

IDPC 毒品政策指南



第二版，2012年3月

3.3 药物依赖的治疗

本章内容

- 药物依赖治疗方法
- 一个具有成本效益的系统
- 一个有效的重返社会过程

药物依赖不应当再被当做一种犯罪，而是应当看做一个健康问题。药物依赖的治疗被证明能够有效地解决药物依赖问题，降低毒品相关的伤害，使社会和犯罪成本最小化。

为什么以实证为基础的药物依赖治疗很重要？

2009年6月24日，联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC）执行主任Antonio Mario Costa发表了2009年《世界毒品报告》，表示“毒品使用者需要的是医疗帮助，而不是刑事惩罚”¹。

最近的估计显示，有2亿1千万人使用受管制药物²。导致试验性和偶然性的毒品使用成为药物依赖的因素是非常复杂的。根据UNODC和WHO的定义，药物依赖是一种“反复接触毒品和生理环境因素的复杂多因素交互作用”的结果³。即是说，药物依赖是社会、文化和心理问题与生物因素（可能包括基因）共同参与的结果。WHO的《国际疾病分类》，从症状出发，将药物依赖定义为一种对用药的强烈渴求和冲动，难以控制药物使用，有生理戒断反应，耐受性，逐渐丧失其他愉悦或兴趣，在出现显示的有害后果时仍坚持用药⁴。

根据联合国估计，全球仅有少数毒品使用者（大约1千5百万到3千9百万之间）会发展成药物依赖，需要用治疗进行干预⁵。这非常关键，尤其在这个经济紧缩的时代，干预应当直接用到最需要的地方，以发挥最大效果。因此，治疗系统应当将稀少的资源优先用于药物依赖者。这要求建立一个机制，以便能够准确地识别出目标群体，并告知其治疗的目标和如何获取。对于改善以实证为基础的戒毒治疗模式，医疗和法律服务都会对毒品使用者起很大的作用。

只有少数人的毒品使用会发展成药物依赖、并需要治疗的程度。

对于个人而言，使用毒品的影响取决于多因素相互作用，包括所用药物的自身特质，使用者的特点及其所处的环境⁶。干预工作需要考虑每一个因素以及它们之间如何相互作用。在所有的社会中，药物依赖主要集中于边缘群体，即情感创伤率、贫困率和社会排斥都最严重的群体⁷。由于导致药物依赖的因素是多方面的，故没有某个单一措施能在整个社会产生积极效果。因此，政府应当致力于一个包含多种模式紧密整合与相互强化的治疗系统。法律和物理环境的影响意味着有效的戒毒治疗干预应当提供心理服务，同时要考虑社会文化环境的影响。作为高效治疗系统的一部分，这种干预能够使个体有一个健康和建设性的生活方式。

愈来愈多的政府开始接受新的理念，即为药物依赖者提供治疗是比施加严厉惩罚更有效的策略（更多信息，请参见第二章：毒品法律改革）。在不同的社会、经济、和文化环境中开展的研究也证明，通过广泛提供以实证为基础的药物依赖治疗，可以用一种具有成本效益的方式来解决毒品相关的健康和社会问题，包括家庭崩溃、经济停滞、艾滋病和大量街头犯罪等⁸。

为药物依赖者提供治疗是比施加严厉惩罚更有效的策略。

然而，在很多国家，药物依赖的治疗系统要么不存在，要么很落后，或者与人权标准或全球已经证明有效的方式不符。研究、经验和国际人权文书显示，有些治疗措施是不应当推广使用的。比如，一些政府治疗体系主要依靠强制来实施，不是强迫个体接受治疗，就是强迫他们参与某些项目。一些强制性治疗还包括虐待、拒绝提供医疗，以及强迫劳动（参见文本框1）⁹。

