天，他在医疗期刊上读到了关于大麻与癫痫的文章，改变了观念。他甚至自己在写一篇文章，用**Guillermo**和另一个病人做案例，让其他病人来见我，了解如何使用医疗大麻。我发现事情反过来了：一般应该是先科研发现，再向患者提供治疗。在我这里，病人在做实验，找到治疗的最好方法。

图表 3: 对毒品使用者认知的恶性循环

道德恐慌——政治、媒体和公众观念相互强化的结果

普通公众的负面认知和恐惧，再加上负面的媒体宣传强化，使毒品与毒品使用者成为政客或民选官员吸引选票的“简单猎物”。最有力的例子就是社会学家所说的“道德恐慌”，某一群体，如少数族裔或亚文化群体，其行为被夸大，或被错误描述为有危险性（通常是将极端案例作为典型）。一个研究透彻的例子就是美国1980年代很多媒体在没有数据支持的情况下对快克可卡因“瘟疫”的报道，[91] 与政客的煽动交互作用。很多关键的错误概念被流传：如快克极易上瘾；快克使用在爆炸性增长；使用快克的孕妇会生下一代“快克婴儿”，生下来就有严重的情绪、精神和胜利障碍，会长成“超级猎食者”。[92] 1989年五月，《纽约时报》发表了社评，末日式宣称“快克比其他毒品的威胁性更大，要毁坏美国社会各阶层的生活质量以及生活本身”。[93] 政客也发挥了作用。在快克恐慌中，选举活动聚焦于毒品特别是快克可卡因，让公众也把这个看做重要社会问题。但在没有选举的年度，毒品就不是那么重要的问题了。[94] 选举运动承诺要“严厉打击毒品”，导致极少量快克就会招致最低限度判刑，几乎是可卡因粉末的百分之一分量。

不支持报告的信息和事实被大多数媒体忽视，以继续推行“快克瘟疫”的论调。[95]但是这种等级的恐慌没有任何事实基础。科学研究发现，可卡因使用的整体数量没有上升而是下降，而且大多数使用者更多是吸可卡因，而不是抽。就是说，多数还是使用粉末可卡因，不是快克。[96] 而且揭露出，最知名的“快克婴儿”的电视新闻实际上拍摄的婴儿母亲并不使用快克。没有找到“快克婴儿”。除了没发现想象中的障碍，还发现在怀孕时使用可卡因的影响和烟草差不多，没有酒精使用那么严重。[97]在孕期使用快克的妇女所产下的儿童，没有成长为一代“超级猎食者”。[98]

有些使用快克的人出现吸毒问题，他们被这些歇斯底里的报道所污名化。政客在竞选运动中造成的量刑差异，导致很多快克使用者和底层毒贩被判较长的刑期，这很多时候使他们的问题愈发恶化。[99]

改变我们谈论毒品和毒品使用者的方式

为改变认知，就需要改变说话的方式。一些美国医生表示："长期被边缘化的群体的生命处于危险之中，效率应当让位于准确和最小化进一步污名和负面偏见的可能性。"[100] 呼吁通过语言来减少污名来自于大量医疗协会[101]、科学期刊编辑[102]和政府官员。[103] 正如前文所述，媒体经常是发挥负面作用，但他们可以改变，正如他们为西方社会其他群体（如性少数）而改变一样。

已经能看到这种转变的标志：重要的记者工具《美联社写作指南2017》为"成瘾"和毒品使用提供了更好的语言描述。建议避免使用"瘾君子""滥用者"或"酒鬼"，用"成瘾者"或"毒品使用者"。[104] 媒体语言的转变还处于初期阶段，但为更为中立的报道提供了希望。

图表 4: 更好的用词

☑推荐使用	☒不推荐使用
毒品使用者	吸毒者
使用毒品者，指合理使用，不出现问题	娱乐性，休闲或者实验性使用者
毒品依赖者； 毒品不当使用者， 毒品使用者（当使用是合理的，没有出现问题）	瘾君子 毒品／物质滥用 垃圾 烟鬼，毒虫
物质使用障碍 毒品不当使用	吸毒恶习
有X使用障碍	对X上瘾
戒断； 停止毒品使用的人	干净，清白
积极使用毒品 毒品使用呈阳性	脏
应对，项目，解决，管理	打击、反击、 打击毒品和其他战斗性语言
安全使用场所	吸毒室
正在恢复期的人， 长期康复者	前瘾君子； 改过自新的瘾君子
注射毒品使用者	注射吸毒者
阿片类片替代治疗	阿片类片替换治疗

毒品管控政策

在菲律宾，政府政治开展一项运动，明确宣称毒品使用是巨大的国家问题，称有370万人有毒品问题（尽管危险毒品委员会2015年认为在过去一年使用毒品的人远低于170万人，其中三分之一的人只使用过一次，有毒品问题的人就更少）。当提到使用“沙雾”（甲基苯丙胺类毒品）的人，杜特总统说康复是不可能的，说用沙雾的人是“丧尸”。之后的行动很恐怖，2016年7月到2017年1月，警方和联防队杀害了超过7025名毒品使用者和毒贩。[110] 公共态度调查显示对这种暴力打击毒品的行为基本上是满意的。[111]

公众认知和态度使政策对待毒品使用者如同劣等人或非公民，让他们成为更大社会问题的替罪羊接受“惩罚”。[105] 参与非法活动本身就产生污名，足以对毒品使用者进行非人化。这体现在处理“毒品问题”的法律政策以及“禁毒战争”。以任何衡量方式来看，包括其本身指标，这些政策都是失败的。这些压迫性政策及其失败已经在其他场合讨论，包括毒品政策全球委员会之前的报告。[106] 这里简单提一下，说明它们与负面认知和恐惧的关系以及导致的结果。

预防

对毒品的恐惧变为所有毒品都是恶的，会“毁了你的生活”。因此，多年来预防的主要观念就是彻底的戒绝。最著名的时美国1980年代的“说不”运动。这个运动也在亚洲、非洲和欧洲得到复制。[107] 这个观念背后没有任何有效证据，倒是有可能是有反作用的。有若干研究显示知道这个观念的儿童更可能使用毒品。[108] 在初级预防中使用简化信息，即使这种方式对一些人有用，它也带来其他风险：首先，错过了提供关于毒品真正伤害的信息的机会，对那些已经尝试过的人，没能提供安全使用的信息。而且，这些信息损害了政府与青年人建立信任的可能性。[109] 二级预防，涉及的对酒精、烟草和其他毒品使用的早期探测和减少。这个工作也受到“说不”运动的阻