表1. 东南亚毒品使用者强制戒毒中心

在世界上一些地方，将毒品使用者送入强制戒毒中心是合法的。东南亚这种情况尤其突出，如中国、越南、柬埔寨、马来西亚、泰国和老挝，都存在这些机构¹⁰。

这种强制中心一般由警方或军队管理，而不是医疗机构。戒毒者经常是在没有正当法律程序或司法监督的情况下被强制送进这种机构，然后被关好几年。他们得不到科学有效的戒毒治疗，被迫从事无偿或者极低廉薪水的劳动。他们还可能受到很多生理心理的惩罚、性虐待和单独监禁。一般的医疗护理经常是没有的，艾滋病和肺结核等疾病在被关押者中非常普遍。

这些情况是对科学、医学和人权规范的侵犯。同时，强制戒毒中心非常昂贵而低效，复吸率非常高（在越南，复吸率约为80%到97%）。政府通常能够认识到这个事实，但他们对此的反应是加强这种严厉而漫长的“治疗”¹¹。

虽然该地区有一些政府近年来引入了新的毒品法律，将毒品使用者的身份由“罪犯”转为“病人”，如中国2008年的《中华人民共和国禁毒法》和泰国2002年的《麻醉品成瘾康复法》，但法律文案中的人性化修辞无法代表强制中心里的现实生活，即以治疗之名掩盖残酷危险的惩罚¹²。

WHO和UNODC以及包括人权观察、开放社会等很多国际组织都谴责将吸毒者送入强制戒毒中心¹³。

治疗方式必须尊重人权，尊重个人选择是否加入治疗方案的基本原则。

治疗方式必须尊重人权，基本原则是由个人选择是否加入治疗方案以及是否遵守和继续治疗方案。这不仅是实现人权责任，也是确保治疗的有效性。证据显示长期的行为改变只能出于个体自主意志决定改变。因此需要有组织的治疗系统，激励个体接受治疗，设定规则和对项目做出承诺（如制定时间表，按时出勤戒毒治疗项目），而不是跨越界限，使用公开或隐蔽的强制方式（参见文本框2）。关于毒品使用者是否应当由刑法系

统或其他制度强制戒毒，存在着大量的伦理讨论¹⁴。支持强制体制的人指出刑法系统转介机制的成功说明应当保留一些强制成分（如戒毒治疗被看做一种代替监狱监禁的替代方式）。反对者指出个人有权选择他们自己的治疗方式¹⁵。在任何情况下，如果不遵守自主决策和激励的原则，治疗系统就不会有效。

表2. 马来西亚的“治疗&关怀”模式¹⁶

几十年来，马来西亚的主要毒品政策，就是逮捕吸毒者或药物依赖者，把他们送进强制戒毒中心。2010年7月，马来西亚《国家反毒品法》（NADA）针对全国毒品康复中心的发起了一项重要的改革。新政策认为，对于这些强制戒毒中心来说，首要也是最重要一点，就是中心只接受自愿进入的人，或者是根据《毒品依赖（治疗康复）法案》的转介和申请。

“治疗&关怀”模式认为，对药物依赖者来说，应当有多种治疗措施来满足不同的个体需求。这意味着中心应努力为国内的毒品使用者提供不同的预防、咨询、治疗（包括OST）、康复和支持服务。

“治疗&关怀”中心的建立和扩展显示了毒品政策在方式、价值观和策略上的重大改变。首先，来自国内事务部和NADA的改变本身就是该地区的里程碑事件，执法和毒品管控部门发起了变革以适应毒品使用者的需求。其次，这个方案变革表明了医疗系统的加入是一项可行的措施，有效的提高了对艾滋病的预防、治疗、支持和关怀的干预工作的综合性和相互支持性。这个方案的可赞许之处就是使患者能够选择基于个体需求的医疗干预，这在东南亚地区是很难得的。“治疗&关怀”服务不需要普遍可及或完备的条件，比如，所有患者都能够设定他们自己的目标，根据这些目标来衡量他们的进步与成功。

尽管现在评价“治疗&关怀”中心的治疗效果和有效性尚为时过早，但马来西亚的毒品政策从强制治疗到自愿治疗的转变，是东南亚一项非常积极的发展。

有效治疗系统的关键要素

在很多国家，药物依赖治疗的提供，常常以对某种模式的试点开始，然后扩展，或其他模式补充。虽然单一的干预，或一系列独立的干预，能够对个体产生作用，但政府仍应当创立整合的国家、地区或地方的治疗系统，以产生深远的示范性作用，最大化地利用资源。

如果目标群体无法获得服务，则治疗系统的影响会比较有限。首要的挑战就是要找到药物依赖者，鼓励他们获取社会 and 医疗服务。另外，目标人群很可能隐藏得很深，必须为他们提供能够获得服务的途径。有很多可能的方式：

- **个人转介**
- **通过全科医疗和社会服务系统识别。**现有的医疗和社会服务将很有利于识别药物依赖的症状，并鼓励使用者申请特别帮助。例如，全科大夫通常受到患者信任，如果能够熟悉毒品和毒品使用方面的信息，他们可以发挥重要作用。
- **通过毒品专科咨询中心或街头外展服务。**这些中心可以提供食品、临时住所、减低伤害服务，以及鼓励和促使人们参与戒毒治疗，让他们能够在有意愿的时候直接获得更专业化的治疗。活动中心因为是非正式的，所以比较灵活，为挣扎于药物依赖的人提供了重要的途径。这些人常常担忧机构的死板教条。如果和他们预约在下周或下月，他们很可能不会来。
- **通过刑法系统。**由于毒品使用本身的非法，以及对毒资的需求，药物依赖者很可能要和刑法系统打交道。很多成功的干预模式证明，能够通过刑法系统来识别药物依赖者并鼓励其接受治疗：例如美国的毒品法庭¹⁷，英国的逮捕转介机制（参加2.2章节：有效的毒品法律执行），和葡萄牙的社工“陪审”制（参见2.1章节：毒品法律改革）¹⁸。

不同的制度对识别流程的步骤赋予了不同的优先级。然而，有效的制度应当能够保证所有潜在的转介资源都可以迅速地进入目标个体的环境，并为他们提供适当的治疗形式。这要求既要有地理上的城乡包容，又有服务的文化适应性，以及对性别和种族的敏感意识等¹⁹。

不同的制度都可以用以识别药物依赖者，并为他们提供以实证为基础的治疗。

治疗系统中还应当有一个管理每个个体治疗进展的机制（通常被称为关怀计划）。应当明确最终的目标，对进行中的过程开展监控和评估，根据目标评测表现。重要的是认识到依赖是一种复杂的现象，可能需要不止一个疗程。尤其是参与者离开治疗回到过去的环境中时，需要一个整合了住房、教育和就业等社会支持的综合方案。

药物依赖的治疗方式

由于药物依赖的复杂性，必须针对每个药物依赖者定制针对性的反应、设置和治疗强度。因此，制作一个服务清单就非常重要，以此为有不同的特征、需求和环境的需要治疗的人提供适当服务。另外，可获得的药物也在增加，对一种药（类鸦片）有效的模式不一定对另一种（可卡因或安非他命等）也有效。一些国家几十年来已经建立了广泛治疗系统，而一些国家刚刚开始尝试和理解这个政策。不过所有国家都能够实现有效的药物依赖治疗整合，使用可获得的资源来最大化实现医疗和社会目标。

治疗方法

在过去的60年中，人们实施、试验和评估了各种各样的药物依赖治疗模式。这些大概可以通过方法、设置和强度来分类。虽然很多国家和国际都出版了戒毒治疗指南，但这些都是不完全的，也不适用于需要该治疗的具体的社会文化环境。戒毒治疗的发展应当将国际研究证据与已有的经验结合起来，包括每个国家的戒毒治疗历史、社会法律环境、文化、资源和人力，以达到最佳的效果。