匿名，加纳

我的邻居和朋友亲切地叫我Togoman。我53岁，是种*木薯的。我从19岁起开始用大麻，直到现在。我不觉得自己在毒品不当使用。那草药不错，让我放松地工作。我是个好人，我不喝酒，也不在社区打架。我过去在干一天累活儿后用草药，帮我放松酸痛的肌肉。用了草药我就吃饭睡觉。

我一直把草药（大麻）和木薯种在一起，供我个人使用，也给过几个一起种地的。六年前，经常和我一起抽的朋友向警方举报我的毒品使用。我被捕，罪名是持有毒品。我被定罪，判了10年。我已经服刑6年，两年是扣押在Akuse监狱，4年是在Nsawam中级监狱。

在监狱里大麻销售比在自由社会还多。所以，在监狱里我还是能从倒卖毒品的狱友那里买到，只要我有钱。但你得小心别被抓住，不然刑期会更长。

自从我被逮捕监禁，我自己和家里人的生活就变得很困难。我在监狱里受苦，对我太严酷了。监狱可不是说着玩的。坐牢是我和家人头顶的乌云。它粉碎了我孩子的梦想。他们辍学了。我的大儿子在高中，他妹妹在初中。两个人都辍学了，因为没人付学费了。我的房东把我们一家赶出来，因为我妻子没有工作，付不起每年的房租。我的儿子成了街头小贩。我的女儿怀孕，再没有雄心。这一切击垮了我的家庭。

我希望关于大麻的法律能改变。我用大麻没有过问题，也没听说有人因为用大麻而死。我们每天都听说有人死于饮用烈酒**akpeteshie。但卖烈酒合法。那为什么不让我们用大麻？我觉得政府应该再考虑考虑法律，让人能合法使用。我认为应当允许人们在监督下制造毒品。我不是罪犯。我是热爱和平的加纳人。我从不偷窃，没杀过人或干过其他坏事。

* *木薯是西非和其他热带地区的主要主食。*

** *是加纳产的烈酒。*

碍，青少年在他们的环境中关于毒品使用没有造成严重伤害的情况有大量第一手经验，从而不在乎官方信息。当人们不再相信相关的官方信息，就更难获得准确的信息。

证据显示，对毒品使用的预防所获得的最大有益影响并不来自公共信息，而是来自于专注亲密社交圈（学校家庭）的早期干预，以及处理社会和行为发展等毒品以外的问题。[112] 如果要对青年人和毒品使用进行公共意识运动，更可取方式是提供诚实信息，鼓励一定程度的青年生活实验，在信息贯穿安全首位的意识。安全性行为课程也许能提供启发，其减低伤害的成果远高于禁欲教育。[113]

对个人使用和持有毒品的刑事定罪

在世界大多数地方，个人使用或少量持有毒品都是刑事犯罪。[114] 一般来说，法律的原则是公正与保护基本权利。一项行为被定为犯罪，是因为对一个或多个个人/社区/社会/国家造成伤害。但毒品使用被认为是公共违法行为，即使毒品使用本身只可能对使用者自身有生理伤害。毒品使用被刑事定罪，是因为这被看做一个道德问题，会危及社区联结[115]，而非对个人或公共卫生的伤害。[116]

长期徒刑与死刑

在很多国家，死刑可适用于一些非暴力的毒品犯罪。这些严刑强化了使用毒品是“恶魔”是道德犯罪的观念，并认同应当与最严重暴力罪行相同量刑。

在马来西亚，贩毒罪的量刑自动强制为极刑，相似待遇的还有谋杀和使用武器意图杀人或伤人，后两者都需要有杀人或伤人的意愿。但是，马来西亚的公众舆论似乎反对将强制性死刑适用于非暴力毒品犯罪，或说整体上反对死刑。2012年的研究显示媒体支持废除对毒品运送者使用死刑。[117] 大部分受访者支持对谋杀强制死刑，但仅25%受访者同意对海洛因贩运使用死刑。

在很多国家，强制性死刑（不要法官考虑减刑因素）可用于极少量的毒品持有。在新加坡，强制死刑适用于持有500克大麻，15克海洛因或30克可卡因。[118]

AS，马来西亚

我的名字是AS，38岁，来自彭亨。我使用毒品大约有20年。注射、吸食所有毒品，不过主要是海洛因和冰毒。我被判关入毒品拘留中心8次，入狱19次。我的生活很困难，担心自己被逮捕，被判死刑。

因为日常使用毒品，我自己就是一个小毒贩。我靠这个维持每天吸毒、买点食物、租房，有时买点其他能享受生活的。我没从贩毒赚多少钱，如果能选择，我也不想当毒贩。在马来西亚，如果你被逮捕时身上有15克以上海洛因或吗啡，200克以上大麻，你就可能被判死刑。这不应该，没人应当因为持有毒品而死。我又不是杀人犯或叛国者。

我是毒品使用者，我的家人接受这点。我妈曾允许我在房子里吸毒。但这是好久以前的事了，我没能做到他们的期待，就不再回家。我20岁时结婚，是包办婚姻。婚姻维持了10年，有一对双胞胎女儿。在我蹲监狱时，由于妻子家人的压力，我不得不让妻女离开。现在我很少看我的女儿，因为我的毒品问题。

到社会上也一样，人们总把我看做废物垃圾。他们不信任毒品使用者。他们不把我当人看。而我在尽最大努力生存，干一切IKHLAS（地方社群中心组织）提供的工作，包括卸货或清洁。但这不足以支付我的账单，我得想法付钱。

社会公众总是对我们毒品使用者有不好的认知。我们是他们的负担。但他们有没有想过如果发生在他们自己家人身上会怎样？他们必须知道，没必要吊死毒贩，或那些持有个人使用量的海洛因或大麻的人。我不是因为想贩毒才去贩毒，是因为没有其他选择。

改变认知：领导力和信息

在一些地区，改变已经在发生。我们在这里重点将两种改变途径：领袖和信息。

有政治领袖审视了整机，并采取措施改变毒品管控政策。捷克斯洛伐克总统哈维尔在1990年提议对毒品使用和持有进行去罪化。在葡萄牙，一个政治领袖联盟15年前决定成立一个科学小组，为处理国家毒品问题提供实证基础的建议，并表示同意遵守他们的建议，无论那建议是什么。[119] 这让毒品去罪化成为可能，并产生了更广泛的积极效果，并为其他领导人提供了一个有用的模式。实际上，乌拉圭总统 Jorge Batlle 和 Jose Mujica，以及加拿大总理最近都在领导各自国家的大麻合法化管理。他们在带领世界来采取不同方式处理毒品管制政策。