应当有一份服务清单，为有不同特征、需求和环境的希望治疗的人提供适当服务。

经验和证据表明，NGO和公民社会团体在为药物依赖者提供治疗方面有着重要作用。他们的工作应当得到有关部门的明确支持协助。

治疗工作可以在戒毒、替代治疗、心理咨询和互助小组的基础上进行。

戒毒

WHO对戒毒的定义如下：1. 个体通过该过程消退精神类药物的效果；2. 作为一个临床疗程，消退过程必须以安全有效的方式，使戒断症状最小化。可以在各种解毒中心、脱瘾中心或清醒站点等机构进行²⁰。很多药物依赖者在没有服务协助的情况下进行脱瘾。一些人可能会得到家人朋友或服务机构的帮助。

类鸦片替代治疗 (OST)

OST常用于治疗鸦片依赖。全球有大量证据显示，这是对药物依赖最有研究的治疗。替代疗法可定义为：对交叉依赖和交叉耐药开具替代药物的处方。对病人而言，替代药物比通常所用的药物风险要小，可用于最小化戒断反应，或使病人停止某种特殊给药方式。然而证据显示，这种治疗在配合心理干预时效果最好²¹。最常见的替代药物包括美沙酮、丁丙诺啡和盐酸纳曲酮。也有国家现在使用海洛因辅助治疗（HAT）来治疗海洛因依赖（参见表3）。

OST可降低感染艾滋病和其他血液传播疾病的风险，因为可以减少注射及共用针具的行为。药物依赖者以前是在“黑市”获得药物，现在可以获取已知纯度与药效的药物，削弱了他们为毒品犯罪的动机，降低了用药过量等医疗风险。这种方式可以和药物依赖者保持联系，帮助他们稳定生活，重返主流社会²²。

表3. 海洛因辅助治疗（HAT）——以英国为例

据估计，约5%的鸦片使用者在采取替代治疗时对美沙酮的反应不太好。这些人通常来自最边缘的群体，健康极差，有严重心理问题，对司法系统和福利系统造成严重负担。

在英国，有很长一段时间，人们为鸦片依赖者开注射海洛因的处方。但是，在20世纪60年代到70年代，这种方式引起了很大的政治争议。主要是因为药物依赖者到处搜集从药房拿出的海洛因，又缺乏监管，导致处方海洛因流入非法市场。于是处方海洛因几乎被完全停止了。而对那些有药物依赖的易感人群而言，他们仍然对戒毒治疗有很大需求。

最近几年，在欧洲，主要是瑞士，开发了一种崭新的且政治上更容易接受的海洛因疗法²³。英国对这种方式进行了科学实验，即病人在清洁安全可控的环境中，在严密的监管和医务人员的帮助下，从特定的诊所里接受注射海洛因²⁴。

很多病人认为这是一个改变生命的经历，对他们的健康和社会生活有显著改善，大大减少了他们对药物的依赖，也减少了犯罪行为。试验治疗也将服务对象纳入同伴支持和研究助手。HAT使一群难以接触和难以治疗的群体获得了医疗和支持服务，同时满足了政治目标和诊所的安全要求。

心理干预

心理干预是指在整个疗程中对个体、家庭或群体展开的非药物干预。有很多心理干预方式都可以使用，如认知行为疗法，激励面谈，群体治疗和叙述疗法。提供支持和协助来应对一系列问题，如预防复吸，应对技巧，情绪控制，问题解决，技能培训，维权技能和相互救助（自助，参见下文），这些覆盖了不同的生活领域，包括住房，个人财政管理和就业技能等²⁵。

心理干预可以用社群治疗为例。一般而言，社群治疗是没有毒品的居住环境，用治疗阶段来区分不同等级的个人和社会责任。社群治疗和其他治疗方式不同在于，它用社群成员作为医务人员，药物使用者是实现改变的最重要的力量。这些成员在结构化的和非结构化的互动中转变着关于毒品的态度、认知和行为。然而，社群治疗因其高复吸率备受诟病。

互助支持小组

作为正式治疗的补充，或者一个独立的选项，互助支持小组都可能是最广泛的用来处理药物依赖的方式。参与这些小组，对他人进行支持，这可以获得有效的结果²⁶。很多研究聚焦于匿名酒精和麻醉品滥用组织常用的“十二步”模式。而其他模式也应得到鼓励，以满足不同人的需求。目标是提供一个互相帮助的空间，让助人者和受助者都获得治疗益处。

治疗环境

在提供一系列有实证基础的干预的同时，有效的治疗体系还会提供不同环境的干预。这些可以大概分为街头（包括外展和活动中心），社区²⁷（定期到诊所领取处方药物，咨询等等），或者居住环境²⁸。很难说应当注重哪一种，因为这要看当地毒品使用者的具体需求，社区的宽容度和法律对公开的治疗诊所的态度，以及是否有适当的工作环境和资助。

当有很好的社会、家庭和社区支持时，社区环境对药物依赖者最合适。如果这些支持缺失，病人又有可能受到毒贩或熟人的压力而继续吸毒，则对病人而言最好是离家治疗。这些必须因人而异，患者和治疗师在治疗时是合作关系。而且，关怀链必须是完全整合的，在实践中，患者可能会在治疗中经历三种环境，而且需要帮助才能实现重返社会的目标。这要求人们制定干预措施，帮助药物使用者获得与吸毒不直接相关的其他形式的照顾，如住房、教育和就业等。

治疗强度

戒毒治疗的强度涉及某一时间段的用量、性质和干预类型，它取决于个体的治疗需求，而不是根据资源、道德和观念等等来决定一个数量。总的来说，研究显示依赖的情况越严重，治疗干预的强度越大，时间越长。这使政府陷入了两难，资源有限的情况下，他们希望花最少的钱治疗最多的人。这常会导致对严重药物依赖者提供强度不足的干预治疗。很多国家对治疗方案的高复吸率感到失望。但这很可能是源于不恰当的治疗强度，以及美沙酮的个体差异。我们必须记住，戒毒治疗，无论设计和实施得多好，都不可能完全解决问题。一个社会如果存在制度性的广泛的失业，贫穷、不平等和社会排斥，那么药物依赖的高流行率就是一个信号。这种潜在的问题只能靠坚定的政治、经济和社会干预来解决。

具有成本效益的系统

扩大对药物依赖的治疗的投资无疑是一项公共支出。很小的投资就可以节省医疗、社会和司法多项成本²⁹。2010年的英国内政部一项研究估计每花一镑在戒毒治疗上，就能获得2.5镑的社会收益³⁰。在美国，美沙酮维持治疗的回报大约4倍于治疗成本³¹。实际上，美国国家药物滥用研究所认为，“研究显示美沙酮维持治疗对社会有益，成本收益高，从经济上看很划算³²。”

对有实证基础治疗的投资可以节省医疗、社会和司法多项成本。

政府对医疗和社会关怀领域可投入的资源是有限的，将资源谨慎的优先投向那些出现药物依赖症状希望接受治疗的人是非常重要的。治疗方案需要高效管理，使患者能够便捷地获得治疗，在环境改变和重返社会时能够轻松地做出相应调整。因此本指南提倡在治疗系统中纳入一份不同模式、环境

和强度的服务清单。很多国家还在研究具体的病例管理系统，将医疗、社会关怀和司法工作者整合，对个体的治疗需求进行评估，鼓舞和激励他们去做出改变，为他们提供最合适的治疗机构。在这种病例管理系统设计良好的地方，他们有能力为个体在合适的时间提供合适的治疗，以提高治疗的效果与效率³³。