好的领袖和改革可以改变公众观念，停止歧视与压迫的恶性循环。葡萄牙自实施去罪化后，对毒品使用者的污名化观点明显减少。[120] 在荷兰，1976年毒品法律的改变是对大麻的事实去罪化以法律确定，主要目的是防止对毒品使用者的污名化和边缘化。[121] 如今，荷兰是欧盟中毒品不当使用程度最低的国家，而且整体毒品使用普遍程度也低于欧盟平均水平，同时也低于美国。[122]

也有证据显示公众在被给予政策相关的可靠实证信息时，他们能够支持更务实的实证基础毒品政策。瑞士就是如此。1997年，超过70%的瑞士投票者支持新的国家毒品政策，即基于预防、治疗、减低伤害与执法四个支柱的政策。[123] 两年后，54.3%的人支持继续实施海洛因辅助治疗。[124] 10年后，2008年再次对“四个支柱”毒品政策公投，68%的人投票支持。[125]

当问及投票者的理由时，最多提及的是务实，治疗的效果和积极卫生成果得到证明。这正与之前仅靠信仰和定罪来激励投票者相反。[126] 瑞士经验显示了如何积聚可靠数据，包括减低伤害对公共卫生的影响[127]，减少犯罪，毒品使用者融入劳动社会。这显示了有可能说服担心公共治安的人，让他们接受替代性毒品政策可以更有效地减少毒品相关伤害。[128]

Nicolas Schorpp 是日内瓦大学医院的一名病人，他从医院获得药用海洛因来治疗他的毒品依赖，使他能够过上一个健康的生活。图片来源：© 2017 Richard Juillart

建议

I 政策制定者必须将通过提供可靠一致的信息来改变当前关于毒品和毒品使用者的认知作为目标。

好的领袖力求影响公众观念以实现改善。政治领袖可以塑造公众信念，他们在提供实证准确信息方面也有道义责任。当关于所争议的毒品认知并没有事实基础或对毒品使用者有歧视，领袖应当有魄力在公众面前坚持立场。若政治领袖选择堆积对毒品和毒品使用的恐惧以维持或加强禁止性措施，他们就在间接造成一些最脆弱群体的严重困境。如果政治领袖选择挑战当前一些关于毒品和毒品使用者的认知，他们能够实现真正的改变。在过去二十年间，一些欧洲和拉美的领袖做出了示范，已经带领人们改变对毒品管控的态度，从而转向减低伤害、去罪化和合法管理等政策，改变了他们国家的公共卫生情况。

II 意见领袖必须承担他们的责任，去塑造公众关于毒品的观念认知，并推动使用非污名化和非歧视的语言。

媒体、宗教领袖、知识分子、社会名流和其他有影响力的人士是潜在的重要盟友，有助于改变关于毒品使用的错误认知，减少针对毒品使用者的污名。尤其是有助于纠正不适当的贬低语言，如“瘾君子”“僵尸”和“吸毒室”等。他们必须停止进一步宣传错误信念，这可能导致毒品使用者、他们的社群和脆弱群体陷入灾难处境。

III 参与辩论，持续行动和倡导，问责政府、议会、司法部门、市长、媒体、医疗保健和社会工作者。

普通公民有能力改变这场辩论。行动必须是可持续的，开发民间组织能力去问责政府、媒体和其他利益相关方。必须推动建立国家性的和区域性的毒品使用者网络，使他们在每个社区都能有效维护自身权利。其他人权、传染病、刑事司法和非传播疾病的民间组织需要团结起来，扭转社会负面认知，减少污名，声讨当前毒品政策，推动实证基础的法律改革。一些民间组织团体已经发展出全球视野来应对禁止性措施的负面影响，他们启动了在卫生、刑法、治安执法、社会正义和人权方面的辩论。公民组织成功影响了毒品政策的全球倡导，协调全球、国家和地方层面并开展能力建设。倡导必须是可持续的。

IV 停止基于毒品使用者的负面认知产生的骚扰行为

执法机构必须停止针对毒品使用者的骚扰行为，如威胁、无证搜查、无证没收财物和种族划线的行为。他们应当专注执法责任，在有需要的时候将毒品使用者转至医疗和社会服务，警告那些虽然没有毒品不当使用但在公共场所使用毒品扰乱社会秩序的人。司法系统必须将毒品医疗和毒品不当使用视作减刑因素，而不是加重刑罚的因素。监禁需要医疗社会支持的人只会恶化社会弊端而无法阻止。

执法部门在大众对毒品使用者的认知中发挥核心作用。与其他毒品政策利益相关方协作，他们可以应对刑事定罪中受认知影响的部分，确保法治。

V 将健康安全放在首位，需要医疗保健人员发声，推动实证基础的预防、治疗和减低伤害服务，敦促医疗行业处理认知造成的污名。

医生、护士和其他接触毒品使用者的医疗工作者在改变关于毒品的认知方面可以发挥很大作用。他们经常是一线接触毒品使用者的人，在向公众提供反馈证据方面可以很有影响力。他们处于受信任的岗位，在改善对毒品不当使用者提供服务方面发挥倡导作用。有经验的医疗人员必须发声，证明治疗的有效性，支持鸦片替代治疗等仍被社会污名化的措施。

VI 抓住即将到来的2019年联合国麻醉药品委员会部长级部分提供的机会，审阅国际文件和谈判中使用的语言

成员国必须审查他们在谈判关于毒品管制的国际政治协议时使用的语言和他们的偏见。联合国秘书长必须确保联合国系统提供一致的以人为本的语言，根据可持续发展议程来讨论毒品问题。联合国机构必须继续提供实证基础的出版物和专家组，为外交人员、政策制定者和世界各地人民提供信息和事实，以改变当前认知。到目前为止，联合国关于毒品政策的政治宣言和行动计划充满了贬低性和伤害性语言，如“吸毒者”等，呼吁“反击”和“打击”毒品。他们也没能纳入提供实证基础的三级预防和降低风险的减低伤害的服务。同时，其他国际组织在使用更合适语言描述毒品和毒品使用者方面取得了更多进步。那些文本大多数不是成员国协商得出，更多是由联合国机构中的专门机构、基金和项目制造的。

参考文献

1 Jay, M. (2012)， 《高级社会》，伦敦: Thames & Hudson.

2 Brown, D. E. (1991)， 《人类世界》，纽约: McGraw-Hill Education

3 Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D., (2010)， 《英国毒品伤害：多重标准决策分析》，柳叶刀， 376 (9752), pp. 1558 – 1565.

4 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007)， 《开发合理量表评估毒品潜在误用的伤害》 ，柳叶刀， 369 (9566), pp. 1047 – 1053.

5 毒品政策全球委员会报告2011年《毒品战争》的联合国比较，根据X在当前报告中的描述

6 Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J., van den Brink, W. (2007)， 《海洛因辅助治疗 (HAT) 十年后：关于科学与政治的进展简报》，城市卫生期刊， 84 (4), pp. 552 – 562.

7 国家成瘾中心(2003)，《毒品的危害：毒品问题相关的风险与伤害指南》，参见链接： http://www.nta.nhs.uk/uploads/dangerousnessofdrugsdh_4086293.pdf (最后登陆2017年11月23日)

8 Jay, M. (2012)， 《高级社会》，伦敦: Thames & Hudson.

9 Jay, M. (2012)， 《高级社会》，伦敦: Thames & Hudson.

10 对大麻而言，学习享用毒品有三阶段模型：新手首先要学会技术，如怎样吸大麻能产生效果；然后需要学习如何认识效果，如头晕目眩，食欲大开，与所用毒品产生联结；最后需要学习对效果的再定义和享受感觉。大多数情况下这个学习过程有老手陪同。这个过程体现亚文化中很强的社交元素。参见Becker, H.S. (1953)的作品《成为大麻使用者》，美国社会学期刊，59 (3), pp. 235–242.

11 Nag, O. (2017)， 《饮酒非法的14个国家》 ， http://www.worldatlas.com/articles/14-countries-where-drinking-alcohol-is-illegal.html (最后登录2017年11月23日).

12 Blickman, T. (2017)， 《摩洛哥与大麻：减低，遏制或接纳》，阿姆斯特丹迁移研究所，参见：https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_49_eng_web.pdf （最后登录2017年11月22日）

13 Windle, J. (2012)， 《当代毒品政策洞见：印度巴基斯坦鸦片管制的历史责任》 ，亚洲犯罪学期刊， 7 (1), pp. 55 – 74.

14 更多关于卡瓦的信息，参见Fehoko, E. (2014) 《吾国吾人：卡瓦会作为新西兰出生的汤加裔男性在新西兰奥克兰身份标识的探索性研究》 （未发表硕士论文），奥克兰：奥克兰理工大学；Aporosa, S. (2011)， 《卡瓦是酒精吗？谬论与事实》，太平洋卫生对话，17 (1), pp. 157–164；Aporosa, S. (2012)，《斐济的卡瓦与教育：从后发展视角探索“文化复杂性”》 （未发表博士论文），新西兰： Massey University；Fehoko, E. (2015)，《社交空间与文化身份：卡瓦会作为在新西兰维持汤加身份的补充场所》，新西兰社会学， 30 (1), pp. 131–139；Finau, S., Stanhope, J., Prior, I. (1982)，《城市化过程中汤加人的卡瓦、酒精与烟草使用》，社会科学与医学， 16, pp. 35–41；Lebot, V., Merlin, M., Lindstrom, L. (1997)，《卡瓦：太平洋灵药的人种植物学、历史和化学的权威向导》；Lemert, M. (1967)， 《卡瓦在汤加的民间使用》，酒精研究季刊， 28 (2), pp. 328–341；Sarris, J., et al (2013)，《卡瓦用于治疗广泛性焦虑障碍：双盲随机安慰剂控制研究》，临床精神药理学期刊， 33 (5), pp. 643–648；Singh, Y.N. (ed.) (2004)，《卡瓦：从生态学到药理学》；Singh, Y.N., Blumenthal, M. (1997)，《卡瓦：综述》，草药，39 (1), pp. 34–56

15 Speaker, S. L. (2004)，《20世纪恶魔——毒品改革的修辞学1920–1940》， 见于Tracy, S.W., Acker, C.J. (ed.) (2004)，《改变美国人意识：美国的酒精与毒品使用历史，1800–2000》 Pp. 203–224

16 联合国毒品犯罪办公室 (UNODC) (2017)，《世界毒品报告2017》

17 欧洲毒品与毒品成瘾监测中心 (EMCDDA) (2017)，《欧洲毒品报告2017：趋势与发展》，卢森堡：欧盟出版物办公室

18 Hart, C. (2013)，《高价：神经科学家的自我发现之旅挑战你所知关于毒品和社会的一切》，重版编辑Harper； Nutt, D. (2012)，《毒品干货》，UIT Cambridge Ltd.

19 尝试海洛因的人有23%发展为依赖，大麻为9%，可卡因为17%。使用合法毒品的人，15%发展为酒精依赖，32%烟草依赖。参见Anthony, J., Warner, L., Kessler, R. (1994)，《对烟草、酒精、管控物质、吸入剂的流行比较：国家医药调查基本发现》，实验与临床精神药理学， 2 (3), pp. 244–268.

20 毒品滥用国家研究所 (2016)，《毒品滥用与成瘾的科学：基本知识》https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics (最后登录2017年8月28日).

21 O’Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.-K. (2006)，《一个词能说明什么？DSM第五版中的成瘾与依赖》 ，美国精神医学会， 163 (5), pp.764 – 765.

22 世界卫生组织 (1992)，《精神与行为障碍ICD-10 分类：临床描述与诊断准则》，参见：http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf

23 欧洲毒品与毒品成瘾监测中心 (EMCDDA) (2014)，《高危毒品使用的关键流行病学指标》，参见：http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu （最后登录2017年8月28日）

24 Waxman, O.B. (2017)，《25年前比尔克林顿说他没有吸——美国总统与毒品的历史要更久远》 ，参见： http://time.com/4711887/bill-clinton-didnt-inhale-marijuana-anniversary/ (最后登录2017年11月).

25 Seelye, K.Q. (2006)，《被问及毒品史时奥巴马承认曾吸毒》，参见： http://www.nytimes.com/2006/10/24/world/americas/24iht-dems.3272493.html (最后登录2017年11月23日).

26 该主张在英美广泛流传，以至于NIH认为有必要在网站上反驳。参见：https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/use-medications-methadone-buprenorphine （最后登录2017年11月28日）

27 Amato. L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., P. Mattick, R. (2005)，《鸦片维持疗法有效性的系统性审视综述：可用于临床实操和研究的证据》，J. Subst.《毒品治疗》，28 (321) pp. 321–329；McHugh, R.K. et al. (2010)，《吸毒问题的认知行为疗法》，北美临床精神心理， 33 (3), pp. 511–525；Hagedorn, H.J., Noorbaloochi, S., Simon, A.B., Bangerter, A., Stitzer, M.L., Stetler, C.B., Kivlahan, D. (2013)，《老兵健康管理成瘾诊所的奖励早期戒绝》， J. Subst.《戒毒治疗》，45 (1), pp. 109–117；Petry, N.M., Carroll, K.M. (2013)，《应急管理对未坚持痛苦药物治疗的鸦片依赖门诊病人的 效果》，心理成瘾与行为， 27 (4), pp. 1036–1043；Dutra, L. ., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008)，《对吸毒问题的心理社会干预的元分析综述》，美国精神医学期刊，165 (2), pp. 179–187；Lussier, J.P. (2006)，《对吸毒问题的证明者基础强化治疗的元分析》，成瘾， 101 (2), pp.192–203；eigers, D.K.,

Carey, K.B. (2010)，《学院健康中心针对酒精使用的筛查和简捷干预》，美国学院健康期刊，59 (3), pp. 151–158；Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003)，《动机访谈成效：控制性临床实验的元分析》，临床心理咨询期刊，71 (5), pp. 843–861；Slomski, A. (2014)，《正念干预与复吸》，美国医学协会期刊，311 (24), p. 2472；Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010)，《正念复吸干预随机实验后的抑郁、渴望与毒品使用》，临床心理咨询期刊，78 (3), pp. 362–374；Bowen, S. et al. (2009)，《吸毒问题的正念复吸干预：效力试测》，吸毒问题，30 (4), pp. 295–305；Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009)，《正念冥想用于吸毒治疗：系统回顾》，吸毒问题，30 (4), pp. 266–294.

28 Fischer, et al. (2007)，《毒品使用者参与治疗决策》，Joseph Rowntree 基金会.，https://www.jrf.org.uk/report/drug-user-involvement-treatment-decisions (最后登录2017年11月22日).

29 世界卫生组织，联合国毒品犯罪办公室，艾滋病规划署（2004），《鸦片依赖管理与艾滋病/艾滋病毒预防中的替代维持疗法》，参见：http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (最后登录2017年11月28日).

30 Venosa, A. (2016)，《毒品成瘾强制治疗是无效的且侵犯联合国人权公约》，每日医学，参见：http://www.medicaldaily.com/drug-addiction-united-nations-human-rights-390207 (最后登录2017年11月22日).

31 人权观察（2012），《以治疗为名的酷刑：越南、中国、柬埔寨和老挝的人权侵犯》，参见：https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr (最后登录2017年11月23日)

32 Id Dima，Saucier民团活动受害者，D.W., Kingsbury, R.K., Silva, P. (2011)，《俄罗斯：当民团参与——残忍治疗：以戒毒治疗为名的虐待》，开放社会基金会，参见：https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf (最后登录2017年8月17日)。关于缅甸的类似报告，参见 Jensema, E., Kham, N. P. E. (2016)，《黑暗中过的发现》，TNI毒品政策简报47，参见：https://www.tni.org/en/publication/found-in-the-dark (最后登录2017年8月10日)

33 Amon, J.J., Pearshouse, R, Cohen, J.E., Schleifer, R. (2014)，《东亚与东南亚的强制毒品拘留：进化的政府、联合国和捐赠者反应》，国际毒品政策期刊，25 (1), pp. 13–20.

34 例如，世界卫生组织/联合国毒品犯罪办公室/艾滋病规划署，《行动证据》系列与政策简报，参见：http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html；医学研究所，高危国家注射毒品使用者中的艾滋病毒感染预防委员会（2006），《高危国家注射毒品使用者中的艾滋病毒感染预防：证据评估》，华盛顿特区国家学院新闻（14）；Gowing, L. et al. (2008)，《注射鸦片使用者的替代治疗用以预防艾滋病毒感染》，Cochrane数据库系统综述(2)；Degenhardt, L. et al. (2010)，《注射毒品使用者的艾滋病毒预防：为何需要个体、系统和混合途径》，柳叶刀，376 (9737), pp. 285–301；Altice, F.L. et al (2010)，《感染艾滋病毒的毒品使用者的医药、精神和毒品使用共病症的治疗》，柳叶刀，376 (9738), pp. 367–387；MacArthur, G. et al (2012)，《注射毒品使用者的鸦片替代治疗和艾滋病毒传染：系统综述和元分析》，英国医疗期刊，345 (137).

35 Lenton, S., Single, E. (1998)，《减低伤害定义》，毒品酒精评论，17 (2), pp. 213 – 220.

36 Tinasti, K., Audoin, B., Jomier, B., Delfraissy, J.F., Lévy, Y., Barré-Sinoussi, F. (2016)，《面向毒品使用者的艾滋病毒工作重点城市》，柳叶刀艾滋病毒，3 (5), pp. 197–199.

37 Tracy, S. W., Acker, C.J. (2004)，介绍，见于Tracy等《改变美国人的意识：美国的酒精与毒品使用历史，1800–2000》

38 Reinarman, C., Levine, H.G. (1997)，《快克袭击：快克恐慌中的政客与媒体》，pp. 18–51，见于 Reinarman, C., Levine, H.G. (eds.)《快克在美国：恶魔毒品与社会正义》，加利福尼亚大学出版社

39 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998)，《公众与禁毒战争》，美国医学协会期刊，279 (11), pp. 827–832.

40 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998)，《公众与禁毒战争》，美国医学协会期刊，279 (11), pp. 827–832.

41 同上

42 Belcher, A., McGregor, D. (2016)，《对毒品依赖者和康复者的公共态度》，苏格兰政府前进伙伴，参见：http://www.gov.scot/Publications/2016/06/3496/1

43 英国毒品政策委员会(2010)，《英国媒体对毒品使用和毒品使用者的呈现：新闻报道的文本分析》，参见：http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf

44 Klein, A. (2001)，《笑话，喝酒抽叶子但别吸大麻——尼日利亚软毒品与硬毒品：官方政策与街头观点的批判性比较》，精神活性药物期刊，33 (2), pp. 111–119.

45 NSRP and International Alert (2017) Out of the shadows – Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria. Available at: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

46 NSRP与国际警报（2017），《离开阴影——采纳建设和平的方式处理尼日利亚毒品使用社会效应》，参见：http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

47 Lunze, K., Lunze, F.I., Raj, A., Samet, J.H. (2015)，《俄罗斯针对注射毒品使用者的污名与人权侵犯——用于政策与公共卫生战略的定量研究》，PLoS ONE, 8 (10).

48 Grob, P.J. (1994)，《苏黎世针具公园：要学习的经验教训》，欧洲犯罪政策与研究期刊，1 (2), pp. 48–60.

49 Wall, M., et al. (2011)，《俄罗斯性、毒品与经济行为：高危人群社会经济特征研究》，国际毒品政策期刊， 22 (2), pp. 133–139.

50 Nutt, D. (2012)，《毒品干货：最小化合法与非法毒品的伤害》，Cambridge: UIT Ltd.

51 Amato. L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., P. Mattick, R. (2005) 《对阿片类替代治疗有效性的系统性回顾：已有的证据与临床实践和研究》J. Subst. Abuse Treat, 28 (321) pp. 321–329; McHugh, R.K. et al. (2010). 《认知行为治疗与物质滥用障碍》. Psychiatr. Clin. North Am., 33 (3), pp. 511–525; Hagedorn, H.J., Noorbaloochi, S., Simon, A.B., Bangerter, A., Stitzer, M.L., Stetler, C.B., Kivlahan, D. (2013) 《退伍军人健康管理局戒毒诊所中的戒断奖励》J. Subst. Abuse Treat., 45 (1), pp. 109–117; Petry, N.M., Carroll, K.M. (2013) 《应急管理在维持阿片类依赖门诊中有效》Psychol. Addict. Behav., 27 (4), pp. 1036–1043; Dutra, L. ., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008) 《对物质使用障碍进行社会心理干预的回顾分析》。Am. J. Psychiatry, 165 (2), pp. 179–187; Lussier, J.P. (2006) 《关于物质使用障碍以凭证为基础的强化治疗的回顾分析》。Addiction 101 (2), pp.192–203; Seigers, D.K., Carey, K.B. (2010). 《在大学健康中心对酒精使用的筛查和干预的回顾》。J. Am. Coll. Health, 59 (3), pp. 151–158; Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003)《 动机访谈的效用：对照临床实验的分析》。J. Consult. Clin. Psychol., 71 (5), pp. 843–861; Slomski, A. (2014) 《意念干预以及物质滥用复发》。J. Am. Med. Ass'n, 311 (24), p. 2472; Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010) 《抑郁症、欲望与物质使用——关于意念预防复发的随机试验》。J. Consult. Clin. Psychol., 78 (3), pp. 362–374; Bowen, S. et al. (2009) 《以意念为基础预防物质使用障碍复发：一项试验性实验》。Subst. Abus., 30 (4), pp. 295–305; Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009) 《冥想与物质使用障碍：系统性回顾》。Subst. Abus., 30 (4), pp. 266–294.

52 Kleiman, M.A.R., Caulkins, J.P., Hawken, A. (2011)，《毒品与毒品政策：每个人需要知道的事》，牛津大学出版社

53 Curtis, V.A. (2007)，《卫生博物学》，加拿大传染病与医学微生物期刊， 18 (1), pp. 11 – 14.

54 联合国 (1961)，《麻醉品单一公约》，参见：https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf (最后登录2016年6月12日).

55 Lines, R. (2010)，《"带我们远离危害"——麻醉品单一公约50年》，国际人权与毒品政策期刊， 1 (3), p. 7.

56 Pasayat. J.A (2003)，印度工会对Kuldeep Singh， 8 December, 2003. 2 SCC 590

57 Domosławski, A. (2011)，《葡萄牙毒品政策：毒品使用去罪化的益处》，华沙：开放社会基金会

58 Alexander, B.K., Coambs, R.B., Hadaway, P.F., (1978)，《居住与性别对自我注射吗啡老鼠的影响》，精神药理学， 58 (2), pp. 175 – 179；Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., Coambs, R.B., (1981)，《群居早晚对口服吗啡老鼠的影响》，药理生化与行为， 15 (4), pp. 571 – 576.

59 Robins, L.N., Helzer, J.E. (1975)，《越战老兵中的毒品使用：三年之后》，医学世界新闻， 16, pp. 44–49；Robins et al., (1980)，《越战老兵从越南回归三年后》，pp. 213–230，见于 Brill, Winick (ed.)，《毒品使用与滥用年鉴》11

60 美国财政部 (1919)，《麻醉品贩运》特别调查委员会报告，美国财政部1918年3月25日委派.

61 Williams, H. S. (1938)，《毒品成瘾者是人：数十亿美元毒品非法市场——我们如何制造它和如何能清除它》， Shaw 出版公司

62 参见Reuter, P., Kleiman, M.A.R. (1986)，《风险与价格：毒品执法经济分析》，犯罪与司法， 7, pp. 289 – 340；Miron, J.A., Zwiebel, J. (1995)，《反对毒品禁止性政策的经济理由》，经济视角期刊， 9, pp. 175 – 192

63 非裔美国人在联邦和州立监狱人数占比40%，西班牙裔占比38%。毒品政策联盟 (2016)，《毒品战争，大量监禁与种族》，参见：http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Drug%20War%20Mass%20Incarceration%20and%20Race_%28Feb.%202016%29_0.pdf (2017年8月31日).

64 Eastwood, N., Shiner, M., Bear, D. (2013)，《数看黑白：英格兰与威尔士毒品犯罪管治与起诉中的种族差距》，参见：bers-black-and-white-ethnic-disparities-policing-and-prosecution-drug-offences (2017年4月13日).

65 Campbell, T. (2011)，《同意与反对：为囚犯建设成功社群中心艾滋病毒/丙肝项目指导》（第二版），多伦多：感染艾滋病毒/艾滋病囚犯支持行动网络，参见：http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26374.pdf (最后登录2017年4月13日).

66 澳大利亚犯罪学研究所(2012)，《澳大利亚犯罪：事实与数字2011》，参见：http://www.aic.gov.au/media_library/publications/facts/2011/facts_and_figures_2011.pdf (最后登录2017年4月13日).

67 纳塔尔（殖民地）印度移民委员会 (1887)，《印度移民委员会报告1885–1887》，南非，参见：http://scnc.ukzn.ac.za/doc/INDENTURE/Reports/Report_indian_immigrants_commission_1885_7_Wragg_Commission.pdf·

68 Killias, M., Aebi, M. F. (2000)，《瑞士犯罪预防研究：海洛因处方对海洛因市场的影响》，犯罪预防研究， 11, pp. 83–99.

69 McElrath, K., Chitwood, D.D., Comerford, M. (1997)，《注射毒品使用者中的欺骗受害》，毒品问题期刊， 27, pp. 771 – 783

70 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998)，《公众与禁毒战争》美国医学协会期刊 (JAMA)， 279 (11), pp. 827–832.

71 Speaker, S. L. (2004)，《20世纪恶魔——毒品改革的修辞学1920–1940》，见于Tracy, S.W., Acker, C.J. (ed.) (2004)，《改变美国人意识：美国的酒精与毒品使用历史，1800–2000》Pp. 203–224

72 Kosovski, J.R., Smith, D.C. (2011)，《每个人都受伤：成瘾、戏剧和真人秀干预中的家庭》，毒品使用与误用， 46 (7), pp. 852–858.

73 英国毒品政策委员会(2010)，《英国媒体对毒品使用与毒品使用者的呈现：新闻报道文本分析》，http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf

74 同上

75 Thompson, M. (2012)，《将使用者变为食人魔的毒品：改变心智的"浴盐"应为三起僵尸式袭击负责》，镜报在线

76 Elfrink, T. (2014)，《科学家表示浴盐并非是迈阿密食人魔袭击的原因》，迈阿密新时报

77 Jay, M. (2012)，《高级社会》，London: Thames & Hudson.

78 参考《经济学人》（2001），《有待合法》，参见：http://www.economist.com/node/709603

79 参见van Boekel, L.C. et al (2013)，《医疗人员中吸毒问题患者的污名及其对医疗服务的影响：系统综述》，毒品酒精依赖，131, pp. 23–53；Brener, L. (2010)，《医生和护士在医疗中对注射毒品使用者的态度的作用》，毒品使用与误用，45 (7–8), pp. 1007–1018.

80 Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., Üstün, T. B. (2001)，《跨文化视角审视污名等价评价与对残疾人的社会态度》，pp. 247–253. 见于 Üstün, T. B., Chatterji, S., Rehm, J., Saxena, S., Bickenbach, J. E. (ed.).，《残疾与文化：普世与多元化》，247 – 291. Seattle, WA: Hofgrebe & Huber；以及 Phillips, L.A., Shaw, A.，《吸毒的污名化比吸烟和肥胖更严重》，物质使用期刊，18 (4), 247–253. (2001).

81 NSRP与国际警报（2017），《离开阴影——采纳建设和平的方式处理尼日利亚毒品使用社会效应》，参见：http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

82 amudio–Haas, S. et al (2016)，《制造信任：坦桑尼亚达累斯萨拉姆减低伤害服务向注射吸毒女性的项目策略》，国际毒品政策期刊，30, pp. 43–51

83 联合国艾滋病规划署术语准则》（2015），参见：http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

84 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016)，《语言、吸毒问题和政策：需要对'毒瘾词典'达成共识》，酗酒治疗季刊，34 (1), pp. 116–123.

85 Kelly, J., Westerhoff, C. (2010)，《我们如何称呼使用毒品的人重要吗？对两个常用词的随机研究》，国际毒品政策期刊，12 (3), pp. 202–207；Henderson, S. et al. (2010)，《安全网应急部门为毒品使用者提供关怀的社会污名与困境》，得不到充分服务的贫困人口医疗保健期刊，19 (4), pp. 1336–1349；McCreaddie, M. et al. (2010)，《日常与仪式：急性照料中心毒品使用者疼痛管理的扎根理论》，临床护理期刊，19, pp. 2730 – 2740.

86 联合国肚皮犯罪办公室（2014），《世界毒品报告2014》

87 人权高专办公室（2015）《联合国人权高专报告：世界毒品问题对享有人权的影响》，A/HRC/30/65，37段

88 同上，41段

89 同上，52段

90 同上，53段

91 Reinarman, C., Levine, H.G. (1997)，《快克袭击：快克恐慌中的政客与媒体》，pp. 18–51，见于 Reinarman, C., Levine, H.G. (eds.)《快克在美国：恶魔毒品与社会正义》，加利福尼亚大学出版社

92 参见示例，Haberman, C. (2014)，《当青年暴力激发'超级猎食者'恐慌》，纽约时报，参见：https://www.nytimes.com/2014/04/07/us/politics/killing-on-bus-recalls-superpredator-threat-of-90s.html.

93 Reinarman, C., Levine, H.G. (1997)，《快克袭击：快克恐慌中的政客与媒体》，pp. 18–51，见于 Reinarman, C., Levine, H.G. (eds.)《快克在美国：恶魔毒品与社会正义》，加利福尼亚大学出版社；纽约时报(1989)，《快克：历史维度的灾难仍在发展》Crack; A Disaster of Historic Dimension, Still Growing，参见：http://www.nytimes.com/1989/05/28/opinion/crack-a-disaster-of-historic-dimension-still-growing.html?pagewanted=all.

94 Reinarman, C., Levine, H.G. (1997)，《快克袭击：快克恐慌中的政客与媒体》，pp. 18–51，见于 Reinarman, C., Levine, H.G. (eds.)《快克在美国：恶魔毒品与社会正义》，加利福尼亚大学出版社

95 同上

96 同上

97 Slotkin, T.A. (1998)，《胎儿尼古丁或咖啡因暴露：哪个更糟？》，药理实验疗法期刊，285 (3), pp. 931–945.

98 例如Baum, D.（1997），《吸烟与镜子：禁毒战争与政治失败》，Boston: Back Bay Books.

99 Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., Weitzman, M. (2015)，《美国的粉末可卡因与快克的使用：审视使用者逮捕风险与社会经济差距》，毒品酒精依赖，149, pp. 108 – 116

100 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016)，《语言、吸毒问题和政策：需要对'毒瘾词典'达成共识》，酗酒治疗季刊，34 (1), pp. 116–123.

101 美国医学协会（2015），《成瘾患者需要治疗–而非污名》，参见：https://www.asam.org/resources/publications/magazine/read/article/2015/12/15/patients-with-a-substance-use-disorder-need-treatment---not-stigma；美国成瘾医学协会(2013)，《与广泛不健康毒品使用相关术语》，参见：http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-state ment/view-policy-statement/public-policy-statements/2014/08/01/terminology-related-tothe-spectrum-of-unhealthy-substance-use.

102 国际成瘾协会期刊（2015），《成瘾术语声明与准则》，参见：http://www.isaje.net/addiction-terminology.html

103 Botticelli, M.，国家毒品管制政策办公室主任（2017），《面向执行部门领导关于改变成瘾相关语言的备忘录》，2017年1月9日发布，参见：https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Memo%20-%20Changing%20Federal%20Terminology%20Regrading%20Substance%20Use%20and%20Substance%20Use%20Disorders.pdf.

104 美联社（2017），《美联社写作指南》

105 INPUD（2011），《关于语言、身份、包容和歧视的立场声明》，参见：https://inpud.wordpress.com/position-papers/inpud-position-statement-on-language-identity-inclusivity-and-discrimination/

106 例如《禁毒战争》（2011）；《掌控：毒品政策生效途径》（2014）；《推动毒品政策改革：去罪化新途径》（2016），参见：http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/

107 在美国由南希里根带领的运动最为著名，其他国家复制了这个方式。如新加坡每年六月要开展为期一个月的"说不"活动。参见：新加坡政府麻醉品中央局"核心项目"

108 很多学术研究支持这一论点，包括：Stockwell, T., Fishbein, D., Toumbourou, J. W., Tarter, R., Eldreth, D. (2005)，《儿童青少年预防精神活性物质及其伤害：心理社会和神经生物因素及应对理论综述和全球最佳实践》，世界卫生组织；Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010)，《毒品政策与公共利益》，牛津大学出版社；Hawks, D., Scott, K., McBride, M. (2002)，《预防神经活性物质使用：有效预防案例精选》，世界卫生组织；Fishbein, M. et al. (2002)，《避免回旋：在开展全国性运动前检测相关反毒品服务公告效果》，美国公共卫生期刊，92 (2), pp. 238–235

109 Rosenbaum, M. (2014)，毒品政策联盟，《安全第一：实际解决青少年毒品问题的途径》 ，参见：http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

110 大赦国际，2017，《穷就死——菲律宾"禁毒战争"的法外处决》，参见：https://www.amnestyusa.org/files/philippines_ejk_report_v19_final_0.pdf

111 例如，Baldwin, C., Marshall, A. (2017)，《鲜血带不来胜利——菲律宾禁毒战争第一年》，https://www.reuters.com/article/us-philippines-duterte-drugs-idUSKBN19G05D

112 Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010)，《毒品政策与公共利益》，牛津大学出版社

113 Rosenbaum, M. (2014)，毒品政策联盟，《安全第一：实际解决青少年毒品问题的途径》 ，参见：http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

114 如毒品政策全球委员会报告《推动毒品政策改革：去罪化新途径》 (2016)

115 NSRP与国际警报 (2017) ，《离开阴影——采纳建设和平的方式处理尼日利亚毒品使用社会效应》，参见： http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

116 Blendon, R., J., Young, J., John, T. (1998)，《公众与禁毒战争》，美国医学协会期刊， 279 (11), pp. 827 –832.

117 Hood, R. (2013)，《马来西亚死刑——关于贩毒、谋杀和枪支犯罪强制死刑的公众观念》，死刑项目，在2012年11月与12月，询问1535名马来西亚人对这些法律的看法。

118 新加坡，《禁毒法律的误用》 (1973年第5号) ，参见：http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p;page=0;query=DocId%3Ac13adadb-7d1b-45f8-a3bb-92175f83f4f5%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0

119 Domosławski, A. (2011)，《葡萄牙毒品政策：毒品使用去罪化的益处》，华沙：开放社会基金会

120 SICAD研究 (2008) 对1000名青少年进行调查，《毒品与毒品成瘾的认知与社会形象——在里斯本Rock in Rio 音乐节对青年的调查》

121 Grund, J.P., Breeksema, J. (2013)，《咖啡店与妥协：荷兰的分隔非法毒品市场》，开放社会基金会

122 同上

123 1997年9月28日联邦投票后分析VOX62，参见：http://www.gfs-bern.ch/de-ch/Detail/vox-62-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-28091997

124 1999年6月13日联邦投票后分析VOX68，参见：http://www.gfs-bern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999

125 avary, J-F., Hallam, C., Bewley-Taylor, D. (2009)，《瑞士四个支柱政策——从地方试验到联邦法律的进化》，Beckley 基金会

126 1999年6月13日联邦投票后分析VOX68，参见：http://www.gfs-bern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999

127 Rihs-Middel, M., Hämmig, R. (2005)，《瑞士的海洛因辅助治疗：研究、政治与日常实践的互动式学习过程》， pp. 11–22.见于Rihs-Middel, M., Hämmig, R., Jacobshagen, N. (ed.).《海洛因辅助治疗：进行中的工作》，瑞士公共卫生联邦办公室

128 Csete, J., Grob, P.J. (2012)，《瑞士、艾滋病毒与实用主义的力量：毒品政策发展经验》，国际毒品政策期刊，23, pp. 82 – 86

补充资源:

www.beckleyfoundation.org
www.countthecosts.org
www.cupihd.org
www.druglawreform.info
www.drugpolicy.org
www.genevaplatform.ch
www.globalcommissionondrugs.org
www.hivlawcommission.org
www.hri.global
www.hrw.org
www.igarape.org.br
www.intercambios.org.ar
www.icsdp.org
www.idhdp.com
www.idpc.net
www.inpud.net
www.incb.org
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx
www.release.org.uk
www.talkingdrugs.org
www.tdpf.org.uk
www.unaids.org/en/topic/key-populations
www.unodc.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.wacommissionondrugs.org
www.who.int/topics/substance_abuse/en/

致谢:

技术协调
Barbara Goedde
Khalid Tinasti

专家审阅组
Happy Assan
Barbara Broers
Judy Chang
Suzanne Gage
Johann Hari
Nang Pann Ei Kham
Donald MacPherson
Isidore Obot
Isabel Pereira
Lisa Sanchez
Anya Sarang
Akihiko Sato
Isabelle Schulte-Tenckhoff
Tripti Tandon

支持

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

毒品政策全球委员会

秘书处
Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko

联系方式:
secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

毒品政策全球委员会报告
http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/

- 禁毒战争 (2011)
- 禁毒战争与艾滋病毒/艾滋病: 对毒品使用刑事定罪如何刺激全球传播 (2012)
- 禁毒战争对公共卫生的负面影响: 丙肝隐蔽蔓延 (2013)
- 掌控: 毒品政策生效途径 (2014)
- 毒品管制对公共卫生的负面影响: 可避免灾难的全球危机 (2015)
- 推动毒品政策改革: 去罪化的新途径 (2016)

毒品政策全球委员会立场文件
http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/

- 北美鸦片危机 (2017年10月)

毒品政策
全球委员会

毒品政策全球委员会

毒品政策全球委员会的目标是在国际层面上引导以信息和实证、科学为基础的讨论，以人性和有效的方法，减少毒品对人和社会产生的伤害。

目标

- 评估“毒品战争”的基础、有效性和后果
- 评估不同国家应对毒品问题方式的风险和益处
- 制定可行的、以实证为基础的建议，以开展建设性的法律和政策改革