有效的重返社会过程

因为吸毒的刑事化带来的污名与歧视，很多药物依赖者都经济不稳定，受到社会排斥。治疗的重要目标之一就是改善个体实现社会功能的能力。这意味着提升教育水平，促进就业途径，提供其他社会支持。这个过程的重要因素是加强社会和社区的联系。家庭和社区的支持非常重要。在很多国家，支持小组对那些戒毒的人很重要，帮助他们实现承诺，摆脱药物依赖的生活。现在和过去的吸毒者在治疗中的适当投入可以对两类人都有好处，加强了他们自我赋能的感觉，提高了服务的质量和热情。

戒毒治疗的目的应当是帮助药物依赖者达到更高的健康和幸福水平，促进他们参与社会。在这个背景下，我们必须承认，一些人可能认为成功戒毒是不可能的或无意如此。但是，这不妨碍人们实现治疗的主要目的，即帮助患者过上高兴的卓有成果的生活。实

际上，很多人有能力在坚持OST的同时实现这种生活。关于戒毒治疗的教育必须不仅要接触治疗的个体，还要接触他们的社区同伴，消除对OST的偏见。

建议

- 1) 针对药物依赖者的治疗系统的主要目的是使个体能够过上自我实现的生活。
- 2) 所有的政府都应当对药物依赖治疗进行长期投入，以应对药物依赖和降低医疗和社会成本。
- 3) 对药物依赖治疗的投入应当表现为一套系统，而不是一个个孤立的干预措施：应当能够识别那些最需要治疗的人；为药物依赖者提供恰当的有实证基础的治疗服务清单；通过顺畅的机制使个体能够在环境改变时轻松适应。
- 4) 侵犯人权的治疗措施应当被停止。不仅是因为它们不道德，也因为它们不太可能实现预期目标，成本高收效小。
- 5) 有必要持续评估审查国家治疗系统，确保有效运作，并与实证相符。在开发和实施服务时，如果能有患者更多的参与，就能够更加有效，反应良好。

关键资源

国家药物滥用研究所，国家健康研究所，美国卫生部与公众服务部 (2009), 《药物成瘾治疗原则——有研究基础的指导（第二版）》 (Bethesda: National Institutes of Health), https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf

National Treatment Agency for Substance Misuse (2010), 《对吸毒者脱离治疗后果的长期研究》 (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), 《药物依赖治疗原则》 (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf

World Health Organization (2011), 《对安非他命类刺激物使用者的治疗干预》. WHO Briefs on ATS number 4 (Manila: World Health Organization), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/WHO-technical-brief-ATS-4.pdf>

World Health Organization (2009), 《对鸦片依赖者的心理辅助的药物治疗 指南》 (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf

World Health Organization (2001), 《药物依赖管理回顾系列—针对安非他命类物质相关障碍的治疗的系统性回顾》 (Geneva: World Health Organization), http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.5.pdf.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2004), 《世界卫生组织/联合国毒品与犯罪问题办公室/联合国艾滋病规划署立场文件：在鸦片依赖管理和HIV/AIDS干预中的替代 维持疗法》 (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

尾注

- 1 联合国毒品和犯罪问题办公室（2011），《世界毒品报告》，维也纳 <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 2 UNODC（2009），《UNODC与WHO药物依赖治疗与关怀联合方案》，维也纳，http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf
- 3 UNODC/WHO（2008），《药物依赖治疗原则》，<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p.1
- 4 WHO（2007），《国际疾病伤害与死因分类标准》第十版，<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
- 5 UNODC，《世界毒品报告》，<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 6 该模式即Zinberg依赖模型，<http://www.yapa.org.au/youthwork/aod/effects substanceuse.php>
- 7 Botvin, G., Schinke, J. & Steven, P. (1997), 《病原学与少数群体青年人中的药物滥用预防》（纽约Haworth出版社）；Beauvais, F. & LaBoueff, S. (1985), 《美国印第安社群的药物与酒精滥用干预》，《药物使用与滥用》20(1): 139–171, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826088509074831>；Davis, R.B. (1994), 《前苏联药物与酒精使用：主要因素与未来考量》，《药物使用与滥用》29(3): 303–323, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089409047383>.
- 8 Reuter, P. & Pollack, H. (2006) 《治疗能减少国家毒品问题几何？》《成瘾》，101(3): 341–347, <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/add/2006/00000101/00000003/art00007>；Irawati, I., Mesquita, F., Winarso I., Asih, H. & Asih, P. (2006), 《印度尼西亚开展监狱美沙酮维持治疗》，《成瘾》，101(10): 1525–1526, <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200609/msg00050.php>；MacCoun, R.J. & Reuter, P. (2001), 《毒品战争邪说》（纽约：剑桥大学出版社）；国家药物滥用治疗局 (2009), 《戒毒治疗的故事》（伦敦：国家药物滥用治疗局）http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf；Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 《毒品误用治疗的成本和影响的经济分析：国家治疗成果研究的两年数据》《成瘾》，99(6): 697–707, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15139868>；国家药物滥用治疗局 (2010) 《对吸毒者脱离治疗结果的长期研究》http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 9 世界卫生组织西太平洋地区(2009),《柬埔寨、中国、马来西亚、越南对吸毒者实施强制治疗的评估：对人权原则的选择性应用》（马尼拉：WHO）http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf；Pearshouse R. (2009), 《泰国强制戒毒治疗：对麻醉品成瘾康复法案（2002）的观察》（多伦多：加拿大艾滋病病毒与艾滋病法律工作网）<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>；《减低伤害2009：曼谷IHRA第20届国际会议（2009年4月21日）：“强制戒毒治疗中心：成本、人权和证据（由UNODC和开放社会研究所国际减低伤害发展项目支持）”<http://www.ihra.net/contents/128>
- 10 国际减低伤害发展项目(2011)《残酷治疗：以毒品康复之名的虐待》（纽约：开放社会基金会），http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treated-with-cruelty-20110624/treatedwithcruelty.pdf
- 11 国际人权观察(2011)《康复群岛：南越戒毒中心的强制劳动和其他虐待》（纽约人权观察）<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam09111ToPost.pdf>
- 12 人权观察(2010)《无尽黑暗：中国以监禁、虐待和强制劳动作为戒毒康复》（纽约人权观察）<http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>
- 13 世界卫生组织西太平洋地区 (2009)《柬埔寨、中国、马来西亚、越南对吸毒者实施强制治疗的评估：对人权原则的选择性应用》（马尼拉：WHO），http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf；UNODC (2010)《从压迫到团结：用医疗而非惩罚应对药物依赖》，http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
- 14 Stevens, A. (2011)《对吸毒者强制戒毒的伦理与有效性》《中国欧盟人权对话》，6–7 September 2011 http://kent.academia.edu/AlexStevens/Papers/909418/The_ethics_and_effectiveness_of_coerced_treatment_of_drug_users
- 15 对医疗程序知情同意的人权和伦理要求确保建立良好的知情同意。有权在被剥夺知情同意的时候拒绝医疗干预的权利源于身体安全的权利，即有权控制自己的身体。参见公民权利与政治权利国际公约第九条身体安全，这是加拿大艾滋病法律工作网HIV测试的基本原则，信息资料5—知情同意。www.aidslaw.ca/testing。该权利也源于获得关于健康和医疗过程的全部信息的权利，一般性意见14号34节。
- 16 Tanguay, P. (2011), 《IDPC简报—马来西亚毒品问题的政策回应》<http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-Policy-responses-to-drug-issues-in-Malaysia.pdf>
- 17 毒品法庭信息交换所和技术支持项目，毒品法庭项目办公室，公正项目办公室和美国司法部(1998),《毒品法庭十年》（华盛顿特区：美国司法部）<http://www.ncjrs.gov/html/bja/decade98.htm>
- 18 Greenwald, G. (2009), 《CATO报告：葡萄牙毒品去罪化—制定公平成功的毒品政策》http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf

- 19 联合国毒品与犯罪问题办公室/世界卫生组织 (2008),《药物依赖治疗原则》(日内瓦: 世界卫生组织) http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 20 World Health Organization (1994),《酒精与药物术语词典》(Geneva: World Health Organization) http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 21 World Health Organization (1994),《酒精与药物术语词典》 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 22 AusAID funded HIV/AIDS Asia Regional Program (2011),《工具3—解释减低伤害对注射吸毒群体的艾滋病问题的有效应对》 <http://ebookbrowse.com/haarp-tool-2-booklet-police-concerns-about-hr-doc-d135375451>
- 23 Hallam, C. (2010),《IDPC简报—海洛因辅助治疗: 满足》 <http://www.idpc.net/publications/idpc-briefing-heroin-assisted-treatment>
- 24 Strang J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, C., Mayet, S., et al (2010),《英国在传统治疗持续失效后使用有监管的注射海洛因或注射美沙酮及口服美沙酮作为慢性海洛因成瘾者治疗》,柳叶刀, **375**(9729): 1885–1895 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/abstract)
- 25 Drug Control and Access to Medications毒品控制与药物可及 (DCAM) 联合会 (2010),《药物辅助治疗中对患者的心理支持指南》 http://s3.amazonaws.com/dcam_consortium/production/documents/uploads/60/original/DCAM_Psychosocial_services_MAT_guidance.pdf?1299533050
- 26 McIntire, D. (2000),《AA工作有多好? 对已发表的(1968-1996)关于AA的调查和相关意见的分析》.《酗酒治疗季刊》, **18**(4): 1–18, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n04_01#preview; Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002),《麻醉品匿名参与和药物麻醉品匿名参与和药物滥用的改变和社会支持》. 药物滥用治疗月刊, **23**(1): 61–66 <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/sat/article/PIIS074054720200243X/abstract>
- 27 案例: National Institute on Drug Abuse (2002),《调查报告系列—治疗集体》(Bethesda: National Institutes of Health) <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rtrtherapeutic.pdf>
- 28 国家药物滥用治疗局 (2006),《成人药物滥用治疗关怀模型: 2006年最新信息》 http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf
- 29 Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004),《毒品误用治疗的成本和影响的经济分析: 国家治疗成果研究的两年数据》. 成瘾, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15796344>.
- 30 国家药物滥用治疗局 (2010),《对吸毒者脱离治疗结果的长期研究》) http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 31 Stimson, G. et al (2010),《三分钱一天是不够的》(伦敦: 国际减低伤害) http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_3CentsReport.pdf
- 32 国家药物滥用研究所 (2006),《国际项目、美沙酮研究网络指导》 <http://international.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/methadoneresearchwebguide.pdf>
- 33 Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P. (2011)《荷兰面向吸毒者的治疗与社会支持系统: 近期发展和阿姆斯特丹案例》, IDPC简报, <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-dutch-treatment-systems.pdf>

国际毒品政策联合会(IDPC)是一个由个NGO和专业人员工作网组成的全球性工作网,专注于管制药物的生产和使用相关问题。联合会的目标是促进关于国家和国际水平毒品政策的实效、方向 and 内容的客观开放的讨论,并支持有实证基础的有效减低毒品相关伤害的政策。

《IDPC毒品政策指南》列出世界各地最佳实践的的证据和案例,提供详细的建议,以供各国政策制定者在制定和实施毒品政策方案时参考。



电话: +44 (0)20 7324 2975

邮件: contact@idpc.net

网站: www.idpc.net

国际毒品政策联合会
Fifth floor, 124-128 City Road, London
EC1V 2NJ, United Kingdom

部分资助来自开放社会基金会



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS