序言

目前毒品和毒品市场规模不断扩大，其繁杂多样程度亦为前所未见。今年的《世界毒品问题报告》中列述的各项主要调研结果清晰表明，国际社会需要为应对这些挑战进一步加强其应对措施。

如今我们面对的毒品市场是潜在的供应侧驱动市场，其中鸦片和可卡因产量已到达创纪录水平。对可卡因和苯丙胺的市场需求也逐步从其传统区域蔓延扩张到其他新区域。尽管利用暗网进行的网上贩毒虽然仍仅占整个毒品贩运活动的一小部分，而且不少相关的热门交易平台已被成功查封，但其迅猛增长势头却至今不减。

在世界不少地区，非医疗用途使用处方药现象非常普遍。北美地区出现的类阿片滥用危机已引起各方应有的关注，国际社会也已对此采取了行动。2018年3月间，麻醉药品委员会把六种芬太尼类似物列入了管制清单，其中包括导致死亡人数增加的卡芬太尼。委员会此前已在其2017年的第六十届会议上决定把芬太尼和一种类似物的制作中使用的两种前体化学品置于国际管制之下。

然而，今年的《世界毒品问题报告》表明,目前披露出来的问题只是冰山一角。我们需要引起各方对曲马朵成瘾问题的警觉，因为非洲许多地区滥用这一药物的情况出现大幅增加。此种类阿片止痛药物的非医疗用途使用情况在亚洲也呈上升趋势，但目前却尚未被置于国际管制之下。那些高危人口由此而受到的影响正在引起严重关注，而且也对本已不堪负荷的各国卫生保健系统平添了新的压力。

与此同时，有更多的新型精神活性物质正在合成制作之中，而且也比以往任何时候都更容易获得。为此，与之相关的伤害和死亡报告也越来越多。

戒毒治疗及各类相关医疗服务仍然十分匮乏：目前正在接受治疗的毒疾患者人数依然很少，但每六名患者中只有一名能够得到治疗。2015年全世界吸毒致死人数约为450,000，其中167,750人为罹患吸毒疾患者，而后一类疾患者大都涉及类阿片。

所有这些都对人类健康和福祉、对安保和安全及可持续发展构成了威胁，因此亟需我们作出紧急应对。

2016年关于世界毒品问题的大会特别会议产生的成果文件中提出了100多项针对毒品供需两方面的、促进采用循证型预防、护理和其他措施的建议。

我们需要为推进这一共识采取更多的行动，向那些最需要的国家提供更多的支持，增进国际合作和执法能力，以捣毁有组织犯罪团伙和取缔贩毒活动。

联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）继续与联合国各合作伙伴密切配合，协助各国依照各项国际毒品管制公约、人权文书以及《2030年可持续发展议程》，执行大会特别会议成果文件中所载列的各项建议。

我们正在与世界卫生组织密切合作，共同支持《关于预防吸毒的国际标准》、关于治疗吸毒疾患患者的国际标准、以及关于与刑事司法系统有交集的吸毒疾患患者的治疗和护理指南。

《2018年世界毒品问题报告》突出强调了对性别和年龄具有敏感性的毒品应对政策，探讨了妇女和青少年的特别需要和挑战。此外，报告中还审视了老年群体中吸毒行为有所增加的情况，并表明需要针对这一新状况提供特别的治疗和护理。

毒品和犯罪问题办公室目前正在实地作出努力，大力推进采用平衡的和全面的解决办法。毒罪办公室进一步增强了其对阿富汗及其周边区域的综合支持力度，以应对创纪录的大规模鸦片剂生产以及由此而引发的各种安保风险。如今我们正在设法提供替代古柯种植的合法生计发展途径，以此支持哥伦比亚政府与哥伦比亚革命武装力量之间的和平进程。

此外，毒罪办公室还继续支持努力增进用于医疗和科学用途的受控物质的供应，但同时需要防止其被滥用和挪用——我们只有成功应对这一重大挑战，才能帮助非洲及其他区域切实应对曲马朵毒品危机。

明年麻醉药品委员会将主持召开《关于开展国际合作以综合和平衡战略应对世界毒品问题的2009年政治宣言和行动计划》的2019年目标日期的高级别部长级会议。与之相关的筹备工作目前正在进行之中。我谨此促请国际社会利用这一契机增强彼此之间的合作并共同商定有效的解决办法。

联合国毒品和犯罪问题办公室
执行主任
尤里 · 费多托夫

目录

第一分册 内容提要——结论和政策影响

第二分册 全球毒品供需情况概览
最新趋势，跨领域问题

第三分册 毒品市场分析
类阿片、可卡因、大麻、合成毒品

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

序言 1
目录 3
解释性说明 5
主要发现 6
导言 9
A. 青少年和老年人中的吸毒问题 11
年龄人口统计趋势 11
青少年中吸毒人数高于老年人 11
B. 毒品与青少年 15
青少年的吸毒模式 16
罹患吸毒疾患的各种途径 21
青少年与毒品供应链 35
C. 毒品与老年人 41
老年人中吸毒人数的变化 41
导致老年人中吸毒人数增加的可能原因是什么？ 43
老年吸毒者的戒毒治疗 45
老年吸毒者中吸毒致死人数 47
词汇表 51
区域分组 53

第五分册 妇女与毒品
吸毒和毒品供应及其后果

致谢

《2018年世界毒品问题报告》系由联合国毒品和犯罪问题办公室政策分析和公共事务司研究和趋势分析处在政策分析和公共事务司司长Jean-Luc Lemahieu及研究和趋势分析处处长Angela Me的督导下编制。

总体协调与内容综述
Chloé Carpentier
Angela Me

分析与起草
Philip Davis
Diana Fishbein
Alejandra Sánchez Inzunza
Theodore Leggett
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann
José Luis Pardo Veiras

编辑
Joseph Boyle
Jonathan Gibbons

图片设计和制作
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

协调
Francesca Massanello

行政支持
Anja Held
Iulia Lazar

审查与评论

《2018年世界毒品问题报告》的编撰工作从毒品和犯罪问题办公室各司处同仁的专门知识和珍贵文稿中获益匪浅。

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”下列各位成员所提供的珍贵文稿和宝贵建议表示谢忱：

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

悼念
Brice de Ruyver

感谢德国(德国国际合作署)提供了慷慨捐助，本报告第四分册的研究工作得以顺利完成。

解释性说明

地图所示边界和名称及所用称号并不代表联合国对其正式认可或接受。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，但双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。那些有争议的边界（中国/印度）因难以明确界定而采用网状线标示。

《世界毒品问题报告》所用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、城市或地区及其当局法律地位，或者对其疆域或边界划分表示任何意见。

国家和地区的名称系按收到相关数据时正式使用的名称编列。

《世界毒品问题报告》中所有提及科索沃之处均应按照安全理事会第1244(1999年)号决议理解。

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均有模糊不清之处，因此《世界毒品问题报告》中使用“吸毒”和“毒品消费”等词语，而“误用”一词则仅用来指处方药的非医疗用途。

《世界毒品问题报告》中所用“毒品”一词均指受各项国际毒品管制公约管制的药物。

除非另有说明，《世界毒品问题报告》中所载全部分析均系基于各会员国通过年度报告调查表向联合国毒品和犯罪问题办公室提交的官方数据

《世界毒品问题报告》中所用人口数据来源：《世界人口展望：2017年订正本》（联合国经济和社会事务部人口司编撰）。

除非另有说明，报告中的“元”均指美元。

除非另有说明，报告中的“吨”均指公吨。

本分册中使用了以下缩略语：

毒品毒瘾监测中心（EMCDDA）	欧洲毒品和毒瘾监测中心
迷幻剂 (LSD)	麦角酰二乙胺
G水（GHB）	γ-羟基丁酸
甲基苯丙胺（MDMA）	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
儿童基金会（UNICEF）	联合国儿童基金会
世卫组织（WHO）	世界卫生组织
毒罪问题办公室（UNODC）	联合国毒品和犯罪问题办公室
麻管局（INCB）	国际麻醉品管制局
欧盟执法局（Europol）	欧洲联盟执法合作局

主要发现

吸毒及由此对健康产生的危害在青少年中最高

针对总人口中吸毒情况的调查结果表明，青少年吸毒的程度仍然高于老年人，尽管鸦片或阿拉伯茶等传统药物的使用方面也有一些例外。大多数研究表明，早期(12-14岁)至晚(15-17岁)青春期是开始吸毒的一个关键风险时期，而且在18-25岁年龄段可能达到最高峰。

大麻是青少年常用的毒品

来自西方国家的证据表明，据认为大麻容易获得，且其危害风险较低，致使大麻成为在青少年时期开始使用的最常见毒品之一。大麻经常与其他毒品混合在一起使用，而且在使用其他毒品之前通常会先选择使用大麻。

青少年吸毒的两种极端类型：夜生活场所的俱乐部毒品和街头流浪儿童的吸入剂

青少年使用毒品的情况因国家而异，取决于所涉人员的具体社会和经济情况。

以下两种截然不同的环境可说明促使青少年吸毒的各种情况：一种是在娱乐场所使用毒品来增加兴奋和增强体验；另一种是生活条件极端恶劣的青少年使用毒品来应付他们的困难处境。

在这两种完全不同的环境中使用的毒品类型也完全不同。诸如“摇头丸”、甲基苯丙胺、可卡因、氯胺酮、迷幻剂和羟基丁酸(G水)等俱乐部毒品通常会在高收入国家使用，最初用于孤立的“狂欢”场景，但后来扩展到在大学酒吧、家庭聚会和音乐会等环境中使用。据报告，青少年使用此类毒品的比例要高得多。在流落街头的青少年中，最常用的毒品则可能是吸入剂，包括油漆稀释剂、汽油、油漆、涂改液和胶水等。

许多流落街头的儿童受到身体虐待和性虐待，他们在街头所处的恶劣环境中使用此类物质是其应对机制的一部分。他们所使用的物质往往是因为其价格低廉、合法和易于获得以及能够迅速引发一种快感而频受青睐。

青少年走上有害吸毒道路的原因复杂多样

青少年从最初开始接触毒品到有害使用药物的道路受到各种他们往往无法控制的因素的影响。个人层面的因素(包括行为和心理健康、神经发育和社会影响导致的基因变异)、微观层面(父母和家庭的作用、学校和同伴的影响)和宏观层面(社会经济和物质环境)都可能使青少年易于误入吸毒陷阱。这些因素因人而异，并非所有青少年都同样易受吸毒的影响。任何一个单一因素都不足以导致青少年走上吸毒道路，而且在许多情况下，这些影响会随着时间的推移而发生变化。总的来说，所存在的各种危险因素与青少年生命中某一特定阶段缺乏相关保护因素二者的关键结合，是致使他们对吸毒的敏感性发生了变化。早期的精神和行为健康问题、贫穷、缺乏机会、与世隔绝、缺乏父母参与和社会支持、同龄人的负面影响和学校设备差等，这些问题在有吸毒问题的青少年中比在没有吸毒的青少年中更为普遍。

吸毒对青少年有多重直接影响。青少年吸毒加剧了失业、身体健康问题、不正常的社会关系、自杀倾向、精神疾病和更低预期寿命的可能性。在最严重的情况下，吸毒会导致社会经济地位和建立关系的能力都受到损害的循环。

由于贫穷以及缺乏社会和经济发展机会，许多青少年卷入了毒品供应链

已知青少年参与了毒品的种植、制造、生产和贩运。在缺乏社会和经济机会的情况下，青少年可能从事毒品交易以赚钱或补充微薄的工资。受贫困影响的青少年或其他弱势群体，如移民等，可能被有组织犯罪集团招募，并被迫从事毒品种植、生产、贩运和本地的毒品交易。在某些环境中，青年人参与毒品供应网络是因为他们想寻求刺激，寻找与当地犯罪团伙或帮派认同的手段。有组织犯罪集团和帮派可能更愿意招募儿童和青少年从事贩毒活动，其原因有二：第一是年龄较轻的群体行为鲁莽，更不计后果，即使在面对警察或敌对帮派时也是如此；第二是他们更服从命令。参与国际市场非法毒品交易的青

少年往往是大型有组织犯罪集团的一部分，主要被用作“毒骡”，走私贩运各种毒品。

老年人中吸毒率上升的部分原因是吸毒人群的老龄化

根据主要来自西方国家的有限数据，上一代人(40岁及40岁以上群体)的吸毒增长速度要快于年轻一代。

根据美国的一项相关研究，那些在毒品流行和广泛使用的时代经历过青春期的人，更有可能尝试过毒品，而且可能继续使用这些毒品。这种模式特别适用于西欧和北美所谓的“婴儿潮一代”。1946-1964年出生的婴儿潮一代在其青少年时期使用毒品的比率比以前的同龄人要高；其中相当大比例的人继续吸毒，而现在他们都已超过50岁，相关数据反映出了这种吸毒人口模式。

在欧洲，还可从那些寻求阿片类药物治疗者的数据中收集到另一组效应。虽然类阿片使用者接受治疗的人数正在下降，但40岁以上群组所占的比例从2006年的五分之一增加到了2013年的三分之一。使用过量死亡的情况也反映了类似的趋势：2006-2013年期间，40岁及40岁以上群组死亡人数有所增加，但40岁以下群组则有所下降。相关证据表明，大量老年类阿片使用者在1980年代和1990年代海洛因“流行”期间便开始注射海洛因。

老年吸毒者需要得到有针对性的医疗保健服务，但很少有治疗方案能够满足他们的特有需要

老年吸毒者往往有多种身心健康问题，致使有效的戒毒治疗更具挑战性，然而对老年人吸毒疾患的关注度却很低。2010年欧洲国家毒品战略中并未明确提及老年吸毒者，而且针对老年吸毒者的专门治疗和护理方案在该区域很少见，大多数举措的对象都是青少年。

在吸毒直接导致的死亡中，老年吸毒者所占的比例越来越大

在全球范围内，2000-2015年期间，直接因吸毒造成的死亡人数增加了60%。2015年间，50岁以上的人占与吸毒疾患有关的死亡人数的39%。然而，统计数字所反映的老年人比例一直在上升：2000年，老年人仅占吸毒疾患死亡人数的27%。

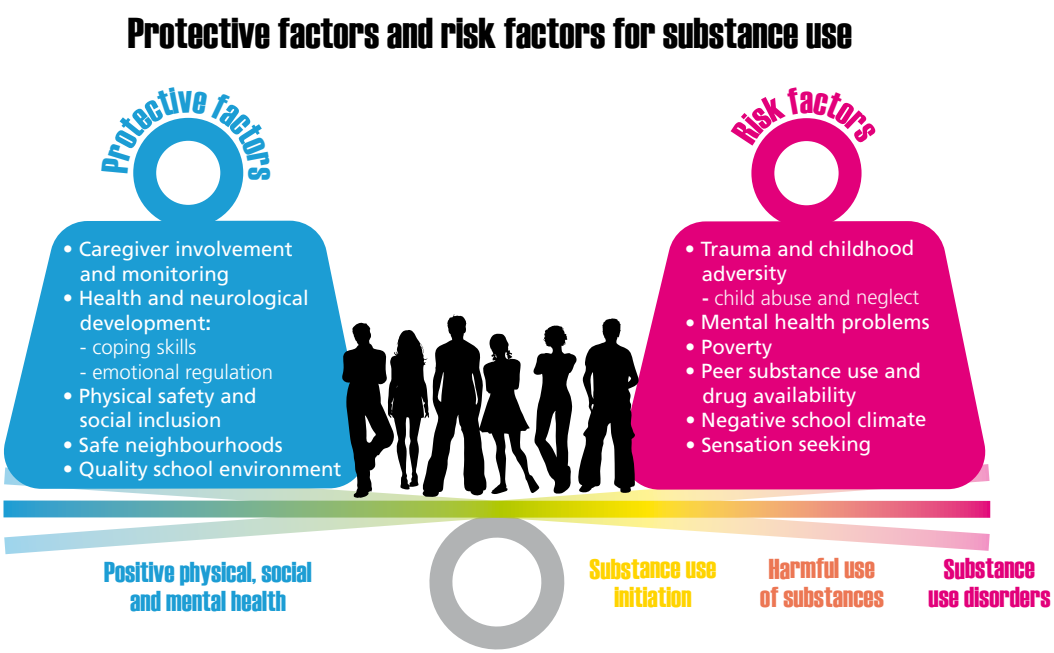
50岁及50岁以上的人因吸毒疾患而死亡的大约75%与类阿片的使用有关。可卡因和苯丙胺的使用各占6%左右；其他毒品的使用则占其余13%。

导言

本分册是《2018年世界毒品问题报告》的第四部分，是以特定人口群体为侧重点的两本专题分册中的第一本，重点探讨的是影响青少年和老年人的吸毒问题。

本分册A节概述了吸毒问题的严重程度和模式在不同年龄组之间的差异，并举例说明了某些国家的具体情况。B节从三个方面探讨了青少年吸毒问题，并根据相关的科学文献，介绍了青少年吸毒的广泛模式，包括街头儿童使用吸入剂和夜生活场所的吸毒情况。随后讨论了儿童与青少年成长之间的联系和决定吸毒途径和相关问题的因素、以及青少年吸毒的社会和健康后果。本节的最后一部分讨论了非法作物种植、毒品生产和毒品贩运如何影响到年轻人的生活。

C节重点探讨老年吸毒者问题。报告中介绍了过去十年左右的时间里在一些国家观察到的老年人吸毒程度增加的情况，并对可能有助于解释这些增长的因素作了简要讨论。此外，本节还论述了患有各种吸毒疾患的老年人在戒毒治疗和护理方面面临的各种特殊问题。最后，有关吸毒引发疾患致死的相关资料表明，吸毒对老年人的健康产生了严重影响。



A. 青少年和老年人中的吸毒问题

年龄人口统计趋势

世界许多地方的人口相对年轻。2016年全球每10人中就有4人年龄在25岁以下，26%的人年龄在0至14岁，16%的人年龄在15至24岁之间。欧洲是25岁以下人口比例最低的区域(27%)，非洲是比例最高的区域(60%)。然而，在所有区域，15-24岁人口的比例预计到2050年都将出现下降。[1]

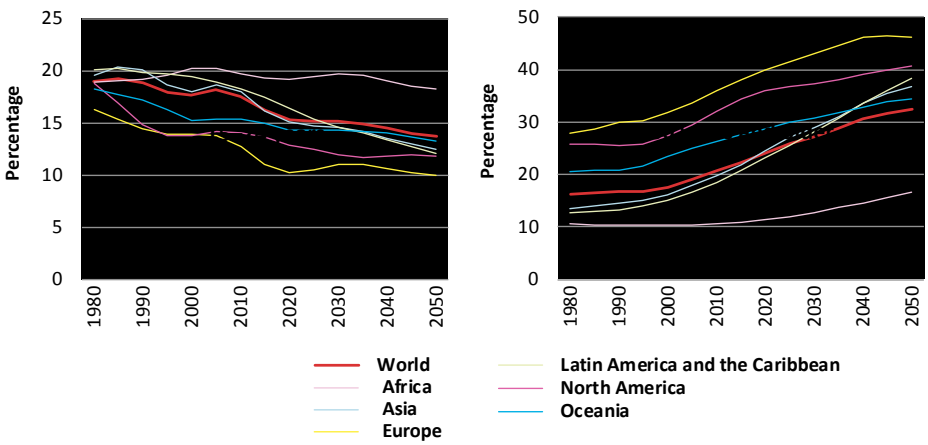
另一方面，近年来所有区域的人口预期寿命都有所提高，全球预期寿命预计将在下一代左右增长10%，从目前的71岁(2010-2015年)增至77岁(2045-2050年)。[2] 因此，2016-2050年期间，预计50岁及以上群组人数将几乎翻一番。到2050年时，除非洲外，所有区域的三分之一或更多的人口将达到50岁或以上。

青少年中吸毒人数高于老年人

青少年中的吸毒人数，特别是过去一年和过去一个月的吸毒流行率——这是最近和经常吸毒的衡量指标——仍然比老年人高得多。然而，由于使用的是已在市场上销售了几十年的毒品，老年人的终生流行率却仍高于年轻人，这是一般人口受毒品影响程度的另一个指标。与此相反，据报告，最近出现的或已渗透到某些生活方式中的毒品的使用在年轻人中要高得多。其中一个例子便是“摇头丸”，老年人的终生使用量很低，目前几乎没有任何使用量，但青少年的终生使用量却相对很高。

在解释终生吸毒规模方面的差异时，应考虑到“群体效应”。“群体效应”是指与特定时期出生的人在吸毒、对毒品的态度以及行为方式诸方面的差异。[3] 在毒品广泛盛行和易于得到的时期，那些达到最容易接触毒品年龄的人特别容易开始尝试毒品，并可能在其后时期继续使用毒品。[4] 在此方面美国的一个例子是“婴儿潮一代”(出生于1946-1964年之间的人)，与之前的人群相比较，这一代人年

FIG. 1 | Proportion of population aged 15 – 24 years and aged 50 years or older, 1980 – 2050



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects database, 2017 revision.

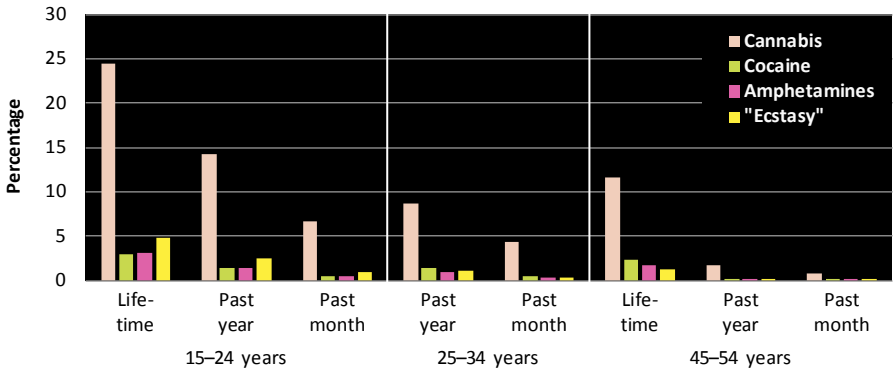
1 联合国经济及社会事务部人口司，“世界人口前景数据库，2017年订正版”。

2 联合国经济和社会事务部人口司，“世界人口前景：2017年订正版，主要调查结果和预告表”，工作文件编号：ESA/P/WP/248(2017年，纽约)。

3 Lloyd D. Johnston等人，《“监测未来”国家吸毒情况调查结果：2016年概览，青少年吸毒情况的主要调查结果》(2017年，安阿伯，密歇根大学，密歇根州社会研究所)。

4 J. D. Colliver等人，“预测2020年婴儿潮一代中的吸毒情况”，《流行病学年鉴》，第16卷，第4期(2006年4月)，第257-265页。

FIG. 2 | Prevalence of drug use in Europe, by age group, 2017



Source: EMCDDA.

Note: The information represented is the unweighted average of data from the European Union member States, Norway and Turkey, reporting to EMCDDA on the basis of general population surveys conducted between 2012 and 2015.

轻时的吸毒率最高。[5]通常情况下，当一个群体开始大量使用某种毒品时，就像婴儿潮时期出生的群体那样，这将会反映在未来几年总体人口的终生患病率上，即使他们中的许多人在后期停止了吸毒行为。因此，终身流行率是人口和人口中不同年龄群组在任何时间接触毒品的程度的指标，而过去一年和过去一个月的流行率则是衡量该人口群体目前吸毒规模的指标。

鉴于来自不同区域的毒品使用情况调查数据不足，而且在现有的调查中采用的衡量流行率和年龄组的方法各不相同不同，因此很难在青少年与老年人之间的吸毒情况进行全球性对比。为此，在以下各段中介绍了不同国家和区域的例子，以期说明这些国家和区域不同年龄组之间的吸毒规模并进行相互对比。

在所有可按年龄分析相关数据的区域，青少年目前的吸毒规模要比老年人高得多。除了鸦片和阿拉伯茶等毒品外，40岁以上群体的吸毒模式通常与青少年不同，前者选择的毒品在特定社会或文化中有着悠久的使用传统。老年人通常不像年轻人那样容易接触进入市场的新型毒品，而是更多倾向于使用他们年轻时开始沾染上的那些毒品。

欧洲

欧洲联盟28个成员国以及挪威和土耳其的数据表明，这些国家35岁以下的人终生使用苯丙胺和“摇头丸”的比率比老年人高出两至三倍。在青少年中，过去一个月内使用大多数毒品的比例要高出七倍之多。然而，目前使用“摇头丸”的15-24岁人群比45-54岁人群高出近20倍。相比之下，欧洲15-24岁年龄组和45-54岁年龄组的终生可卡因流行率彼此相类似，而35岁以下的人终生吸食大麻的比例则要高得多。这可能反映了接触这类毒品的起始年龄不同，而且欧洲青少年使用这类毒品的历史水平也不同。

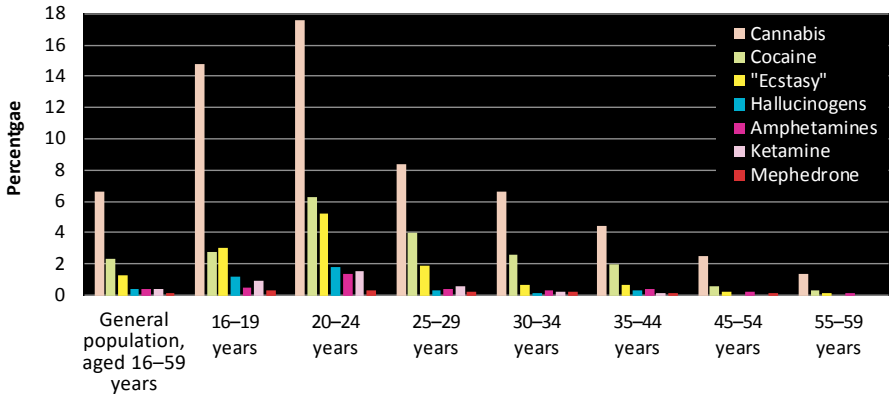
在英格兰和威尔士，2016-2017年期间，20-24岁年龄组所有类型毒品的年吸毒流行率最高。对于45岁及其以上群体而言，其年度毒品使用率相比要低得多。

多民族玻利维亚国

多民族玻利维亚国18-24岁群组最近和目前使用的几乎所有毒品都大大高于其他年龄组。与大多数国家的情况一样，大麻是该国大多数年龄组最常用的毒品。18-24岁群体终生使用大麻、可卡因、各种兴奋剂和吸入剂的比例是36岁或以上群体的两倍。在大多数情况下，据报道18-24岁的群体过去一年和过去一个月中使用这些毒品的比例也远远高于36-50岁群组。例如，过去一年间，18-24岁群组使用大麻的比例是36-50岁群组的六倍多。与此相反，多民族玻利维亚国的第二大滥用药物安定剂的终生和过去一年的非医疗使用量，在36-50岁群中中几乎是前者的两倍，尽管除了12-17岁群组外，所有年龄组上个月安定剂

5 J. Gfoerer等人，“2020年老年人戒毒治疗需求情况：老龄婴儿潮群体的影响”，《毒品和酒精依赖》，第69卷，第2期(2003年3月)，第127-135页。

FIG. 3 | Annual prevalence of drug use in England and Wales, fiscal year 2016 – 17



Source: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Office for National Statistics, "Drug misuse: findings from the 2016/17 crime survey for England and Wales", Statistical Bulletin 11/17 (London, July 2017).

的使用量不分仲伯。[6]

肯尼亚

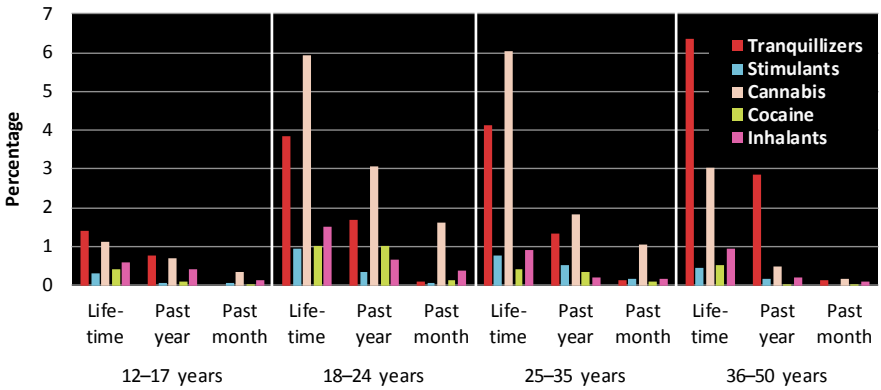
在肯尼亚，老年人报告说他们使用较多的毒品是不同形式的阿拉伯茶(米拉和穆古卡)和大麻(巴哈和印度大麻)等固定毒品，而据报告最近在非洲出现的毒品，如可卡因和海洛因等，在18-24岁群组中使用更为频繁。在一般群组中，阿拉伯茶和大麻仍然是两种最常用的毒品，在25-35岁群体中终生和过去一年使用率最高。与此相反，18-24岁群体终生使用可卡因、海洛因和处方药的比例比36岁及以上群体高出近三倍。

美国

自2017年起，美国普通人口中吸毒情况数据显示，18-25岁群组与50-54岁群组相比，其一生、过去一年以及过去几个月的吸毒情况存在差异。造成这些差异的部分原因正是群组效应。从1960年代后期和1990年代青少年的毒品终生流行率看，此种群体效应显而易见：这些年份正是青少年使用众多毒品的情况有所增加的时代。在过去几十年中长期使用的毒品，诸如大麻、类阿片止痛药、镇静剂和吸入剂等，对于50-54岁群组和18-25岁群组而

6 多民族玻利维亚国，全国打击毒品贩运委员会，2014年9个首府的玻利维亚家庭中毒品消费问题及其特点的国家研究，2014年，阿尔托市(2014年，巴拉斯)。

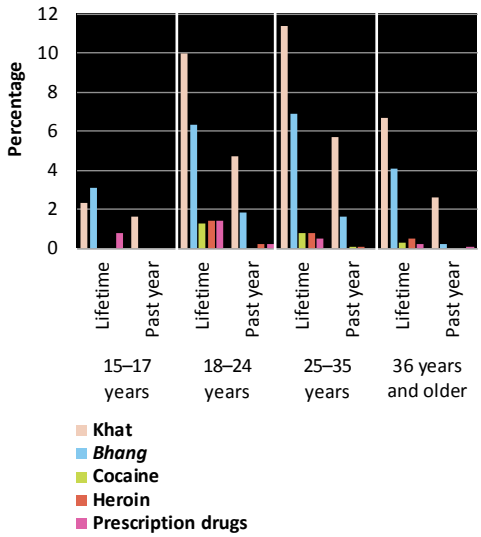
FIG. 4 | Prevalence of drug use in the Plurinational State of Bolivia, by drug type and age group, 2014



Source: Plurinational State of Bolivia, National Council against Drug Trafficking (CONALTID), II Estudio Nacional de Prevalencia y Caracte-r í sticas del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos de Nueve Ciudades Capitales de Departamento, m ú s la Ciudad de El Alto, 2014 (La Paz, 2014).

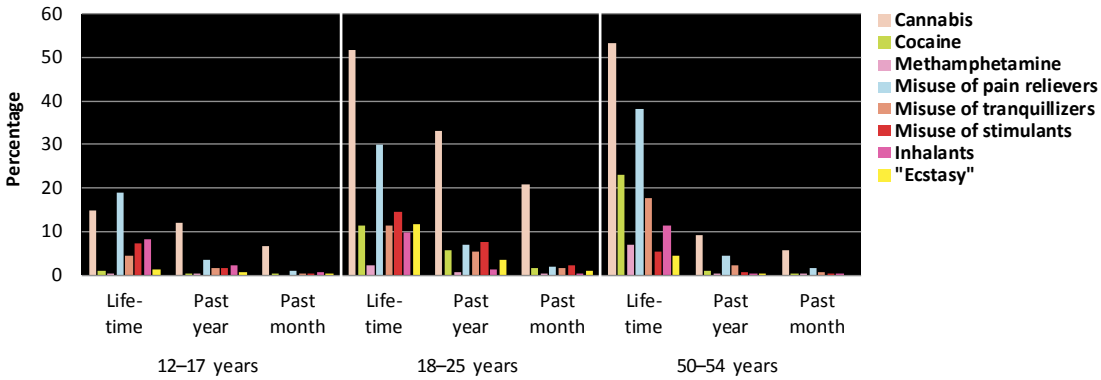
言彼此相类似。7 例如，在这两个年龄组中，几乎有一半的吸毒者一生中至少使用过一次大麻。可卡因和兴奋剂的使用模式则与之不同。18-25岁群组的可卡因终生流行率只是50-54岁群组的一半。这可能是多种因素所致，包括2000年初在美国观察到的可卡因使用趋势下降、以及2006年间观察到的可卡因使用急剧下降。与此相反，18-25岁群组中终生非医疗使用兴奋剂和“摇头丸”的人数几乎是年长群组的三倍。这反映了这些毒品不久之前开始在市场上出现。18-25岁群组过去一个月的大多数毒品使用规模仍然比50-54岁群组高出三倍，而兴奋剂的使用率则高出后者七倍。目前在50岁及其以上群组中几乎没有任何使用“摇头丸”的报告。8

FIG. 5 | Prevalence of drug use in Kenya, by age group and drug type, 2012



Source: Kenya, National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse, Rapid Situation Assessment of the Status of Drug and Substance Abuse in Kenya (Nairobi, 2012).

FIG. 6 | Prevalence of drug use in the United States of America, by age group, 2017



Source: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioural Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, 2017).

7 美国，药物滥用和精神健康服务管理局，行为健康统计和质量中心，《2016年全国吸毒与健康调查结果：详细表格》(2017年，马里兰州洛克维尔)。

8 美国，药物滥用和精神健康服务管理局，行为健康统计和质量中心，药物滥用和精神健康服务管理局，《美国主要药物使用与心理健康指标：2016年全国吸毒与健康调查结果》，卫生和公共服务出版物编号：SMA17-5044，NSDUH系列H-52(马里兰州罗克维尔，2017年)。

B. 毒品与青少年

世界各地的青少年都受到毒品的影响。他们可能使用毒品，参与种植或生产毒品，或被用作毒品运送者。在个人、微观(家庭、学校和同龄人)和宏观(社会经济和物质环境)诸层面有许多因素，这些因素的相互作用可能使青少年更容易接触毒品。大多数相关研究表明，早期(12-14岁)到晚期(15-17岁)青春期是青少年开始接触毒品的一个关键风险时期。[9] 许多青少年以吸毒方式来应对他们从青春期到成年初期的不同发展阶段中(从需要感觉良好或仅仅是为了社交到应对个人挫折和社会失调)可能遇到的社会和心理挑战。[10]

青春期是青少年经历身体和心理成长(包括大脑发展)的时期；吸毒可能会影响此种成长。青春期是一个普遍易受不同影响的时期：当青少年开始各种行为时，其中就可能包括吸毒行为。然而，有证据表明，绝大多数青少年不会触碰毒品，而那些确实染上吸毒恶习的人是因为他们接触到了与吸毒有关联的各种重要因素。那些认为所有青少年都同样易受吸毒和有害使用药物的伤害的误解忽略了科学证据：科学证据一直表明个人对吸毒行为的易感性不同。虽然具体的影响因素因人而异，而且没有任何一个单一因素足以导致使用有害物质的行为。各种危险因素的存在和各种保护因素的缺失叠加在一起，致使青少年的大脑在准备接受吸毒行为和不接受吸毒行为之间作出不同的判断和抉择。为此，为了在起始阶段便有效防止青少年涉毒、以及在青少年健康和安全成长的背景下防止出现吸毒疾患，必须对吸毒模式以及可能导致青少年涉毒吸毒和罹患吸毒疾患的个人社会和环境影响有一个全面和深入的了解。

为了本节内容的目的，根据联合国的定义，青少年是指15-24岁年龄组的年轻人。

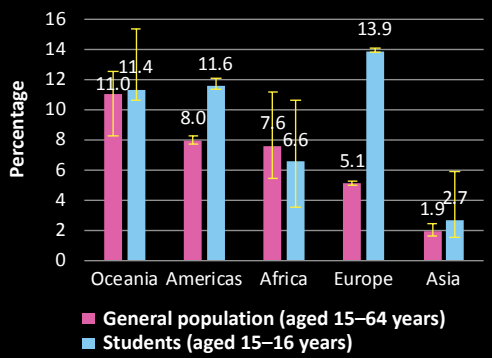
9 美国，药物滥用和精神保健服务管理局，行为健康统计和质量中心。“18-30岁群组接受戒毒治疗者中开始吸毒的年龄”，治疗疗程数据组报告(2014年7月，马里兰州罗克维尔)。

10 Jonathan Shedler 和 Jack Block，“青少年吸毒与心理健康：纵向调查”，《美国心理学家》，第45卷，第5期(1990年)，第612-630页。

青少年中使用大麻的情况

在大多数国家，大麻是普通民众和青少年中使用最广泛的毒品。毒品和犯罪问题办公室根据130个国家的现有数据首次编制的全球估计数表明，2016年间，15-16岁的1,380万青少年(主要是学生)，相当于该年龄段人口的5.6%，在过去12个月中至少吸食过一次大麻。

Annual prevalence of cannabis use among the general population aged 15 – 64 years and among students aged 15 – 16 years, 2016



Sources: UNODC, annual report questionnaire data and government reports.

Note: the estimate of past-year cannabis use in young people aged 15 – 16 years is based on school surveys in most countries, hence the use of the term “students”.

据报告，大麻吸毒流行率在北美(18%)[a] 以及西欧和中欧(20%)这两个次区域的年轻人去年使用大麻的比例高于2016年一般人口的比例。在其他一些次区域，相关的估计数表明青少年中使用大麻的人数可能低于一般人口。需要进行更多的研究，才能了解这种差异是否反映了有关地区的确在较晚年龄开始使用大麻，或者是由于西格玛因素造成的青少年吸毒行为相对较少报告的结果。另一个因素可能是，在一些发展中国家，15-16岁的青少年并不一定都还在上学；而仍在上学的该年龄组的青少年在吸毒行为方面可能不能代表他们的年龄范围；他们可能是精英阶层中的一员——他们中的吸毒人数比那些不再上学的人要少。

[a] 不包括墨西哥：23%。

青少年的吸毒模式

大麻仍然是最常用的毒品

除烟草和酒精外，大麻被视作青少年中最常用的毒品。那些主要集中在高收入国家的流行病学研究结果表明，由于人们认为大麻容易获得、且其危害风险较低，致使大麻成为继烟草和酒精之后最常见的毒品。青少年通常是在青春期后期开始接触大麻的，到初步进入成年期时达到高峰。[11] 相关的医学研究表明，16岁以下吸食大麻的少年面临着急性伤害的风险，而且更易患上各种吸毒疾患和精神健康疾患，包括人格障碍、焦虑症和抑郁症。[12, 13]在所有参与大麻试验的人中，约有9%的人罹患了大麻吸食疾患，而那些在青少年时期开始吸食大麻的人中，有六分之一的人患有大麻吸食疾患。[14] 在每天吸食大麻的人中，有四分之一至一半的人患有大麻吸食疾患。[15]

在使用其他毒品之前，通常会先吸食大麻。与不吸毒者相比较，青少年中吸食大麻者使用其他毒品的可能性更高，即使在控制其他重要的共变因素（诸如遗传和环境影响等）的情况下也是如此。。[16] 在青春期中吸食大麻以及随后在青年时期使用其他毒品的情况，除其他原因外，可能是共同和共有的环境因素造成的。青少年中吸食大麻者可能会接触到其他吸食大麻的同龄人或供应其他毒品的毒贩，从而可能导致他们更多地接触到诱发他们使用其他毒品的社会环境和情境。[17, 18] 例如，一项针对青春期双胞胎的纵向研究结果显示，有区别地吸食大麻的双胞胎在使用其他毒品、产生酒精依赖和罹患吸毒疾患方面有差异，比不吸食大麻的双胞胎高出两倍至五倍。[19]

2016年多民族玻利维亚国、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁的大学生(18-25岁及以上)吸毒情况的比较研究表明，大麻是大学生中最常用的毒品，仅次于酒精和烟草。哥伦比亚约20%的学生在过去一年中吸食过大麻，而多民族玻利维亚国和秘鲁的这一比例仅为5%。

所报告的其他毒品使用情况在哥伦比亚大学生中也是最高的。所有四个国家的学生也报告了可卡因、镇静剂、迷幻剂和吸入剂等毒品的使用情况。在调查中，年轻时就开始吸毒的男女所占比例各不相同，男生吸毒的比例是女生的两倍。学生中也普遍使用多种毒品：哥伦比亚三分之一的学生报告在过去一年中同时使用过两种或两种以上毒品，而厄瓜多尔和秘鲁的比例则分别为20%和7%。大麻、可卡因、迷幻剂和摇头丸是报告中最常提及的、同时使用的毒品。

青少年吸毒众生相：从夜生活场所到街头儿童使用的吸入剂

以下两种截然不同的场所可用来说明促使青少年走上吸毒道路的各式各样的情况：一是在娱乐场所使用毒品，目的是提高兴奋度和增强体验；二是那些生活在极端恶劣条件下的青少年使用毒品，用以应对他们所处的困境。本节简要介绍了处于这些不同境况中的青少年吸毒涉毒的情况。

夜生活和娱乐场所中使用的兴奋剂

过去20年间，高收入国家和城市中心的青少年对二氧基甲基苯丙胺（即“摇头丸”）、甲基苯丙胺、可卡因、氯胺酮、迷幻药和羟基丁酸(G水)等俱乐部毒品的使用已从孤立的狂欢场面蔓延到了从大学酒吧、家庭聚会到音乐会等各种场合。本节针对各种特定环境和境况收集了一些关于青少年对这些毒品的态度的证据。

例如，针对纽约市俱乐部吸毒者的一项定性研究结果发现，俱乐部吸毒可分为三种主要模式。[20] 第一类人倾向于主要使用可卡因，但实际上却很少使用，为此可把这类吸毒者

11 Megan Weier等人，“澳大利亚1998-2013年14-25岁群组吸食大麻情况”，青年药物滥用研究中心第1集专著(澳大利亚布里斯班，青年药物滥用中心，2016年)。

12 Deidre M. Anglin等人，“青春期至中年成年期早期使用大麻与精神分裂型人格障碍症状”，《精神分裂症研究》，第137卷，第1-3期(2012年)，第45-49页。

13 Shedler和Back，“青春期吸毒与心理健康”。

14 Nora D. Volkow等人，“吸食大麻对健康的危害”，《新英格兰医学杂志》，第370(23)期(2014年)，第2219-2227页。

15 同上。

16 Jeffrey M. Lessem等人，“青少年吸食大麻与青少年非法吸毒之间的关系”，《行为遗传学》，第36卷，第4期(2006年)，第498-506页。

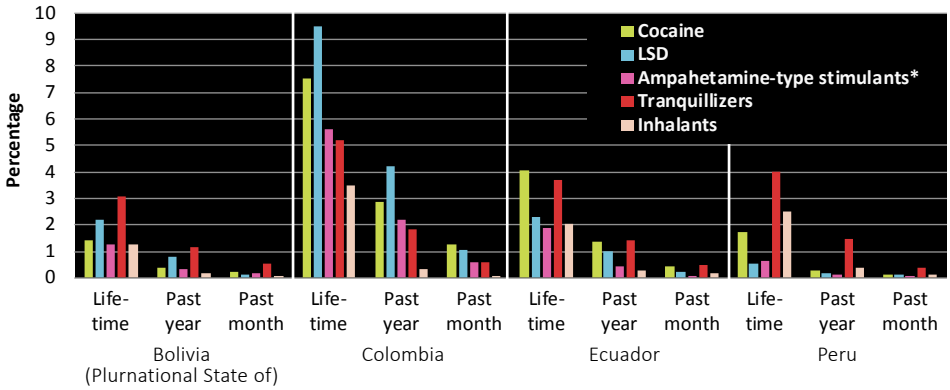
17 同上。

18 Wayne D. Hall 和Michael Lynskey，“大麻是一种入门毒品吗？检验关于吸食大麻与使用其他非法药物之间关系的假设”，《毒品与酗酒问题期刊》，第24卷，第1期（2005年），第39-48页。

19 Lessem等人，“青少年吸食大麻与青少年非法吸毒之间的关系”。

20 Danielle E.Ramo等人，“利用时空抽样招募的青少年中俱乐部吸毒的类型”，《毒品和酒精成瘾》”，第107卷，第2期和第3期(2010年)，第119-127页。

FIG. 7 Prevalence of drug use among university students in Bolivia (Plurinational State of), Colombia, Ecuador and Peru, 2016



Source: UNODC, III Estudio Epidemiol ó gico Andino sobre Consumo de Drogas en la Poblaci ó n Universitaria: Informe Regional 2016 (Lima, 2017).

* Includes amphetamine, methamphetamine and "ecstasy".

界定为“主要使用可卡因的吸毒者”，他们没有接触过其他毒品或不愿使用多种毒品。第二类吸毒者被界定为“主流吸毒者”：他们更倾向于体验各种毒品，但他们主要关注那些最热门的俱乐部毒品。这一类吸毒者的吸毒频率较高，也有可能使用过“摇头丸”，但不太可能有广泛使用其他俱乐部毒品的经验。第三类吸毒者被界定为“兴趣广泛的吸毒者”：他们使用不止一种毒品的频率更高，而且愿意以不同的方式尝试“越来越高”的体验。虽然第三类吸毒者彼此也有不尽相同之处，但他们的共同特点是其吸毒行为通常会产生深远的直接和长期后果。

融入社会的和边缘化的青少年使用兴奋剂的不同情况

在夜生活场所之外，使用甲基苯丙胺等兴奋剂在世界大部分地区的青少年中也非常普遍。伊朗伊斯兰共和国进行的一项定性研究结果确定了三类年轻的甲基苯丙胺吸毒者。[21] 他们中大多数人已经开始使用甲基苯丙胺，在当地被称为“水晶玻璃”，作为应对他们目前类阿片使用的一种方式，或者是用于自我治疗类阿片成瘾问题，或者是用于控制其副作用。另一个规模较小的群体是那些在首次吸毒期间或开始吸毒一段时间后使用“水晶玻璃”作为猎奇品并体验新的“高潮”的人。最后一类吸毒者是那些在参加类阿片类戒断方案、并在一段时间内不使用类阿片后转而使用甲基苯丙胺的人。

针对亚洲和北美使用甲基苯丙胺的青少年进行的一项风险因素研究审查结果认定，在那些社会融合度高(低风险)和那些边缘化(高风险)的吸毒者群体中，有着与甲基苯丙胺使用有关的一系列因素。[22] 在那些融入社会的青少年中，男性比女性更有可能使用甲基苯丙胺。在这一群体中，有诉诸各种危险行为的历史，包括在受到酒精影响下进行性活动以及同时使用酒精和类阿片等，这些都与甲基苯丙胺的使用密切相关。性生活方式和危险的性行为也被视作危险因素。然而，从事高风险的性行为可能是使用甲基苯丙胺的入门途径，反之亦然。在那些边缘化群体中，女性比男性更有可能使用甲基苯丙胺。在不稳定的家庭环境中长大或有精神病史的青少年也被认定使用甲基苯丙胺的风险较高。

街头儿童吸毒情况

虽然街头儿童或流落街头的青少年是一个全球性现象，但在高收入国家与中低收入国家之间，驱使少年儿童流落街头的能动因素彼此却有很大差异。[23] 高收入国家少年儿童流落街头的原因通常是他们在家庭中经历了冲

21 Alireza Noroozi、Mohsen Malekinejad和Afarin Rahimi-Movichar，“影响德黑兰吸毒青少年向“水晶玻璃”(甲基苯丙胺)过渡的因素：定性研究”，《精神活性药物杂志》(2018年1月29日)。

22 Kelly Russel等人，“青少年使用甲基苯丙胺的各种危险因素：系统性审查”，《生物医学中心儿科》，第8卷，第48期(2008年)。

23 Lonnie Embleton等人，“在资源有限的环境中街头儿童吸毒的流行病学：系统性审查和整合分析”，《瘾癖》，第108卷，第10期(2013年)，第1722-1733页。

以街头为家讨生活的少年儿童：流落街头的少年儿童

儿童基金会将街头少年儿童界定义为尚未成年、街头已成为其惯常居所和（或）生计来源的男孩或女孩，他们得到负责任的成年人的保护、监督或指导不足。

流落街头的少年儿童按其参与街头居住谋生的程度分为以下三组：

1. 街头儿童：除了街头之外没有家。此类儿童可能已被其家人遗弃，或其家庭成员可能已无人在世。这些孩子不得不为了生存而努力挣扎，他们可能会从一个朋友处搬到另一个朋友处，或者住在各种临时栖身之所，比如废弃的建筑物等。

2. 流落街头的儿童：定期回家与家人见面。此类儿童甚至可能每晚都回家睡觉，但由于贫穷、过度拥挤或在家里受到性虐待或身体虐待等原因，他们大部分白天和一些夜晚都在街上度过。

3. 街头家庭的儿童：一些儿童与其家庭一起生活在街头——这些家庭可能因贫穷、自然灾害或战争而流离失所。他们常常不得不把其家庭物品搬来搬去。这些家庭的儿童常常混迹街头，与其家庭的其他成员一道讨生活。

资料来源：世卫组织，“与街头儿童携起手来：第1单元，街头儿童简介—关于吸毒、性健康和生殖健康的培训材料，包括有关艾滋病毒/艾滋病和性传播疾病的知识”，出版物编号：WHO/MSD/MDP/00.14(2000年，日内瓦)。

表 1 | 在资源有限的环境中，街头少年儿童中不同毒品的终生流行率

所用类型的毒品	终生流行率综合分析[a] (百分比)	可靠区间
酒精	41	31 – 50
烟草	44	34 – 55
大麻	31	18 – 44
可卡因	7	5 – 9
吸入剂	47	36 – 58

资料来源：Lonnie Embleton等人，“在资源有限的环境中街头儿童吸毒的流行病学：系统性审查和整合汇总分析”，《瘾癖》，第108卷，第10期(2013年)，第1722-1733页。

[a] 汇总分析是一种统计技术，在此处用于把多项流行病学研究得出的结果综合归纳在一起，以便对流行率作出总体估计。

突、受到了虐待和/或被忽视、父母吸毒或陷入了贫困。在那些中低收入国家资源有限的环境中，除了上述原因之外，少年儿童流落街头的原因可能是赤贫、父母一方死亡或双亡、或是因战争和冲突而流离失所。

街头儿童不仅在没有保护的环境中生活、生存和生长，而且还可能受到当地黑社会帮派或犯罪集团的虐待或剥削，从事街头犯罪或性工作。街头儿童为了在如此恶劣的环境中生存下来，可以做街头小贩、毒品交易或乞讨等零工，也可以从事“性工作换取生存”，即以性换取特定的食物、栖身之所、金钱或毒品。此种危险丛生的生活也使街头少年儿童容易受到犯罪分子、帮派团伙甚至当地官署的身体虐待、伤害和暴力侵害。[24] 此外还有证据表明，街头儿童受到的性虐待和身体虐待与他们遭受的性和身体伤害密切相关。[25, 26] 除极易受到这些攻击和伤害外，街头儿童的家庭或父母可能也有吸毒问题，所有这些叠加在一起，都为驱使街头儿童朝向吸毒和精神疾患发展提供了助力。

24 世卫组织，“与街头儿童携起手来：第1单元，街头儿童简介—关于吸毒、性健康和生殖健康的培训材料，包括有关艾滋病毒/艾滋病和性传播疾病的知识”，出版物编号：WHO/MSD/MDP/00.14(2000年，日内瓦)。

25 Kimberly A. Tyler 和 Lisa A. Melnder，“无家可归青少年中的儿童虐待、街头受害和吸毒行为”，《青少年与社会》”，第47卷，第4期(2015年)，第502-519页。

26 Khaled H. Nada 和 El Daw A. Suliman，“埃及大开罗和亚历山大市街头儿童的暴力、虐待、酗酒和吸毒以及性行为”，《艾滋病》，第24卷，补编第2期(2010年)，第S39-S44页。

吸入剂的各种不同使用方式

嗅探：溶剂通过鼻子和嘴直接从容器中吸入。

吸气：将衬衫袖子、袜子或一卷棉絮浸在溶剂中，然后放在鼻子或嘴上或直接放入嘴里以吸入烟雾。

袋装：将一个灌满烟雾的袋子放在嘴和鼻子上或罩在头上。

Khaled H. Nada 和 El Daw A. Suliman，“埃及大开罗和亚历山大市街头儿童的暴力、虐待、酗酒和吸毒以及性行为”，《艾滋病》，第24卷，补编第2期(2010年)，第S39-S44页。[27] 表明，街头儿童和青少年中吸入剂的终生流行率达到47%。[28] 虽然在所有区域都发现有吸入剂使用情况，但在南美洲和中美洲的街头儿童中主要使用的是可卡因，而酒精大多是在非洲、南美洲和中美洲的街头儿童中使用。

关于这一主题的大多数科学文献都报告说，街头儿童使用吸入剂或挥发性物质是一种常见现象。[29] 这类物质包括：油漆稀释剂、汽油、油漆、涂改液和胶水。这些物质之所以被选中，是因为它们的价格低廉、合法和随处都很容易得到，而且能够迅速在体内引发一种快感。[30]

街头儿童使用毒品的程度彼此也有差异，这取决于他们在街头环境中盘桓的时间。在肯尼亚针对街头儿童进行的一项研究结果表明，接受采访的街头儿童中有58%的人表示在过去的一个月里使用了胶水，从而确定了胶水是这一群体中最常用的物质。[31] 街头儿童使用的其他物质还包括酒精、烟草、米拉(一种当地精神活性药草)、大麻和汽油。不同类别的街头儿童在使用药物的程度上彼此差异很大。在被归类为“街头儿童”的群体中，其过去一个月的使用率为77%，而“流落街头的儿童”报告的使用率仅为23%(定义见方框)。[32,33] 与此相类似，家庭缺失一直与街头青少年吸毒有关联。[34]

嗅探猝死

大量使用挥发性物质(即使只在一次使用过程中)可能会导致心律失常和在几分钟内死亡，这是一种称作“嗅探猝死”的综合症。

流落街头的儿童和青少年中使用精神活性物质往往是他们面对其不幸经历的应对机制的一部分，例如他们在街头所经历的身体和性虐待和剥削等。[35] 因此，许多街头儿童把吸入剂当作他们一种应对恶劣环境的自我安慰和缓解方式，因为这些吸入剂麻木了他们的感觉。一项研究的结果认定，“想要忘记或逃避现实”正是街头儿童吸毒的主要原因。对许多街头儿童而言，来自与其境况相同的同伴的压力及其谋生的性质对他们使用吸入剂产生了影响。[36]

据报道，街头青少年中也有注射毒品的现象。乌克兰的一项横断面研究报告称，15%的流落街头儿童正在注射毒品。他们中有近一半的人共用注射器具，75%的人性行为活跃。[37] 在另一项对巴基斯坦街头儿童的研究中，大麻和胶水是受访者最常使用的毒品(分别为80%和73%)，9%吸食或嗅吸海洛因，4%注射海洛因。[38] 与此相类似，在加拿大一项针对街头青少年的前瞻性群组研究中，43%的参与者报

27 汇总分析是一种统计技术，在此处用于把多项流行病学研究得出的结果综合归纳在一起，以便对流行率作出总体估计。

28 Embleton等人，“在资源有限的环境中街头儿童吸毒的流行病学”。此项荟萃分析研究了50项关于街头儿童吸毒问题的研究。在27项相关研究中，有13项涉及非洲、南美洲和中美洲、亚洲(包括中东)和东欧资源有限的环境。

29 L.Baydala，“吸入剂滥用情况”，《小儿科儿童健康》，第15卷，第7期(2010年9月)，第443-448页。

30 Colen A. Dell，Steven W. Gust和Sarah MacLean，“易挥发物质滥用的全球问题”，《药物的使用与滥用》，第46卷，补编第1期(2011年)，第1-7页。

31 Lonnie Embleton等人，“肯尼亚西部街头儿童的知识、态度和惯常吸毒方式”，《药物的使用与滥用》，第47卷，第11期(2012年)，第1234-1247页。

32 Embleton等人，“街头儿童在资源有限的环境中吸毒的流行病学”。

33 Yone G.de Mura和其他人，“街头少年儿童吸毒行为：有什么帮助？”，《公共卫生纪事》第28卷，第6期(2012年)，第1371-1380页。

34 Embleton等人，“街头儿童在资源有限的环境中吸毒的流行病学”。

35 毒品和犯罪问题办公室，《巴基斯坦街头儿童滥用溶剂情况》，出版物编号：UN PAK/UNODC/2004/1(2004年，伊斯兰堡)。

36 A.Elkoussi和S.Bakheet，“上埃及地区街头儿童滥用挥发性物质的情况”《药物的使用与滥用》，第46卷，补编第1期(2011年)，第35-39页。

37 Joanna R.Busza等人，“乌克兰街头青少年面对感染艾滋病毒的高风险”，《流行病学与社区健康杂志》，第65卷，第11期(2011年)，第1166-1170页。

38 Susan S.Sherman等人，“巴基斯坦拉合尔街头儿童的吸毒、街头生存和危险行为”，《城市卫生杂志》，第82卷，补编第4期(2005年)，第四113-四124页。

告说他们在某个时候注射了毒品。[39] 此外，在那些较易受到伤害的调查对象中，即少年儿童和（或）女性，也有受助注射毒品的现象。这些参与调查者在注射甲基苯丙胺方面比海洛因或可卡因更有可能得到帮助，特别是因为日常报告的甲基苯丙胺注射频率较高。

性虐待和性剥削是街头儿童生活中的一个共同特征，可能对他们吸毒起到了助推作用。巴西的一项研究报告称，与女孩(三分之一)人数相比较，街头男孩在其生活中的某一时刻曾有过性行为的比例(三分之二)要高得多。有超过一半的受访者报告说，他们在12岁之前就开始有性活动。在接受采访的街头儿童中，几乎有一半报告说在过去一年里有三名以上的性伴侣。三分之一的儿童报告说他们曾在毒品或酒精的影响下有过无保护的性行为。[40] 在乌克兰进行的一项研究表明，近17%的男性街头少年儿童和超过一半的女性街头少年儿童因性行为而得到报酬或被迫发生性行为。[41] 在巴基斯坦进行的上述研究结果显示，有超过一半的街头儿童用性来换取食物、栖身之所、毒品或金钱。

街头儿童仍然是最脆弱、最边缘化和最受鄙视的群体之一。他们苦于各种虐待和暴力、吸毒和其他有害行为，致使他们面临感染艾滋病毒和结核病的高风险，而且也极有可能处于包括营养不良和总体健康水平低下的状况。尽管面对着这些脆弱性，他们往往却最有可能被排除在任何形式的社会或医疗保健支持之外，使得他们的境况无法得到改善。[42]

同时使用多种毒品现象在青少年中仍然很普遍

与成人一样，青少年吸毒的一个主要特点是同时使用多种毒品。此种吸毒模式在娱乐场所和普通吸毒者中仍然相当普遍。然而，青少年中同时使用多种毒品是此类更为常见的吸毒模式表现出来的综合症状，这些模式加剧了产生各种长期问题的风险，也加剧了在狂欢派对或类似场合通过疯狂酗酒或大肆滥用诸如“摇头丸”等兴奋剂来参与高风险兴奋体验的危险。[43]

在一些区域和国家收集的证据显示了青少年通常使用的毒品数量和组合。据报告，欧洲吸毒者中多种毒品的使用模式彼此有很大差异，从偶尔使用酒精和大麻到日常使用海洛因、可卡因、酒精和苯二氮杂卓不等。[44] 欧洲报告的最常见的多种毒品使用组合计有：烟草、酒精和大麻，以及“摇头丸”、可卡因、苯丙胺、迷幻药或海洛因。

在一项针对巴西大学生的全国性调查中，大麻、苯丙胺、吸入剂，镇静剂和致幻剂是过去12个月和过去30天中最常与酒精一起使用的五种毒品。[45] 美国全国吸毒与健康情况调查结果显示，目前18-29岁的“摇头丸”吸毒者的一个共同特点是同时使用多种毒品：这一吸毒群体在过去一年中有44%的人使用了三种或三种以上毒品。[46] 最常见的毒品组合包括大麻、可卡因、镇静剂和阿片剂。

海洛因和其他类阿片的使用之所以成问题，不仅是因为使用者有可能罹患阿片疾患，而且还因为更可能以不安全注射吸毒方式而导致产生相应的健康问题。过去十年间，北美青年人中的海洛因使用呈下降趋势，但最近阿片类毒品使用的重新抬头以及多种毒品的危险使用方式也影响到青年人。针对美国注射海洛因的青年人进行的一项定性研究表明，滥用处方类阿片和镇静剂现象也很普遍。他们滥用镇静剂和处方类阿片，不仅是作为海洛因的替代品，而且也是为了提高海洛因的效果，以便对戒断治疗进行管理，甚或减少海洛因注射或与之相关的风险。[47]

39 Tessa Cheng等人，“加拿大街头青少年中受助注射毒品的高流行率”，《艾滋病与行为》，第20卷，第2期(2016年)，第377-384页。

40 Fernanda T.de Carvalho等人，“巴西阿雷格里港街头儿童和青少年的性行为和吸毒风险行为”，《艾滋病与行为》，第10卷，补编第1期(2006年)，第57-66页。

41 Busza等人，“乌克兰街头青少年面对感染艾滋病毒的高风险”。

42 儿童基金会，《2012年世界儿童状况：城市世界中的儿童》(联合国出版物，出售品编号：E.12.XX.1)。

43 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《多种药物使用：模式与对策》(2009年，卢森堡，欧洲共同体官方出版物办公室)。

44 同上。

45 L ú cio G.de Oliveria等人，“巴西大学生中使用多种毒品的情况：全国范围的调查”，《巴西精神病学杂志》，第35卷，第3期(2013年)，第221-230页。

46 Katherine M.Kyes，Silvia S.Martins和Deborah S.Hasin，“过去12个月和终生共病与美国青年中摇头丸吸毒者使用多种毒品的情况：关于酗酒及相关症状的全国流行病学调查结果”，《毒品和酒精成瘾》，第97卷，第1和第2期(2008年)，第139-149页。

47 E.S. Lankenau等人，“青少年注射吸毒者滥用处方药的模式”，《城市卫生杂志》，第89卷，第6期(2012年12月)。

罹患吸毒疾患的各种途径

了解吸毒和有害吸毒途径的综合成长模式

从开始吸毒到随后逐步罹患吸毒疾患的人通常会经历若干阶段的过渡，包括最初沾染毒品、吸毒行为升级、维持和最终成瘾。[48, 49] 这些过渡途径在吸毒、抵制或戒断毒瘾诸方面波动不定。一些吸毒者可能会在几十年内一直保持在适度水平，不会升级；而其他吸毒者则可能会出现断断续续的停止期、永久戒断，或迅速升级，从而罹患各种吸毒疾患。

了解那些可确定参与试验的吸毒者是否继续有害使用毒品的各种风险因素是一道难题，因为这迫使研究人员和医务人员尽力更好地了解、预测和适宜地干预这些显著不同的致病途径。

基于行为科学领域的“生态发展”理论框架可有助于阐明导致吸毒行为的各种路径。在此模型中，人类行为被视作社会和物质环境条件的“生物嵌入”[50] 的结果。[51] 个性和基因等个体的特征与经验和社会环境因素相互作用，直接影响大脑发育的结构和功能。[52, 53, 54]

大脑固有的“经验依赖”意味着个人所接触的外在环境的性质——最优和次优——都会对其作为结果的行为产生影响。丰富的正面经验，诸如家庭支持或设备完善的学校等保护性因素，可以加强在背后支撑自我调节、冲动控制和执行决策的神经连结。另一方面，

48 根据“国际疾病和相关健康问题统计分类”(国际疾病分类-10)的定义，本节中使用了“有害使用物质”一语，而不是“药物滥用”措辞，目的在于指明对身心健康造成损害的使用模式。美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》(诊断统计手册-5)中提到，“吸毒疾患”是指由于使用某种毒品而产生的症状模式，尽管已因使用此种毒品而经历了各种问题。根据所确定的症状数量，药物使用障碍可能从中度到严重不等。许多可追溯到《诊断统计手册-5》引入之前的科学文献中都提到了“药物滥用”概念，在《诊断统计手册-4》中被定义为一种有害的药物使用模式，可在临床上导致严重的损害或痛苦，包括药物的反复使用，尽管存在持续的社会或人际关系问题，但仍有危险使用或仍持续使用。与此相类似，“成瘾”一词是指一种慢性复吸状况，其特征是尽管存在有害后果，但仍会强迫性寻求使用药物。

49 Denise B.Kandel编辑，《涉毒的不同发展阶段和途径：审查入门概念假说》(2002年，剑桥，剑桥大学出版社)。

50 “生物嵌入”指的是初期个人体验和与环境的接触是如何“在体内建造的”。.

51 Jack P.Shonkoff和Deborah A.Phillips编辑，“从神经元到社区邻里：幼儿成长科学”(2000年，华盛顿特区，国家科学院出版社，2000年)。

52 Hirokazu Yoshikawa，Lawrence J.Aber和William R.Beardsle，“贫困对儿童和青少年心理、情感和行为健康的影响：对预防工作的含义”，《美国心理学家》，第67卷，第4期（2012年），第272-284页。

53 Megan M. Sweeney，“家庭结构不稳定与青少年教育成果：聚焦继父家庭”，载于“机会在哪里？日益加剧的不平等、学校和儿童生活机会”，Greg J.Duncan和Richard J.Murnane编辑(2011年，纽约，拉塞尔·塞奇基金会)，第229-252页。

54 Mary E.O‘Connell，Thomas Boat和Kenneth E.Warner，“在青少年中预防精神、情感和行为疾患：进步与可能性”。(2009年，华盛顿特区，国家科学院出版社)。

FIG. 8 | Factors that determine different pathways to substance use and substances use disorders

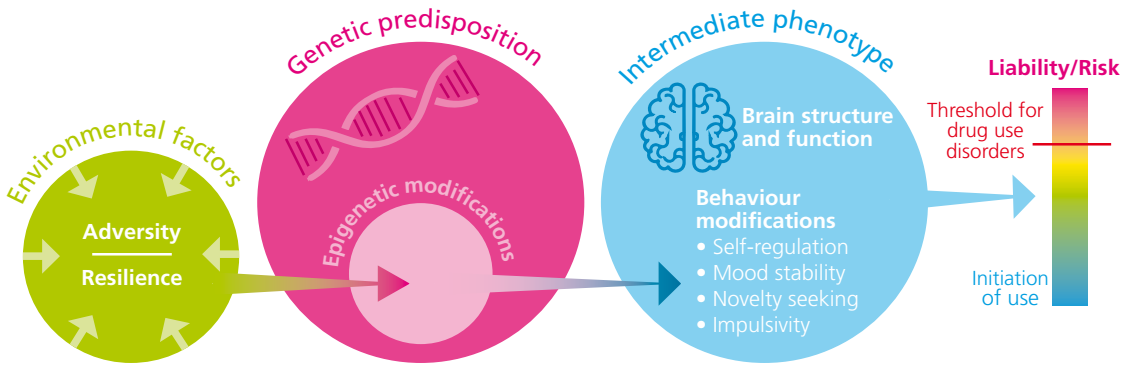


Figure 8 shows the two main categories of factors conferring risk for substance use: genes and the environment. Genetic variants are like switches: they are either turned on or off, but their expression is influenced by experience (i.e., epigenetic modifications). Environmental factors are more like dials that are turned up or down, also depending on experience. Risk or adversity factors include child maltreatment, poverty, poorly equipped schools, dysfunctional families, discrimination and witnessing violence. Resiliency or protective factors include high-quality education, housing, health care, social attachments and parenting. The combination of switches and dials crosses a liability threshold that, when predominantly negative, primes the brain for substance use. The functional relationship between factors is not linear, nor is it static; it fluctuates throughout a lifespan. Some environmental influences confer resiliency and may attenuate the effects of genetic predispositions. Thus, psychosocial interventions and practices are of the utmost importance in determining final outcomes.

负面的或有害的接触则可转化为对发育中的儿童调节其行为和情绪的能力的损害。[55, 56] 因此，个人发育阶段期间与环境的接触和经历会对社会、心理和神经作用产生不同的影响，并具有功能和行为含义。[57, 58]

诸如家庭等直接微观层面的因素和诸如邻里关系等周边宏观层面的因素，可影响个人功能行为的发展和流行率，这一点在这一框架中得到了确认。

虽然不同个人之间的具体影响因素各不相同，而且没有任何单一因素足以导致有害使用毒品，但可能存在的危险因素与缺失的保护因素的某些关键性组合会使某一大脑准备接受毒品、而另一大脑不准备接受。这一阈值对每一个人来说都是独一无二的，而且可能会受任何数量的外部和个人因素的潜在组合的影响。大脑的发育对心理社会经历非常敏感。这些经历影响着大脑的发展和运作方式，直接影响到儿童的自我调节能力，并最终影响到他们对使用毒品的易感程度。青少年吸毒问题尤其令人关切，因为有证据表明，具有精神活性的毒品对青少年的影响要大于成年人。毒品反应中与年龄有关的变化很可能是由于毒品对仍在建造中的大脑系统的药理作用的差异所致。这些差异可能会对青少年产生显著的影响，增加他们消费更多毒品的倾向，从而损害他们的神经发育。

儿童和青年吸毒的演变和影响可用以下三个因素来表征:

- 决定个人对毒品成瘾的脆弱性或抗拒力的各种风险因素；
- 吸毒行为对个人发展产生的健康和社会影响；
- 照顾者的吸毒行为对个人产生的影响

风险因素和保护因素

本小节首先讨论了吸毒和有害吸毒作为脆弱性以及与之相对应的抗拒力的来源所涉及的个人层面、微观层面和宏观层面的诸种风险因素之间的相互关联；继而探讨了最终引发的吸毒行为对儿童和青少年发育所产生的影响、以及照顾者的吸毒行为对儿童和青少年发育的多重影响。在整个小节中，以综合成长框架为背景论述了与吸毒对儿童和青少年产生的后果有关的病因(因果关系)和知识的证据。

个体风险因素

个人所具有的特性可在确定该人在发育成长过程中是否会吸毒、是否会有害使用毒品、是否会罹患吸毒疾患、以及是否会戒断或抗拒吸毒诸方面起到重要作用。之所以需要考虑到这些特性是由于以下三个原因：(a)神经生物学功能、个性、新出现的压力及其应对策略有助于确定个人对普遍存在的社会和环境影响作出何种反应，并有助于最终结果的达成；(b)由于个人层面的特性以独特和复杂的方式与环境影响发生相互作用，因而表明这些特性可对结果进行预测或作出适度修正；(c)了解这些特性对于确定何种预防和治疗干预措施有可能对任何给定个体或亚群组带来最大裨益至为关键。这一信息还可帮助认明个人在发育成长过程中采用最有效预防战略的各种机会。如果干预措施对其目标产生了积极影响（调解效果），预期这些特性就会发生有利的变化。

特定的人格特质与外化疾患有关，而引发这些疾病的原因一直是吸毒和有害吸毒。[59] 这些人格特性包括提高奖励敏感性、抑制控制力差、攻击性和寻求新奇。[60, 61] 这些人格维度的变化，特别是冲动和寻求新奇，可能会对初次接触毒品有助推作用，也可能有助于从初次涉毒过渡到间歇性吸毒和经常性吸毒、从有害吸毒过渡到依赖或成瘾、以及在实现戒断之后反复复吸的倾向。[62] 具有这些特性

55 Danya Glaser，“儿童遭受虐待和忽视与大脑：对二者关系的回顾”，《儿童心理学和精神病学杂志》，第41卷，第1期(2000年)，第97-116页。

56 Bruce S. McEwen和John H. Morrison，“压力之下的大脑：生命过程中前额叶皮层的脆弱性和可塑性”，《神经元杂志》，79卷，第1期(2013年)，第16-29页。

57 Susan L. Andersen，“关于青少年大脑的特别问题评述：青春期、成长轨迹和预防工作的重要性”，《神经科学和生物行为评论》，第70卷(2016年)，第329-333页。

58 Sara B.Johnson，Jenna L.Riis和Kimberly G.Noble，“最新评论：贫穷与发育中的大脑”，《儿科学》第137卷，第4期(2016年)。

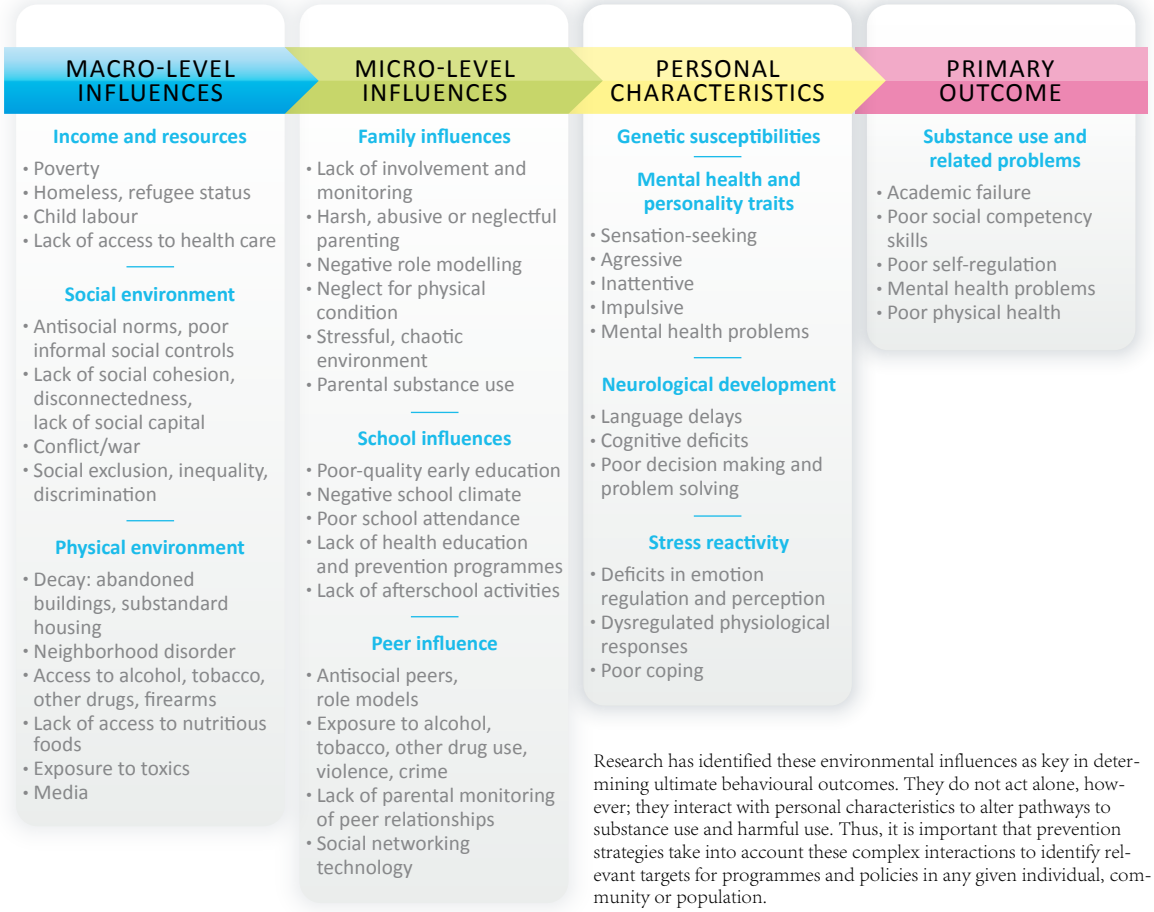
59 IreneJ.Elkins，MattMcGue和William G.Iacono，“注意力缺陷/多动障碍、行为障碍以及性别对青少年吸毒和滥用药物的前瞻性影响”《普通精神病学档案》，第64卷，第10期(2007年)，第1145-1152页。

60 Michael J. Frank等人，“遗传三重解离揭示了多巴胺在强化学习中的多重作用”。《国家科学院学报》，第104卷，第41期(2007年)，第16311-16316页。

61 Tilmann A. Klein等人，“从错误中学习方面遗传决定的差异”。《科学杂志》第318卷，第5856期（2007年），第1642-1645页。

62 Mary J. Kreek等人，“冲动、冒险、压力应对以及对药物滥用和成瘾诸方面的脆弱性的遗传影响”《自然神经科学》，第8卷，第11期(2005年)，第1450-1457页。

FIG. 9 | Risk factors in substance use and harmful use of substances



Research has identified these environmental influences as key in determining ultimate behavioural outcomes. They do not act alone, however; they interact with personal characteristics to alter pathways to substance use and harmful use. Thus, it is important that prevention strategies take into account these complex interactions to identify relevant targets for programmes and policies in any given individual, community or population.

的个人倾向于寻求高度刺激和危险情境，而且在预期其行为的后果时表现出更少的担心和焦虑。[63, 64]

与各种环境因素相类似，个性影响在个体成长的不同阶段也会对这些复杂行为产生不同的影响。[65, 66] 青春期的规范性发育通常会表现为更易于冲动和更热衷于寻求新奇，其部分原因是影响大脑发育和其他系统的荷尔蒙水平的剧烈波动。那些具有高强度的此类人格特质的任何组合的青少年亚群组，面临着有害吸毒的高风险。实际上，这些特性可能会助长毒品效应增强方面的个体差异。[67]

行为和精神健康

根据来自多个来源的数据，包括世卫组织的数据，精神健康疾患与吸毒疾患共存的局面困扰着成百上千万人。具体而言，诸如创伤后应激障碍、抑郁和焦虑等内化症状，连同诸如行为障碍、注意力缺陷和多动障碍、压迫性违抗障碍、反社会人格障碍和某些其他精神健康状况等外化症状，都强烈且持续地

63 同上。

64 DidierJutra-Aswad等人，“大麻依赖风险是指与杏仁核基因表达相关的神经质与前脑啡肽单核苷酸多态性之间的协同作用：病例对照研究”《公共科学图书馆》，第7卷，第6期(2012年)。

65 James J. Li等人，“多基因风险、人格维度和青少年酗酒问题：纵向研究”，《酒精和毒品研究杂志》，第78卷，第3期(2017年)，第442-451页。

66 Kenneth S. Kendler, Charles O. Gardner 和 Carol A. Prescott，“人格与环境逆境的体验”，《心理医学》，第33卷，第7期(2003年)，第1193-1202页。

67 Caryn Lerman和Raymond Niaura，“应用遗传方法治疗尼古丁依赖症”，《致癌基因》，第21卷，第48期(2002年)，第7412-7420页。

与有害使用毒品的风险相关联。[68] 罹患有这些疾患的个人一般而言比那些没有这些疾患的人更有可能使用毒品，而且是在较早的年龄段开始涉毒。[69, 70] 例如，情绪和焦虑疾患等，会使个人罹患吸毒疾患的风险加倍。[71]

心理和行为健康疾患的存在可能会加剧向吸毒方向发展的途径中的不良或不适应的压力反应性模式的作用。患有内化障碍的个人在大脑负责应激反应的系统中倾向于具有更高的唤醒水平，这可能会导致自我治疗焦虑和抑郁症状的倾向。[72] 那些具有外化障碍的人则倾向于在这些系统中具有较低的唤醒水平，这与对后果的关切相对缺乏和对额外刺激的需要相关联。

患有创伤后应激障碍或注意力缺陷多动障碍等疾病的人有效应对社会挑战的可能性会降低，因为要应对社会挑战，需要完整的神经认知和情感功能，而这些功能往往因精神疾病而受到损害。[73]

一些可能与吸毒有关的精神健康病症有性别因素，这种因素转化为在有害使用毒品和毒品依赖风险方面的一种性别差异：男性更多地表现出反社会人格障碍，而女性则表现出更严重的心绪不宁和焦虑症。[74] 在青少年和成年人中，为自我控制精神症状而做出的努力使得有害吸毒进一步复杂化，同时还加剧了不利于治疗吸毒疾患的抗药性方面的挑战难度。[75]

68 Tonya D. Armstrong和Jane E. Costello，“关于青少年吸毒、药物滥用或依赖与精神病共病症的社区研究”《咨询与临床心理学杂志》，第70卷，第6期(2002年)，第1224-1239页。

69 Michael D. de Bellis等人，“小儿虐待相关创伤后应激障碍的大脑结构:社会人口学匹配研究”，《生物精神病学》，第52卷，第11期(2002年)，第1066-1078页。

70 Cynthia L. Rowe等人，“精神病共病症对青少年吸毒者治疗的影响”，《药物滥用治疗杂志》，第26卷，第2期(2004年)，第129-140页。

71 Susan B. Quello等人，“情绪障碍和药物滥用疾病：复杂共病”，《科学与实践观》，第3卷，第1期(2005年)，第13-21页。

72 Andrea M. Hussong等人，“酗酒和疾患的内化途径”，《成瘾行为心理学》，第25卷，第3期(2011年)，第390-404页。

73 Maria Kovacs和David Goldston，“抑郁儿童和青少年的认知和社会认知发展”，《美国儿童和青少年精神病学学会杂志》，第30卷，第3期(1991年)，第388-392页。

74 美国，国家药物滥用研究所，“共病：成瘾及其他精神疾病”，药物滥用研究报告系列，国家卫生研究所出版物第10-5771号(2010年，华盛顿特区)。

75 Kristin L.Tomlinson，Sandra Brown和Ana Arantes，“青少年的精神共病症与戒毒治疗结果”，《成瘾行为心理学》，第18卷，第3期(2004年)，第160-169页。

神经发育与青春期

据认为，开始接触毒品的一种途径源于神经发育的偏离或延迟，这种现象被视作问题的根源所在，而且也是开始吸毒之前表现出来的各种危险行为的根源。要了解神经生物学对吸毒病因的助长，便需要表征在青春期发生的大脑成熟过程的特征，例如抑制性控制减少和奖励敏感性增加等，而且与吸毒有关联。

吸毒和有害吸毒是始于产前阶段的发育过程的结果，直至长到25至29岁之间。来自吸毒情况调查的数据表明，在青春期早期和中期开始接触毒品最为常见，而且对于那些随后吸毒升级的亚群组而言，其吸毒行为在他们初步过渡到成年期的过程中达到峰值。[76] 至关重要的是，青少年在这一时期面对着各种新的社会挑战，例如需要更多地自主决策等，而这些挑战在整个时间段上恰与大脑布线和连接方面发生的各种复杂变化相重合。这些情况对作出适应性决策和进行自我调节行为和情绪的能力产生了影响。[77] 实际上，如上所述，青春期内出现的某种程度的冲动、冒险举动和寻求轰动效应是符合常规的现象。然而，各种社会环境和非规范性神经发育不成熟或功能障碍的组合可能会导致更大的冒险行为进一步延伸。

青春期内的神经生物发育是以逐步过渡方式发生的，而不是在时间上一蹴而就的现象。[78] 在这一时期，前额叶皮层，即大脑中负责执行认知功能的部分，诸如作出决策、冲动控制和记忆存储等，仍在建设之中。这些执行认知功能中的一个核心功能是保护长期目标，避免短期利益造成的诱惑，因为短期利益往往会带来消极后果。[79] 在整个青春期，前额叶“自上而下”式的认知调节在皮质下区域上面有一定程度的功能断开。这转化为青少年对情绪刺激行为作出反应的自然倾向，此时的认知控制程度

76 Rachel N. Lipari等人，“风险和保护因素与开始吸毒的估算：2016年国家吸毒与健康情况调查结果”，吸毒与健康数据审查(2017年9月)。

77 Scott Marek等人，“网络组织与集成对认知控制发展的贡献”，《公共图书馆生物学》，第13卷,第12期(2015年)。

78 B.J.Casey, Rebecca M. Jones and Hare A. Todd,“青少年大脑”《纽约科学院年鉴》，第1124卷，第1期(2008年)，第111-126页。

79 Maria Kharitonova 和 Yukko Munakata“表现在执行功能中的作用:研究灵活性与抽象之间的发展联系”，《心理学前沿》，第2卷，第347条(2011年)。

很低。[80] 通过自然的发育过程和环境体验，大脑的认知调控与情绪刺激区域之间的连接得到了增强，从而为大脑情绪系统的自上而下式调节提供了一种机制。[81]

此外，参与监管奖赏的大脑电路，诸如前部纹状体等，在青少年中表现出快速成熟，从而增强了对奖赏体验的敏感性。[82, 83, 84] 这一发展可能在早期到中期开始接触毒品时发挥独特的作用，但在升级使用毒品的亚群组中则可能被夸大。随后的吸毒行为可能会进一步强化一些青少年“业已提高了的对奖赏的敏感性，从而进一步增强毒品的强化性能。[85] 随着对奖赏的敏感度的增加，青春期给发育过程带来的一系列其他特点可对神经发育造成损害，而且会导致大脑系统发生可测量到的功能失调。这些特点包括：

- 更倾向于追求轰动效应和新奇
- 青春期早期和不稳定的荷尔蒙水平
- 恶劣的环境状况，诸如压力、逆境、虐待和其他负面体验[86]

不论神经发育延迟或不足的原因为何，青春期内社会需求与逐步发育的神经生物学系统之间的不平衡可能更容易引发吸毒行为，而且导致向有害吸毒升级。这一证据对以这一发育期为目标的干预措施构成部分的设计有直接影响。

资料来源: B. J. Casey 和 R. M. Jones，“青少年大脑和行为的神经生物学:对吸毒疾患的影响”，《美国儿童和青少年精神病学杂志》，第49卷，第12期(2010年12月)。

80 Leah H. Somerville 和 B. J. Casey，“认知控制与激励系统的发育神经生物学”，《神经生物学现时说法》，第20卷，第2期(2010年)，第236-241页。

81 Nim Tottenham, Hare A. Todd 和 B. J. Casey，“对儿童期、青春期和成年后情绪辨别、情绪调节和认知控制的行为评估”，《心理学前沿》，第2卷，第39期，(2011年)。

82 A. Padmanabhan等人，“支撑奖赏监管对抑制性控制的影响的大脑功能发育变化”，《发展性认知神经科学》，第1卷，第4期(2011年)，第517-529页。

83 C. F. Geer等人，“奖赏监管中的失度及其对青春期抑制性控制的影响”《大脑皮层》，第20卷，第7期(2010年)，第1613-1629页。

84 Somerville和Casey，“认知控制与激励系统的发育神经生物学”。

85 Michael E. Hardin和Monique Ernst，“青少年吸毒所涉与发育相关的风险及其脆弱性的功能脑部成像”，《成瘾医学杂志》，第3卷，第2期(2009年)，第47-54页。

86 Laurence Steinberg，“青少年冒险行为的双重系统模型”，《发育心理生物学》，第52卷，第3期(2010年)，第216-224页。

应激暴露与生理反应性

压力是神经生物、生理、心理和环境诸领域的一个主要共同点，与毒品使用易感性、毒品使用升级和复吸以及戒毒治疗抗药性都有关联。

压力是指对有害的、有威胁的或具有挑战性的外部事件或状况的感知、评估和反应过程，这些外部事件或状况称作“压力源”，诸如贫困、产前暴露、虐待儿童、离婚和丧亲等。

资料来源：A. Levine等人，“入门毒品的分子机制：可卡因引起的尼古丁主要基因表达开启的表观遗传变异”，《科学转化医学期刊》，第3卷，第107期(2011年11月)。

众多研究表明，情绪和生理压力增加与行为控制能力下降、冲动程度加大和高度不适应行为之间存在着相互关联。[87, 88, 89] 同时也有大量证据支持压力在引发吸毒的途径中的作用。[90, 91] 早年的逆境与吸毒、有害使用药物和依赖性的风险增加尤其显著相关。[92] 如以下表2中所示，这种基本关系可从“儿童逆境经历研究”的结果中清楚地看出。[93, 94, 95] 这些调研结果表明，非常早期的发育阶段为最初生物、心理和社会对开始接触毒品的反应奠定了基础。

87 Jumi Hayaki等人，“吸毒者的逆境经历：与冲动之间的关系”，《毒品和酒精依赖》，第7778卷，第1期(2005年)，第65-71页。

88 Barbara Greco和Mirjana Carli，“缺乏神经肽Y2受体的小鼠注意力减少而冲动增加：与焦虑样表型的关系”，《行为大脑研究》，第169卷，第2期(2006年)，第325-334页。

89 Martin Hatzinger等人，“幼儿园儿童下丘脑-垂体-肾上腺皮质活动：性别的重要性及与行为/情绪困难之间的关联”，《精神病学研究杂志》，第41卷，第10期(2007年)，第861-870页。

90 Hanie Edalati和Marvin D. Krank，“儿童受虐与吸毒疾患的发展：认知途径的回顾和模式”，《创伤、暴力和虐待》，第17卷，第5期(2016年)，第454-467页。

91 Christine M. Lee，Clayton Neighbors和Briana A. Woods，“大麻动机：年轻成人吸食大麻的原因”，《上瘾行为》，第32卷，第7期(2007年)，第1384-1394页。

92 Shanta R. Dube等人，“儿童期受虐、被忽视和家庭功能障碍与非法使用毒品的风险：儿童逆境经历研究”，《儿科学》，第111卷，第3期(2003年)，第564-572页。

93 Daniel P. Chapman等人，“童年逆境经历与成年后罹患抑郁症的风险”，《情感障碍杂志》，第82卷，第2期(2004年)，第217-225页。

94 Dube等人，“儿童受虐、被忽视及家庭功能失调与非法使用毒品的风险”。

95 Robert F. Anda等人，“卫生保健机构成人患者的童年逆境经历与处方药使用情况群组研究”，《生物医学中心公共卫生期刊》，2008年6月4日。

表 2 | 对某些结果而言妇女中童年逆境经历的人口归因风险估计

儿童逆境经历的人口归因风险	吸毒模式
65 per cent	酗酒
50 per cent	有害使用毒品
78 per cent	注射吸毒

早期生活逆境与吸毒、使用有害药物和吸毒成瘾的风险增加明显有关联。吸毒可能是一种对承压经历作出的不适应反应。

与所有其他风险因素一样，承受压力对社会、心理和神经功能有不同的影响，进而也可对基于性别、遗传弱点和不同发育阶段压力的吸毒和有害使用药物的风险产生不同的影响。[96, 97] 就性别差异而言，女孩不仅在青春期内报告的负面生活事件要比男孩更多，而且他们也更有可能经历人际关系压力，并受到这些压力的负面影响。[98] 例如，创伤后应激障碍往往先于女孩吸毒和使用有害药物，但在男孩使用有害药物后出现此种障碍更常见；这可能意味着女性更有可能自我治疗其疾患，而男性则由于涉及有害药物使用的危险境况而可能更容易遭受创伤。[99] 当受到家庭暴力和酗酒压力时，女性使用有害药物的风险也会随之增加。[100] 这些调研结果和其他许多调研结果都揭示了在遭受创伤和承受压力方面存在着性别差异，并揭示了性别对毒品使用模式产生的不同影响，同时建议在病因学研究和制定预防干预手段或治疗计划时应考虑到性别层面的问题。

研究表明，早期生活压力会使个人倾向于在其之后的生活阶段触碰毒品，因为各种压力源对尚不成熟的神经生理系统有影响。在青春期，当这些新发育的系统日益发挥更大功能时，相关的伤害便会表现为精神病理学风险因此而增加。[101] 更大程度的压力也会影响到青少年业已降低的行为和认知控制力。[102, 103] 承受压力会干扰调节这些功能的荷尔蒙和生理系统，损害学习、记忆、决策以及其他那些通常支持行为自我调节的功能。[104, 105, 106] 这些生物应激反应激活了支撑吸毒的积极强化作用的相同神经系统，[107] 从而潜在地强化了吸毒行为。因此，吸毒可能是对承压经历的不适应反应。认识到经历过早期各种生活压力的青少年吸毒的风险会由此而增加，对于指导旨在防止接触和抵消吸毒行为潜在负面后果的努力至关重要。

表观遗传学、遗传变异和对各种社会影响的反应

遗传变异有助于确定个人对普遍存在的社会影响的反应。据认为，遗传因素对吸毒倾向及由此而罹患的各种疾患的影响是由与环境因素相互作用的个体特征所介导的，而承受压力在其中产生了特殊影响。[108] 基因与环境相互作用的核心是发生在基因活动水平上的对环境变化的表观遗传修饰。逆境经历，特别是早期的逆境经历，具有改变基因的表达或抑制的潜力，这种潜力对压力激素和行为的表型影响具有重

96 Kendler, Gardner 和 Prescott，“性格与环境逆境经历”。

97 Susan L. Andersen和Martin H. Teicher，“绝望的过山车，脚下没有刹车：承受发育阶段的压力以及随后出现的药物滥用风险”，《神经科学和生物行为评论》，第33卷，第4期(2009年)，第516-524页。

98 Xiaojia Ge等人，“父母在压力下的生活事件与青少年的抑郁情绪”，《健康与社会行为杂志》，第35卷，第1期(1994年)，第28-44页。

99 Eva Y. Deykin和Stephen L. Buka，“依赖化学药物的青少年遭受创伤后应激障碍的发生率和风险因素”，《美国精神病学杂志》，第154卷，第6期(1997年)，第752-757页。

100 Stephen T. Chermack，Brett E. Fuller和Frederic C. Blow，“药物滥用治疗患者中表达伴侣和非伴侣暴力行为的预测因素”，《毒品和酒精依赖》，第158卷，第1和第2期(2000年)，第43-54页。

101 Andersen和Teicher，“绝望的过山车，脚下没有刹车”。

102 Susan L. Andersen和Martin H. Teicher，“青少年抑郁症中的压力、敏感时期和发育成熟事件”，《神经科学趋势》，第 31卷，第4期(2008年)，第183-191页。

103 Rajita Sinha，“压力是如何增加吸毒和复吸风险的？”，《精神药理学》，第158卷，第4期(2001年)，第343页。

104 Gerald Heuther，“幼儿时期的压力与神经元连接的适应性自我组织”，《国际发育神经科学杂志》，第16卷，第3和第4期(1998年6月/7月)，第297-306页。

105 William R. Lovallo等人，“终生逆境导致压力轴反应减弱：俄克拉荷马州家庭健康模式项目下进行的研究”，《生物精神病学》，第71卷，第4期(2012年)，第344-349页。

106 C. A. Nelson和L.J.Carver，“压力和创伤对大脑和记忆的影响：来自发育认知神经科学的观点”，《发育与精神病理学》，第10卷，第4期(1998年)，第793-809页。

107 George F. K oob和 Michel Le Moal，“药物滥用：享乐主义的平衡稳定状态出现失调”，《科学杂志》，第278卷，第5335期(1997年)，第52-58页。

108 Mary-Anne Enoch，“基因-环境相互作用对酗酒和毒品依赖发展的影响”，《精神病学时报》，第14卷，第2期(2012年)，第150-158页。

要含义。[109] 持续的环境变化可进一步改变表观遗传过程，无论是更好还是更坏，有助于解释个人对压力的反应差异以及发生积极环境变化的潜力，例如通过采取干预措施，以扭转之前的负面修改。正如“概念模型”(第23页图8)所示，并非所有承受压力或遭受创伤的人都会表现出不适性生理和心理压力反应，从而引发吸毒和有害使用药物。

对不同有害物质使用的易感性是个体动态经历的遗传、环境和表观遗传诸方面因素之间复杂的相互关系的函数。

虽然基因不会使特定毒品的使用或有害使用的风险增大，但有证据表明，基因确实会影响神经生物系统和表型特征，而这些特征会更直接地影响导致吸毒的途径。这些系统和特征从根本上与承受压力相互作用，当出现重复承受压力或压力严重时，就有可能损害神经系统的发育，而神经系统正是社会、行为、认知和情感诸项功能发挥作用的深层和持久基础。[110, 111]

微观层面的影响

如果不了解个人成长、发展和互动的社会背景，就无法理解或解决青少年吸毒问题。不同文化背景的因素可能会以性别不同的方式，着重显示出育儿和家庭、同伴影响、青春期时间段和诸如吸毒等问题结果之间的关系。在本小节中，在审视了那些对各种问题行为有影响的责任因素的同时，也探讨了可能使个人免受负面结果影响的环境条件。

育儿和家庭功能

父母教育和家庭环境在多个功能领域可对幼儿的成长产生深远的影响。[112] 例如，父母对

受到负面育儿条件影响的儿童产生心理和身体健康问题的可能性是正常儿童的二至四倍。

资料来源：T.I.Herrenkohl等人，“与成人吸毒和心理健康问题有关的家庭影响：对儿童和青少年预测因素的发展分析”，《青少年健康杂志》，第51卷，第2期(2012年2月)，第129-135页。

吸毒行为的影响是不可低估的。[113] 严厉的、限制性的、前后不一的、敌对的和（或）高度冲突的父母教养方式往往会导致在儿童身上出现负面行为结果。[114]

在为人父母的极端行为中，虐待、忽视和家庭暴力尤其威胁到儿童发育的各个方面。在预测一般反社会行为以及吸毒行为和吸毒疾患时，育儿质量还与心理健康、承受压力和社会支持等因素相互作用。[115]

育儿活动可能会加剧父母吸毒的风险，此种风险可能早在婴儿时期便开始出现，特别是当婴儿具有“困难”气质时。这些早期症状通常表现为易怒、频繁哭泣、依恋情感变得淡漠、睡眠或饮食模式没有规律以及无法抚慰等。这些问题通常源于遗传、先天性和产前过程。[116] 性格难以控制的婴儿可能会引起消极的反应：诸如婴儿照顾者的拒绝、无效做法、严厉的纪律、虐待或吸毒。任何此种反应都会加剧这一发展过程。[117] 如果照顾者先前就有功能障碍或困难，例如精神疾病、有害使用药物、反社会行为或身陷贫困等，

109 Mohe Szyf等人，“动态表观基因组及其对行为干预的含义：表观遗传学在疾病预防和健康促进方面发挥的信息提供作用”，《转化行为医学》第6卷，第1期(2016年)，第55-62页。

110 Robin Davidson，“心理学能解释变化吗？《成瘾:变化的过程》，Griffith Edwards and Malcom H. Lader编辑，成瘾研究学会专著第3号(1994年，纽约，牛津大学出版社)。

111 Pia Pechtel和Diego A . Pizzagalli，“早期生活压力对认知和情感功能的影响:人类文献综合评述”，《精神药理学》，第214卷，第1期(2011年)，第55-70页。

112 美国,国家研究委员会和国家科学院医学研究所，《预防青少年罹患精神、情绪和行为疾患：进展和可能性》，Mary E.O‘Connell，Thomas Boat和Kenneth E.Warner，编辑，(2009年，华盛顿特区，国家科学院出版社)。Thomas Boat and Kenneth E. Warner, eds. (Washington, D.C., National Academies Press, 2009).

113 Melissa A. Lippold等人，“揭示父母监督对青少年早期问题行为的影响：父母知识的介导作用及父母温和-青少年温暖”，《家庭问题杂志》，第35卷，第13期(2014年)，第1800-1823页。

114 Anne E. Barret和R. Jay Turner，“家庭结构与心理健康：社会经济地位、家庭进程和社会压力的中介效应”，《健康和社会行为杂志》，第46卷，第2期(2005年)，第156-169页。

115 Benjamin J. Hinnant，Stephen A. Erath和Mona El Sheikh，J.“严厉的养育，副交感神经活动，以及不良行为和吸毒行为的发展”，《异常心理学杂志》，第124卷，第1期(2015年)，第137-151页。

116 Lyndall Schumann等人，“婴儿期负面情绪中遗传和环境因素的持久性和创新效应：孪生研究”，《公共图书馆》，第12卷，第4期(2017年)。

117 Kerry Lee，Rebecca Bull和Ringo M. Ho，“执行功能的发育变化”，《儿童成长》，第84卷，第6期(2013年)，第1933-1953页。

这种情况可能会产生尤其显著的影响。[118, 119] 此外，更“困难”的儿童可能会引发更严厉、更无效的应对措施，即使照顾者有心力或物质资源来应对他们孩子的特殊问题和需求。一旦照顾者与孩子的关系变得紧张，温暖、依恋和有效应对措施往往更会减少，从而进一步增加孩子诉诸不适应行为的风险。简而言之，孩子的反应会激发来自社会环境的可预测的反应。这可能会加强或抵消儿童作出的反应，从而推动社会环境和儿童双方的反应发生进一步变化。这种“行动-反应”的顺序会使孩子更容易长期适应社会失调和危险行为。然而，随着社会环境状况的变化，行为倾向于多样化，并会随着时间的推移加强、削弱或逆转成长途径，而不是用一种应对行为来代替另一种应对行为。

除了养育子女外，家庭环境的各个方面都会影响到儿童随后是否会染上吸毒行为。这些因素可包括结构特点、家庭凝聚力、家庭交流沟通和家庭管理。[120] 家庭生活中最不满意的人往往是那些承受压力大和受胁迫程度高的人。[121] 此外，单亲家庭的青少年相对有更大的吸毒倾向。这一点与研究报告所称双亲家庭更有能力保护孩子免受毒品影响的结论相一致。[122] 这一发现可能是由于家里没有额外人手来保护孩子免受压力以及缺乏监控的结果。

当青少年开始有更多的自主权和机会从事亲社会行为或危险行为时，子女的养育和家庭环境仍然十分重要。[123] 混乱的家庭环境、无效的养育方式和缺乏相互依恋情感等，尤其会对孩子的整体成长有影响。[124] 这种情境可能会对女孩产生更大的影响，因为她们往往对以家庭为中心的问题和家庭成员的相互关系问题更加敏感。[125, 126] 这可能会增加女孩对压力和精神健康问题的易感性，包括早期开始接触毒品和有害使用药物以及其他危险行为。

儿童抵制吸毒和其他不当行为所需的管控技能是在其生活早期灌输的，这表明有利的家庭环境(家庭凝聚力、家庭交流沟通和家庭管理等)能够提供保护，从而防止出现包括吸毒在内的消极后果。

学校和受教育机会

学校环境、教师、课程和学生社交网络的质量是影响学生学习和行为的主要社会化因素。[127, 128] 在非常基本的层面上，逃学、停学或退学增加了学生在多个层次上表现一塌糊涂的风险。对于那些欠缺自我调节能力的儿童来说，长期旷课可能特别成问题。[129] 此外，教师不称职、教学实践效果差和低质量的课程会带来很大的额外风险，致使学业无成。[130, 131] 缺乏良好的教育和糟糕的课堂管理注定了其结果必然是认知功能低下、社会技能差、压力重重以及自己一无是处、一事

118 Thomas G.O‘Connor等人，“青春期抑郁症状和反社会行为的共同发生：共同的遗传责任”，《异常心理学杂志》，第107卷，第1期(1998年)，第27-37页。

119 Thomas G. O‘Connor等人，“儿童期晚期和青少年早期的基因型-环境相关性：反社会行为问题与胁迫性养育”，《成长心理学，第34卷，第5期(1998年)，第970-981页。

120 Richard D.B.Velleman，Lorna J.Templeton和Alex G.Copello，“家庭在预防和干预吸毒和滥用药物方面的作用：对以青少年为重点的家庭干预措施的全面审查”，《吸毒与酒精问题期刊》”，第24卷，第2期(2005年)，第93-109页。

121 Barret和Turner，“家庭结构与心理健康”。

122 Gunilla R. Weitoft等人，“瑞典单亲儿童的死亡率、严重发病率和受伤比率：一项基于人口的研究”，《柳叶刀》，第361卷，第9354期(2003年)，第289-295页。

123 Monique Ernst和Sven C. Muller，“青少年大脑：功能神经影像学研究的见解”，《发育神经生物学》，第68卷，第6期(2008年)，第729-743页。

124 Kristen W. Springer等人，“儿童期身体受虐的长期身心健康后果：大量基于人口的男女样本结果”，《儿童受虐和被忽视》，第31卷，第5期(2007年)，第517-530页。

125 Jennifer Connolly等人，“青春期早期跨性别友谊和浪漫关系的概念”，《青少年与青春期杂志》，第28卷，第4期(1999年)，第481页。

126 Eleanor E. Maccoby，“两性：逐步分开成长，最终走到一起”(1999年，马萨诸塞州剑桥，哈佛大学出版社)。

127 Lyndal Bond等人，“作为青少年后期吸毒、心理健康和学术成果的预测因素的早期中学的社会和学校联系”，《青少年健康杂志》，第40卷，第4期(2007年)，第357.e9-357.e18页。

128 H.Harrington Cleveland和Richard P. Wiebe，“了解青少年吸食大麻与后来严重吸毒之间的联系：入门效应还是发育轨迹？”《成长与精神病理学》，第20卷，第2期(2008年)，第615-632页。

129 Christine A. Christle，Kristine Jolivette和C. Michael Nelson，“打破从学校到监狱的输送管道：查明青少年犯罪的学校风险和保护因素”，《例外情形》第13卷，第2期(2005年)，第69-88页。

130 同上。

131 L.Darling-Hammond，“如何表明师资教育的重要性”，《师资教育杂志》，第51卷，第3期(2000年)，第166-173页。

无成的观念，[132] 其中每一种问题或观念都会与吸毒风险相关联。缺乏得当的教育支持和（或）有针对性的教案、学习障碍和精神健康不佳等，进一步加剧了吸毒和有害使用药物的风险。[133] 从长远来看，低质量的教育导致学生在未来的劳动力市场上毫无竞争力，无法获得薪资良好的工作，[134] 这些也都是与后来开始吸毒有关联的因素。

学校所具有的另一种影响是学校联系网所发挥的重要作用。研究结果表明，青少年更有可能有心理健康问题；在初入中学时，如果他们报告说参与学校联系网程度低、而且有人际关系冲突时，则吸毒的可能性即会随之增加。[135, 136]

儿童对学校的依恋似乎是复原力的一个组成部分(一个保护因素)，这表明有效的和反应灵敏的教师、循证课程和课堂授课的强化均可在预防吸毒方面发挥重要作用。

同伴影响与吸毒行为

青少年吸毒与他们接触有吸毒行为的同伴之间有很强的联系。研究表明，其他青少年提供了获得毒品的独特来源、强化吸毒行为和使用毒品的机会。[137, 138, 139] 青少年往往会表现出与他们的朋友相似的行为、态度和个性特征。[140] 研究表明，选择吸毒的青少年可能不同于那些不吸毒的青少年。友谊的质量似乎也是决定一个人在多大程度上受到朋友影响的一个因素：高质量的关系可能更受青少年的重视，他们可能更有可能为了取悦朋友而改变自己的行为。更亲密的朋友可能会花更多的时间在一起，导致更多的建模和模拟高风险行为。同龄人看起来相互影响的方式之一是相信“众从无知”的思想，[141] 即普遍认为有吸毒行为的个人实际上要比已知的吸毒者更多，从而为他们自己吸毒寻找开脱。[142, 143] 与此相反，那些认为吸毒行为会产生有害后果的人则不太可能触碰毒品。[144]

似乎也有一些独特的方式让女孩受到同龄人的影响而沾染吸毒恶习。例如，当有关吸毒的信息来源是一位朋友或伴侣时，他们更容易受到社会压力的影响。[145] 女孩对同伴认可、抑郁和身体形象的敏感度也更高，这些都是相互关联的，会沾染毒品的风险。[146] 女孩的青春期早期发育在此方面也会起到一定的作用；例如，早熟的女孩更有可能花时间与年龄较大的男性在一起，这些男性倾向于从事冒险活动，并有可能引导这些女孩接触毒品。[147, 148] 青春期伊始，尤其是对女孩而

132 Patrice L. Engle和Morien M. Black，“贫穷对儿童成长和教育成果的影响”，《纽约科学院年鉴》，第1136卷，第1期(2008年)，第243-256页。

133 Michael J. Mason 和 Jeremy Mennis，“邻里街坊特征对青少年吸毒行为影响的探索性研究”，《成瘾研究与理论》，第18卷，第1期(2010年)，第33-50页。

134 Frances A. Campbell等人，“幼儿教育：初级项目的青年成果”，《应用成长科学》，第6卷，第1期(2002年)，第42-57页。

135 Bonde等人，“中学初期阶段的社会和学校联系是预测青少年后期吸毒情况、心理健康和学业成绩的有效因素”。

136 Richard F.Catalano等人，“美国积极的青年成长：关于评价积极的青年成长方案的研究结果”，《美国政治和社会科学院年鉴》，第591卷，第1期(2004年)。

137 Deirdre M. Kirke，“青少年吸烟、酗酒和吸毒的连锁反应：通过同伴影响或同伴网络中的联系模式产生的相似性？”，《社会网络》，第26卷，第1期(2004年)，第3-28页。

138 Bruce G.Simons-Morton and Tilda Farhat，“关于同龄伙伴群体对青少年吸烟影响的最新发现”，《初级预防杂志》，第31卷，第4期(2010年)，第191-208页。

139 Kathryn A.Urberg等人，“青少年吸毒中同伴影响的两阶段模型：个人与特定关系对此种影响的易感性差异”，《成瘾行为》，第28卷，第7期(2003年)，第1243-1256页。

140 同上。

141 Deborah A.Prentice 和 Dale T. Miller “校园内的众从无知与酗酒：对社会规范的误解导致的某些后果”，《人格与社会心理学杂志》，第64卷，第2期(1993年)，第243-256页。

142 Mitchell J.Prinstein和Shriley S.Wang，“虚假共识和青少年同伴传染：审查貌似的与实际报告的朋友越轨和健康风险行为程度之间的差异”，《儿童心理异常杂志》，第33卷，第3期(2005年)，第293-306页。

143 Sarah L.Tragesser，Patricia A. Aloise-Young和Randall C.Swaim，“同龄伙伴的影响，吸烟者的形象，以及青春期前不吸烟者关于吸烟问题的信念”，《社会发展》，第15卷，第2期(2006年)，第311-325页。

144 哥伦比亚大学，国家吸毒和药物滥用中心，《青少年吸毒：美国头号公共卫生问题》(2011年6月，纽约)。

145 Vera Frajzyngier等人，“首次注射毒品时注射吸毒危险行为的性别差异”，《毒品和酒精依赖》，第89卷，第2和第3期(2007年)，第145-152页。

146 Steven P.Schinke，Lin Fang和Kristin C.A.科尔，“青春期少女中的吸毒情况：风险和保护因素”，《青少年健康杂志》，第43卷，第2期(2008年)，第191-194页。

147 David Magnusson和L.R.L.R.Bergman，“研究从童年到成年的路径的模式方法”，载于《从童年到成年的笔直和曲折道路》，Lee N.Robins和Michael Rut 编辑(1990年，剑桥，剑桥大学出版社)，第101-115页。

148 Karina Weichad，Rainer K.Silbereison和Eva Schmitt-Rodermund，“青少年身体早熟和晚熟的短期和长期后果”，载于《青春期的性别差异》，Chris Hayward 编辑，“剑桥儿童和青少年健康研究系列丛书”(2003年，纽约，剑桥大学出版社，)，第241-276页。

言，父母与青少年之间在择友或约会等问题上、以及在行为预期的转变上的冲突会随之增加，[149, 150, 151] 这可能导致出现更多的行为问题、更易受同龄伙伴的越轨行为和危险性行为的影响。[152] 此外，如果是居住在弱势社区，则同龄伙伴对男孩和女孩的影响程度似乎都会进一步加剧。[153, 154]

宏观层面的影响

街坊邻里，自然环境和媒体

街坊邻里的社会状况对吸毒风险有着重大影响，因为它们塑造了社会规范、强制推行了社会控制模式、提高了人们对吸毒风险的认知，并影响了心理和生理应激反应。[155] 街坊邻里影响力的一个方面是社会凝聚力，这是一个对街坊邻里及其居民的依恋和满意程度的指标，关系到社区居民的相互信任和支持。

据认为，社会凝聚力高与青少年吸毒程度较低、毒品问题较少以及涉毒死亡人数较少有关。[156] 那些看上去杂乱无章或混乱无序的邻里社区，或者看上去是一个他人财产随意被破坏、到处是废弃建筑物和空地、涂鸦、噪音和污垢充斥的地区，青少年的吸毒程度也很有可能因此而更为严重。现已发现街道邻里环境对那些生活在低收入城市地区的青少年影响尤为显著，因为他们所在社区里毒品活动猖獗、秩序混乱、暴力行为频繁，所有这些都可能会影响青年人沾染吸毒恶习。[157, 158] 这些社区的环境在实体设计上的许多层面也会使青少年的全面发展和社会关系受到损害，并导致他们走上犯罪和吸毒道路。[159, 160]

破败和废弃的建筑物、酒精和其他毒品应有尽有、城市化和深陷贫困的社区邻里：这些都与毒品、犯罪、暴力和各种意外事件有关联。

大量接触有毒物质，诸如各种重金属、宫内接触酒精、铅、镉、汞、锰或砷等，是实体环境可损害儿童整体发育的另一个方面。在产前和幼儿时期，此种接触已被证明与认知功能障碍和心理障碍等功能缺陷密切相关。[161] 此种接触还与其后有害使用药物的风险以及其他形式的精神病理问题有关。虽然该项研究很少涉及其与吸毒行为之间的直接联系，但此种接触更确切地与个人特性相关联，诸如精神疾病、缺乏冲动控制或认知缺陷等，而现已知这些特性会增加沾染吸毒和有害使用药物行为的风险。

媒体对赞许吸毒行为的社会规范和其他信息有着强大的影响力。[162] 青少年尤其会花大量时间使用互联网、信息服务和社交媒体，特别是通过智能手机、电视、电影以及其他媒体形式参与娱乐活动。媒体把吸毒行为描述为光彩夺目、趣味盎然和心旷神怡，从而起到了怂恿青年人开始和继续使用精神活性物质的作用。[163] 从本质上讲，某些媒体信息可

149 Xiaojia Ge，Rand D.Conger和Glen H.Elder Jr.，“过早成年：青春期对女孩易受心理困扰的影响”，《儿童发育》，第67卷，第6期(1996年)，第3386-3400页。

150 Roberta L.Paikoff和Jeanne Brooks-Gunn，“青春期亲子关系会发生变化吗？”，《心理学公报》，第110卷，第1期(1991年)，第47-66页。

151 Lynda M. Sagrestano 等人，“低收入的、居住在城市的、非裔美国青少年的青春期发育与父母同子女之间的冲突”，《青少年研究杂志》，第9卷，第1期(2010年)，第85-107页。

152 Dana L. Haynie，“风险的背景情况？解释女孩青春期发育与她们参与犯罪活动之间的联系”，《社会力量》，第82卷，第1期(2003年)，第355-397页。

153 Xiaojia Ge等人，“事关时机和变化:青春期转变对非裔美国青年重大抑郁症病症的影响”，《成长心理学》，第39卷，第3期(2003年)，第430-439页。

154 Dawn Obeidallah等人，“青春期到来的时间与邻里环境之间的联系：对女孩暴力行为产生的影响”，《美国儿童和青少年精神病学学会杂志》，第43卷，第12期(2004年)，第1460-1468页。

155 Elvira Elek，Michelle Miller-Day和Michael L.Hecht，“个人规定的、命令式的和描述性的规范对青少年早期吸毒行为的影响”，《毒品问题杂志》，第36卷，第1期(2006年)，第147-172页。

156 Peter Anderson和Ben Baumberg，“审视欧洲的酗酒问题：公共卫生视角”(2006年，伦敦，酗酒问题研究所)。

157 Anne Buu等人，“父母、家庭和街坊邻里对学龄前到成年初期儿童吸毒及其他精神病理学发展的影响”，《酒精和毒品研究杂志》，第70卷，第4期(2009年)，第489-498页。

158 Sharon F.Lambert等人，“非裔美国城市青少年对街坊邻里特征的看法与吸毒行为之间的关系”，《美国社区心理学杂志》，第34卷，第3和第4期（2004年)，第205-218页。

159 Tama Leventhal和Jeanne Brooks-Gunn，“他们居住的社区邻里:社区邻里居住对儿童和青少年结局的影响”，《心理学公报》，第126卷，第2期(2000年)，第309-337页。

160 国家研究委员会和医学研究所，《从神经元到社区邻里：幼儿成长科学》，Jack P.Shonkoff和Deborah A.Phillips编辑(2000年，华盛顿特区，国家科学院出版社)。

161 David C. Bellinger，“环境中的化学品和其他危险因素对儿童神经发育的影响的对比战略”，《环境卫生展望》，第120卷，第4期(2002年)，第501-507页。

162 Emily C.Feinstein等人，“设法通过卫生保健、研究工作和公共政策解决青少年吸毒的严重健康问题”，《青少年健康杂志》，第50卷，第5期(2012年)，第431-436页。

163 同上。

使吸毒行为看起来是一种符合规范的行为，而且还能改变人们对吸毒行为安全性的态度。社交媒体一再经证明与染上吸毒恶习有关联。[164, 165] 例如，美国的一项研究发现，在流行音乐中接触大麻与青少年开始吸食大麻之间存在关联。[166]

收入和资源

其他宏观层面的影响包括年轻人在其社区经历的贫困程度。目前正在收集更多的证据，用以帮助我们了解贫困社区的总体状况是如何导致儿童和青少年成长方面出现严重延误或欠缺的。[167]

引发贫困社区邻里中吸毒行为的主要风险因素包括：

- 单亲家庭比例高
- 基于种族、性别或其他特性的种族隔离和不平等
- 无家可归
- 食无定餐和营养不良
- 学校设备差和师资培训不足
- 儿童受虐和婴儿死亡率高
- 辍学率高、学业不及格、犯罪、不良行为和精神疾病

就个人而言，贫穷对家庭和养育子女的影响可能会对儿童和青年成长造成有害影响，增加父母和照顾者的压力，降低他们对学习和受教育机会的投资能力，损害他们对孩子成长过程的参与、耐心陪伴、正常反应和养育能力。[168] 这些情形和状况——无论是单独的还是通过相互作用形成的——都是引发吸毒行为的危险因素。[169] 低收入家庭儿童的照料环境更有可能杂乱无章，缺乏得当的激励和支持，从而使儿童受到压力。[170, 171] 在贫困和支持欠缺的环境中，压力阻碍成长，导致对压力的正常生理反应失调，因而增加诸如抑郁、焦虑和创伤性应激障碍等心理障碍的风险，并损害自我调节能力的发展：这些都是加剧沾染吸毒行为的脆弱性因素。

经历极端贫穷或资源匮乏的青少年受到许多环境和健康因素的影响，包括无家可归、流落街头、接触各种毒品和年纪很小时就开始自谋生计。因此，这些青少年的行为和心理问题，包括吸毒和有害使用药物的发生率很高。[172, 173] 就应当如何开展预防工作而言，高质量的照顾可缓解贫穷对儿童成长的影响，[174] 特别是女孩。[175] 向处境不利的儿童提供更多的服务可以培养他们发展技能的潜力，从而提高他们在学校和生活中取得成功的机会，并消除许多诱发吸毒行为的危险因素。[176]

歧视和社会排斥

影响儿童成长的另一个宏观因素是从结构和文化角度观察到的歧视和社会排斥。结构性不平等导致教育、健康和行为方面的不利结果，主要是由于在获得适当营养、优质住房和学校等基本需求的机会不同，以及更多地接触各种环境毒素和危害。难以获得服务和

164 Chrstine McCauley Ohannessian等人，“步入成年期时的社交媒体使用与吸毒行为”，《步入成年期》，第5卷，第5期(2017年)，第364-370页。

165 Caitlin R.Costello和Danielle E.Ramo，“社交媒体与吸毒行为：我们应该向青少年及其父母推荐什么？”，《青少年健康杂志》，第60卷，第6期(2017年)，第629-630页。

166 Brian A. Primack等人，“青少年在流行音乐中接触大麻与其吸食大麻行为”，《瘾癖》，第105卷，(2009年)，第515-523页。

167 Clancy Blair，“具体背景下的压力与自我调节能力的发展”，《儿童成长展望》，第4卷，第3期(2010年)，第181-188页。

168 Kenneth R.Ginsburg，“玩耍对促进儿童健康成长和维系牢固亲子关系的重要性”，《儿科学》，第119卷，第1期(2007年)，第182-191页

169 Aurora P.Jackson等人，“从事低薪工作的单身母亲：经济压力、养育子女和学龄前儿童的结果”，《儿童成长》，第71卷，第5期(2000年)，第1409-1423页。

170 Gary W.Evans，“儿童贫困的环境”，《美国心理学家》，第59卷，第2期(2004年)，第77-92页。

171 Rena L. Repetti，Shelley E.Taylor和Teresa E.Seeman，“危险家庭：家庭社会环境与其后代的身心健康”，《心理学公报》，第128卷，第2期(2002年)，第330-366页。

172 H. Meltzer等人，“童年霸凌的受害者与成年时企图自杀的人”，《欧洲精神病学》，第26卷，第8期(2011年)，第498-503页。

173 Nada和Suliman，“埃及大开罗和亚历山大街头儿童的暴力、虐待、酗酒和吸毒以及性行为”。

174 Gary W.Evans，John Eckenled和Lyscha A.Marcyyszyn，“混乱与宏观环境：贫困和社会经济地位的作用”，载于《混乱不堪及其对儿童成长的影响：生态视角》，Gary W.Evans和Theodore D.Wachs编辑(2010年，华盛顿特区，美国心理学协会)，第225-238页。

175 Karol L.Kumpfer等人，“国际推广加强家庭方案的文化适应过程”，《评价和保健专业》，第31卷，第2期(2008年)，第226-239页。

176 Angela Hudson和Karabi Nandy，“有和没有寄养安置史的无家可归青少年中吸毒、高风险性行为和抑郁症状的比较”，《当代护士》，第42卷，第2期(2014年)，第178-186页。

表 3 | 按不同生命时期分列的毒品使用阶段以及相关的精神和身体健康状况概述

所涉物质和毒品	身体/精神状况	精神健康/精神疾患
青少年时期		
酒精 大麻 烟草 吸入剂 精神治疗药物 • 苯丙胺 • 类阿片/止痛药剂	意外损伤 • 汽车事故 • 意外事故 身体/性暴力 中毒/过量使用 性传播疾病 呼吸道疾病 • 哮喘 与疼痛有关的诊断	自杀意念/行为 内化疾患 • 抑郁症 • 焦虑症 外化疾患 • 对立违抗性障碍 • 注意力缺陷/多动症 • 品行障碍
成年时期		
酒精 大麻 烟草 精神治疗药物 • 类阿片/止痛药剂 • 镇静剂/苯二氮卓类 可卡因/“快克” 海洛因 苯丙胺	中毒/过量使用 性传播疾病 癌症 心脏病/高血压/中风 生殖发病率/胎儿损伤 糖尿病 呼吸道疾病 • 哮喘 • 感染 肝损伤/疾病	自杀意念/行为 情绪障碍 抑郁症 • 双相障碍一型和二型 焦虑症 • 惊恐性障碍 • 创伤后应激障碍 • 社交恐惧症和特定恐惧症 • 普遍性焦虑障碍 反社会型人格障碍
老年时期		
酒精 精神治疗药物 • 类阿片类/止痛药剂 • 镇静剂/苯二氮卓类 • 苯丙胺 大麻 烟草	意外损伤 肝硬化 心脏病/中风 失眠症 癌症 糖尿病	自杀意念/行为 抑郁症/丧亲 焦虑障碍 • 社交恐惧症和特定恐惧症 • 普遍性焦虑障碍 痴呆/遗忘综合征 失眠症

资料来源：T.M.Schulte和Y.Hser，“整个寿命期间的吸毒及相关健康状况”，《公共卫生评论》，第35卷，第2期(2014年)。

社会支持以及缺乏街道邻里集体协同效能更加剧了问题的严重性。[177, 178]然而更为严重的挑战是缺乏有效的应对战略，而这种缺位往往正是是弱势儿童的困境特征。这些问题往往在具有难民或移民身份的个人身上更为复杂。[179]在1990年代，在不同的环境和情境中，身为难民的少年儿童和成年人描述了如下一系列吸毒画面：受冲突影响的索马里难民咀嚼阿拉伯茶、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦境内的阿富汗难民使用阿片类药物、波斯尼亚和黑塞哥维那流离失所者把苯二氮卓类药物用于非医疗用途、在泰国的缅甸难民使用甲基苯丙胺等。[180]

吸毒对青少年产生的后果

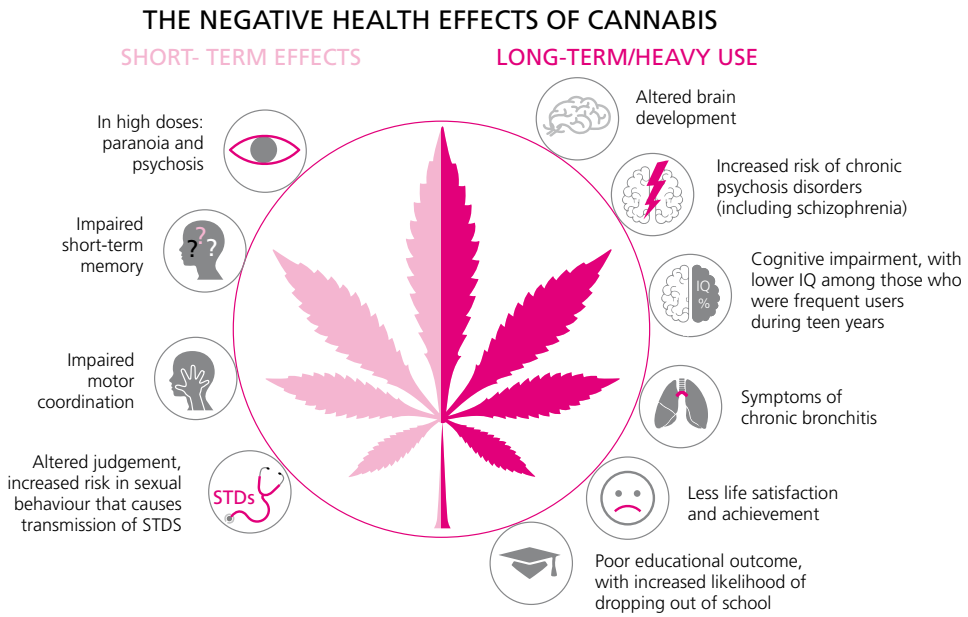
对青少年与青年吸毒行为的研究结果表明，长期吸毒与身体健康、认知功能、教育成就和心理等领域的缺陷以及社会能力和人际关

177 Candice L.Odgers等人，“为家庭养育子女提供支持缓解了5-12岁儿童反社会行为中日益扩大的社区邻里社会经济差异”，《成长与精神病理学》，第24卷，第3期(2012年)，第705-721页。

178 Fay Saecho等人，“美国第一代移民中不同群体经历的各种压力及其在接受精神健康服务方面遇到的障碍”，《社区精神健康杂志》，第48卷，第1期(2012年)，第98-106页。

179 India J.Ornelas和Krista M.Perreira，“移民行为在美国拉丁美洲移民父母抑郁症状发展中的作用”，《社会科学和医学》，第73卷，第8期(1982年)，第1169-1177页。

180 Nadine Ezard等人，“对因冲突而流离失所的人口中酗酒和使用其他毒品的六项快速评估”，《冲突与健康》，第5卷，第1期(2011年)。



Source: Nora D. Volkow and others, "Adverse health effects of marijuana use", New England Journal of Medicine, 370(23) (2014), pp. 2219 – 2227.

系的全面受损有关联。[181] 青少年吸毒者所经历的身体健康问题最为明显，包括吸毒过量、意外伤害(如汽车事故或跌倒)和企图自杀的风险增加等。一项针对因吸毒疾患而进入美国公共资助的治疗机构接受治疗的856,385名患者进行的全国性大型研究结果显示，其中28%的吸毒者患有精神共病。[182] 经常吸毒还会对神经发育产生严重后果，并影响青少年的学业成绩和认知功能，并导致其在日后的社会和就业领域的功能受损。[183]

虽然其中许多健康问题显然是吸毒行为的结果，但是其他问题，例如慢性吸毒者的认知缺陷和精神健康疾患等，可能在他们开始吸毒之前就已经出现了，但它们却经常被称之为后果。从吸毒行为的后果中厘清所涉前因是这一领域中最基本的挑战之一，这一点对预防青少年吸毒最为紧要。

然而，现已有证据表明，具有精神活性成分的毒品对青少年的影响要大于成年人，因此青少年吸毒、特别是少年儿童的吸毒行为尤其令人担心。[184] 对毒品的反应中与年龄有关的变化很可能是由于毒品对大脑系统的药理作用的差异，例如仍在发育之中的中脑边缘多巴胺系统等。这些差异可能对那些已表现出对各种毒品的敏感性出现下降的青少年有重大意义，因为这会增大他们消费更多数量和更多品种类型的毒品的倾向，从而损害其神经系统的发育。[185]

尽管有人声称长期吸毒可能会对大脑造成永久性损害，但来自人类研究的证据却是模棱两可的。[186] 造成这种不确定性的部分原因可能是为了评估吸毒对人体发育可能产生的影响而采用的相关方法。尽管如此，有关文献表明吸毒与认知缺陷之间可能存在剂量反应关系，为吸毒引发的改变提供了一定程度的支持，特别是在记忆、注意力和执行功能等

181 Robert J.Johnson和Howard B.Kaplan，"心理症状的稳定性：吸毒后果与干预过程"，《健康与社会行为杂志》，第31卷，第3期(1990年)，第277-291页。

182 Noa Krawczyk等人，"美国国家项目样本中接受戒毒治疗的患者的精神共病与完成治疗之间的联系"，《毒品和酒精依赖》，第175卷(2017年6月)，第157-163页。

183 Kim T.Mueser等人，"同时患有严重精神疾病和吸毒疾患的人的反社会人格障碍：临床表现、功能状态和家庭关系彼此相互关联"，《精神病期刊》，第4卷，第1期(2012年)，第52-62页。

184 Nicole L.Schramm-Sapyta等人，"青少年比成年人更容易沾染吸毒恶习吗？来自动物模型的证据"，《精神药理学》，第206卷，第1期(2009年)，第1-21页。

185 同上。

186 Nadia Solowij和Robert Battiti，"大麻对人类记忆的慢性影响:情况综述"，《当前药物滥用情况综述》，第1卷，第1期(2008年)，第81-98页。

方面。[187] 有关包括在青春期开始吸毒的个人在内的研究结果表明，这些吸毒者在进入成年期后持续表现出这些缺陷。据报告，这些人在10年之后认知能力出现下降，甚至在那些已经戒毒的人中也是如此，但对于那些继续使用毒品的人而言则更是如此。[188]

越来越令人担忧的是，使用多种毒品的现象非常普遍，这对预防和治疗工作构成了重大挑战。多种毒品的使用会带来更大的健康风险和负面后果，而且会减低干预措施的成效。

有害物质的使用对青少年大脑的直接影响与使用者所接触的社会和环境动态互动，最终加剧了许多功能领域产生不良结果的风险。如果在青少年时期沾染了毒品，特别是如果吸毒行为一直持续到成年时期，则失业、身体健康问题、社会关系失调、容易发生事故、自杀倾向和自杀行为、精神疾病、预期寿命降幅更大等诸多不良后果都会因此而加剧。[189, 190] 有害使用物质会影响到一个人的生活中所涉及的所有人，且会因与之相关的社会和身心健康问题的代价而对社会产生更广泛的影响。[191] 有害药物使用的累积和相互影响会进一步损害青年人的社会经济地位，并损害其子女养育的质量、其发展积极辅助性关系的能力以及维持其就业的能力；而这些反过来又会进一步强化其吸毒行为。[192]

照料者吸毒对儿童和青少年的后果

如果儿童和青少年的照顾者患有吸毒疾患，则这些儿童和青少年在其安全、身心健康以及入学准备诸方面的成长都会受到严重损害。[193, 194] 他们可以直接接触到各种危险毒品，而他们的照顾者充分监督和培养他们成长的能力却可能因吸毒疾患而受到损害。那些受其父母有害使用药物影响的儿童会表现出更高程度的外化症状，如注意力缺陷多动障碍或反社会人格障碍，以及诸如抑郁症、焦虑症或创伤后应激障碍等内化症状——这些正是不良成长轨迹的各种关键风险因素。[195] 当其青春期临近时，这些接触到其照料者有害使用药物的儿童会更经常地表现出他们自己会更早地沾染毒品、[196, 197] 更早地开始酗酒、[198] 更多地暴饮暴食，[199] 而且更有很大可能在比其同龄人年纪更轻的年纪罹患各种吸毒疾患。[200] 实际上，如果儿童接触到其照料者有害使用药物，则这些儿童按部就班地实现其各项重大成长里程目标的能力便会处于危险之中。他们遭遇学术失败、严重的行为和精神健康问题、犯罪和无法加入劳动力队伍的风险也会因此而大幅增加。[201, 202, 203]

在某种程度上，父母有害使用药物与儿童沾

187 Thomas Lundqvist，“吸食大麻的认知后果：在注意力、记忆和执行功能诸方面与兴奋剂和海洛因滥用情况的比较”，《药理学生物化学与行为》，第81卷，第2期(2005年)，第319-330页。

188 Karel L.Hanson等人，“青少年酗酒和吸毒对年轻成年期神经心理功能的影响: 为期10年的调查结果”，《儿童和青少年吸毒问题杂志》，第20卷，第2期(2011年)，第135-154页。

189 Dieter Henkel，“失业与吸毒：文献回顾(1990-2010年)”，《当前药物滥用情况综述》，第4卷，第1期(2011年)，第4-27页。

190 卫生组织，“世界青少年的健康：第二个十年中的第二次机会”。可查阅：http://apps.who.int/adolescent/second-decade 。

191 Steve Sussman，Silvana Skara和Susan L.Ames，“青少年中的吸毒行为”，《吸毒与药物滥用》，第43卷，第12和13期(2008年)，第1802-1828页。

192 “共病：成瘾和其他精神疾病”。

193 Sonja Bruning等人，“针对来自受吸毒影响家庭的儿童的某些预防方案：全面的系统性审查”，《吸毒的治疗、预防和政策》，第7卷，第23期(2012年)

194 儿童司法中心，“宾夕法尼亚州的海洛因和类阿片‘流行病’危及幼儿期儿童”，2016年儿童司法和宣传报告。可查阅：www.c4cj.org 。

195 Ricardo Velleman 和 Lorna Templeton，“了解和修改父母滥用药物对儿童产生的影响”，《精神病治疗的进展》，第13卷，第2期(2007年)，第79-89页。

196 Geary S. Alford，Ernest N.Jouriles和Sara C. Jackson，“酗酒者的酗酒后代和非酗酒者的酗酒后代饮酒行为发展的异同”，《成瘾行为》，第16卷，第5期(1991年)，第341-347页。

197 Emily F. Rothman等人，“儿童逆境经历预计较早的饮酒年龄：针对美国目前或之前的饮酒者具有代表性的选样调查结果”，《小儿科》，第122卷，第2期(2008年)，第298-304页。

198 Thomas McKenna和Roy Pickens，“嗜酒者的酗酒孩子”，《酒精和毒品研究杂志》，第42卷，第11期(1981年)，第1021-1029页。

199 Elissa R.Weitzman和Henry Wechsler，“酗酒者孩子的酗酒、滥用及相关问题:全国大学生饮酒情况调查的结果”，《神经和精神疾病杂志》，第188卷，第3期(2000年)，第148-154页。

200 Andrea Hussong, Daniel Bauer 和 Laurie Chassin，“酗酒父母的孩子因酒精引发的疾患的伸缩轨迹”，《异常心理学杂志》，第117卷，第3期(2008年)，第63-78页。

201 Dennis C.Daley，“吸毒疾患及其治疗所涉家庭和社会层面问题”《食品与毒品分析杂志》，第21卷，第4期(2013年)，第S73-S76页。

202 Jeanne Whalen，“类阿片危机下的儿童”，《华尔街日报》，2006年12月15日更新。

203 Chris Elkin，"生来注定吸毒：克服家庭吸毒成瘾的历史"，2016年2月10日。可查阅：www.drugrehab.com 。

染毒品结果之间的关系是由父母忽视造成的；[204] 这种忽视致使发展轨迹向这些结果偏移。此方面的风险是通过忽视和养育不善的直接影响以及普遍存在的生活环境传播的，诸如得不到支持的人际关系和混乱无序的家庭等。

另一个相互关联的因素是患有吸毒疾患的人同时罹患心理健康疾患，这进一步妨碍了照顾者充分发挥作为父母的养育作用和为健康儿童成长提供支持的能力。[205, 206] 事实一再证明，此类情形强烈预示了那些受到影响的个人的子女在其青春期也会染上吸毒恶习。[207, 208]

致使这一问题更趋复杂的是，其照料者患有吸毒疾患的儿童普遍遭受虐待、贫穷、社区暴力和住房条件不合格的影响，尽管这种情况并不普遍。[209] 接触此类状况所造成的心理创伤与吸毒疾患对儿童的身体健康造成的伤害一样严重。儿童遇到的最常见和最长期的与成瘾有关的心理和行为健康问题包括：创伤后应激障碍、抑郁、焦虑、以及诸如攻击性行为、有害使用药物和许多其他不适应反应等外化行为。

父母有害使用药物的另一个共同特点是产前接触毒品；据认为这是一种直接和中介机制。产前和出生后早期接触香烟烟雾业经证明增加了儿童吸烟的倾向和变得对尼古丁有依赖性，并表现出诸如行为问题(如具有攻击性等)等外化行为、以及诸如抑郁症和焦虑症等外化症状。[210, 211] 产前接触毒品和酒精与随后的各种儿童和青少年行为问题有关，包括最终沾染吸毒和有害使用药物的恶习。[212, 213] 由孕妇使用的（各种）毒品的特性所引发的儿神经系统自我调节、奖励和动机的改变，似乎正是产前接触毒品对儿童所产生的影响。此类产前接触毒品和有害药物的行为对心理健康和行为的影响将趋于进一步加剧任何先前存在的对吸毒和罹患各种吸毒疾患的易感性。

了解引发吸毒的不同途径及其对预防工作和政策的影响

众所周知，童年经历逆境的人成年后更有可能患上吸毒疾患。[214] 那些目前认为所有个人同样容易沾染毒品和有害使用药物的误解忽略了科学证据：这些证据一直显示出不同个人具有不同倾向。这些普遍的信念阻碍了采用有效和有针对性的解决方案的努力。影响一个人在其生命过程中是否会因吸毒而产生严重问题的多种条件是可变的，而且在许多情况下更是可以预防的。人们可以加强保护条件，同时削弱甚至预防那些有害因素。

青少年与毒品供应链

青少年不仅会受到毒品使用的影响，还会受到非法作物种植、毒品生产和毒品贩运的影响。接触这些不同的活动对青少年和他们的未来前景有着同样长期的影响。本小节将针对其中一些活动展开讨论。

关于青少年参与毒品供应链的信息有限，而且在大多数情况下，仅限于媒体报道。因此，除了其他报道之外，媒体信息来源被用来凸显有关青少年的问题，而不是纯粹来自研究工作的证据。

204 Marija G.Dunn等人，“吸毒家庭忽视儿童的起源及其后果”，《临床心理学评论》，第22卷，第7期(2002年)，第1063-1090页。

205 Kimberlie Dean等人，“有父母精神疾患史的后代中全光谱精神病学后果”，《普通精神病学档案》，第67卷，第8期(2010年)，第822-829页。

206 Kathleen R. Merikangas，Lisa C. Dierker和Peter Szatmari，“父母滥用药物和（或）患有焦虑症的子女的精神病理学：一项关于高风险的研究”，《儿童心理学和精神病学杂志》，第39卷，第5期(2003年)，第711-720页。

207 S.N.Madu和M.P.Matla，“南非青少年中感知的家庭环境因素与吸毒行为之间的相关性”，《心理学报告》，第92卷，第2期(2003年)，第403-415页。

208 D.de Micheli 和 M.L.Formigoni，“首次吸毒的原因和家庭情形能否用来预测未来的吸毒模式？”，《成瘾行为》，第27卷，第1期(2002年)，第87-100页。

209 儿童福利信息网关，“父母吸毒与儿童福利制度”，“专业人员系列公报”(2014年10月)。可查阅：www.childwelfare.gov 。

210 Marie D. Cornelius等人，“产前吸烟对青少年母亲14岁子女行为失调的长期影响”，《母婴健康杂志》，第16卷，第3期(2012年)，第694-705页。

211 Brian J.Piper和Selena M.Corbett，“怀孕期间吸烟妇女后代的执行功能简介”，《尼古丁和烟草研究》，第14卷，第2期(2012年)，第191-199页。

212 Jennifer A.DiNieri等人，“母体使用大麻改变后代腹侧纹状体多巴胺D2基因调控”，《生物精神病学》，第70卷，第8期(2011年)，第763-769页。

213 Thitinart Sithisarn，Don T. Grangerand和Henrietta S. Bada，“产前吸毒的后果”，《国际青少年医学与健康杂志》，第24卷，第2期(2011年)，第105-112页。

214 Diana H.Fishbein和Ty A.Rdenour，“推进跨学科转化，预防高危行为：特刊导论”，《预防科学》，第14卷，第3期(2013年)，第201-215页。

非法作物种植和毒品制造

罂粟种植

阿富汗目前仍然是世界上最大的鸦片生产国，塔利班等叛乱团体通过对其控制地区的毒品进行征税，创造了可观的收入。[215] 有媒体报道说，目睹这一有利可图生意的独立青年农民也试图从这一“有利可图的贸易”中分一杯羹。[216] 年仅6岁的男孩就已开始在地里干活，收获罂粟和收集将用于生产海洛因的鸦片。据报告，一些农民由于无法偿还为种植鸦片而获得的贷款，转而选择包办童婚。在此种情况下，家庭表示愿意作为偿还办法出嫁他们的女儿，通常是与年长男子结婚，或将她们嫁到远离其熟悉的成长环境的陌生地区——家庭这样做有时甚至仅仅是因为他们没有能力再为她们提供经济支持。[217]

根据缅甸劳动、移民和人口部的统计数字，该国大约有130万14岁以下的儿童被认为是童工。[218] 据报道，童工的一些职业包括毒品生产和贩运。对这些儿童的教育可能会产生连锁反应，因为父母通常认为基本的识字和算术水平就足够了。[219]

过去十年间，墨西哥的贩毒组织和有组织犯罪集团不仅迫使土著居民从其居住的土地上流离失所，而且也迫使他们从其社区联系网络、中流离失所。[220] 许多报告指出，某些地区的儿童和青少年遭到绑架，被迫从事有组织犯罪集团的罂粟种植、生产和贩运活动。[221, 222, 223]

古柯树种植

在哥伦比亚，那些居住在古柯种植地区受武装冲突影响的地方的6至13岁少年儿童经常被用作田间劳动力。2010年代初，据估计哥伦比亚非法武装团体中约有18,000名少年儿童；由这些团体直接控制的非法经济部门中至少有100,000名少年儿童。[224] 这些年轻人大多在12岁之前被招募；他们受贫困影响，来自受暴力影响的地区。这些少年儿童中有一些是在古柯收获和古柯糊销售中与父母一起长大的。[225]

在多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁，大量被称作“松鼠”的青少年工人负责古柯叶的采集。安第斯地区的年轻人，其中许多是土著人，离开家庭和社区去寻找食物、衣服、交通和娱乐。收集古柯叶的工资大大高于农业工作的平均工资。他们中的许多人是无地农民的子女，缺乏教育和机会，而这些教育和机会通常会使他们获得更大的稳定性和社会经济发展。这些年轻人是古柯农基工业系统形成的链条中最薄弱的一环。鉴于青少年不太可能被追究犯罪责任，因此他们越来越多地开始从事诸如购买和运输古柯糊等高危工作。[226, 227]

大麻农场

关于青少年参与大麻种植的研究有限，而且主要集中在少数西方国家。鉴于大麻几乎在每个国家都有种植，这一证据可能掩盖了不同的全球格局。在加拿大、爱尔兰和联合王国，大麻种植业务(称为种植业务)的数量在过去几年中大幅增加。[228, 229, 230] 媒体报道说，英国的年轻人大多来自亚洲国家，被招募为经营这些农场的犯罪组织工作。[231] 他们经常被单独关起来，被迫在经过改造的房子里照料大麻植物，通常是在极端危险的条件下。所提到的各种风险包括：危险设备造成的伤害甚至死亡、火灾、霉菌引起的呼吸系统疾

215 美国国务院，“2017年国际麻醉品管制战略报告”，第一卷，《毒品和化学管制》，(2017年3月，华盛顿特区)，第90-91页。

216 Franz J. Marty，“阿富汗的鸦片贸易：诈骗犯的自由市场”，《外交官》，2017年7月19日。

217 Fariba Nawa，《鸦片民族：童婚、毒枭和一名妇女穿越阿富汗之旅》，(2001年，纽约，哈珀常青图书出版社)。

218 Hoogan，“年纪太小，尚无法在地里干活”。

219 同上。

220 Alejandra S.Inzunza和Jos é Luis Pardo，“贩毒组织正在迫使已在这个墨西哥州生活了几个世纪的土著群体流离失所”，“Vice新闻”，2016年5月20日。

221 《儿童权利公约》，《关于墨西哥第四次和第五次合并定期报告的结论性意见》，CRC/C/Mex/CO/4.5。

222 墨西哥，2013年4月25日星期四，《议会公报》，第十六年，第3757-九号。

223 美洲人权委员会，《墨西哥的人权状况》，美洲国家组织，2015年12月。

224 Natalia Springer，“作为群狼之间的羔羊:哥伦比亚武装冲突和犯罪中使用和招募儿童和青少年”（2012年，波哥大, 斯普林格咨询服务公司)

225 同上。

226 青年、古柯和罂粟：关于非法作物地区社会文化转型的研究报告（1999年，波哥大，沙威里亚纳大学），第20页。

227 哥伦比亚，2003年12月30日关于非法作物替代的全国综合方案，2017年5月29日第896号法令。

228 Sue Reed，“在英国大麻工厂工作的越南儿童奴隶”，《每日邮报》，2017年12月17日。

229 爱尔兰移民权利中心，“为大麻生产贩运强迫劳动力：爱尔兰案例”(2015年，都柏林)。

230 Susan C.Boyd和Connie I.Carter，《烈性大麻：大麻种植、媒体和司法》(2014年，加拿大多伦多，多伦多大学出版社)，第167-180页。

231 Reed，“在英国大麻工厂工作的越南儿童奴隶”。.

病、电击和盗窃引起的暴力，以及经营大麻种植业务的贩毒团伙之间的地盘争斗。

媒体还报道说，移民在进入联合王国时通常无意种植大麻。然而，商业大麻种植显然是移民偿还贷款人巨额债务的选择——这些贷款人威胁着他们留在本国的家庭。[232] 当大麻农场遭到突袭时，这些青年工人可能会因他们可能被迫犯下的罪行而被起诉、定罪并最终被监禁，而他们的贩运者却可能会逃避法律制裁。[233]

合成毒品的制作

欧洲仍然是合成毒品如二氧基甲基苯丙胺、苯丙胺和甲基苯丙胺（数量相对略少一些）等最具活力的市场；该区域的有组织犯罪集团也参与了这些毒品的制作。[234] 欧洲区域的犯罪集团在国内经营的实验室数量在过去十年中有所增加，尤其是在捷克生产甲基苯丙胺和在荷兰生产甲基苯丙胺。[235] 亚洲的犯罪集团则利用相关国家执法机构对毒品制作进行管制的能力有限的空档制作此类毒品，致使当地社区面临非法毒品工业的威胁。这些社区中的儿童和青少年不可避免地卷入毒品的生产和供应链中。[236]

美国2016年捣毁的大部分国内实验室都是小容量的秘密生产实验室，被称为“一罐加工点”，或被称为“奶昔和烤饼”的制作作坊。它们可在任何地方搭建起来：私人住宅、汽车旅馆和旅馆房间、拖车、露营地和商业场所等。[237] 居住在这些加工点、造访这些场所或在毒品制作期间在场的儿童可能会面临严重的健康和安全风险。[238] 幼儿与其年龄有关的各种行为，例如手与口的频繁接触以及与其所在环境的身体接触等，都会增加他们吸入、吸收或摄入有毒化学品、毒品或受污染食品的可能性。[239]

在澳大利亚，结晶甲基苯丙胺是由那些与主要有组织犯罪集团合作的当地摩托车团伙制造和分销的。这些群体往往招募年龄在11-15岁之间的少年儿童在乡村城镇地区制作此种毒品并针对潜在的年轻使用者销售。[240] 2006年-2010年期间，新西兰警方在199个实验室中发现了384名儿童，其中19个实验室的人因疏忽或滥用行为而被定罪。在这些案件中，毒品用具被储存在儿童午餐盒和饮料瓶中。[241] 根据国家毒品情报局的相关数据，自2012年以来，在新西兰甲基苯丙胺实验室中发现的平均年龄为6岁的未成年人人数有所增加。[242]

毒品贩运链中的青少年

有时青少年的出生地及其社会经济环境决定了他们在犯罪组织内部的沉浮。除了被剥削利用之外，青年人可能参与毒品交易和贩运的原因有几个。一种情况是，他们将之视作一项有前途的赚钱措施，或将之作为其家庭既定经济活动的一部分。另外的情况是，据认为社会经济地位低下促使年轻人甘冒更大的毒品交易风险，以便在机会有限的环境中生存下来。[243] 美国的大多数研究结果确定，参与毒品交易者是寻求经济利益以补充微薄工资的一种手段。青年人参与非法毒品贸易的目的还包括这使他们更容易获得毒品，或因为其父母吸毒或从事毒品交易。携带或使用枪支也被确定为可能导致青少年从事毒品交易的一个变量。[244] 虽然各国对未成年人和少年的定义不同，但与成年人相比较，未成年人和少年受到的法律、起诉和刑事处罚力度要宽大得多，包括涉及毒品犯罪的处罚；这使得有组织犯罪集团能够方便地利用青少年在毒品供应链中承担各种任务。

232 Amelia Gentleman，“被贩运和被奴役：照料英国大麻农场的少年儿童”，《卫报》，2017年3月25日。

233 “为大麻生产贩运强迫劳动力”。

234 欧洲联盟执法合作局，“商业基本法则：非法毒品如何用来在欧盟维持有组织犯罪”(2017年)。

235 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“2017年欧洲毒品问题报告：趋势和动态”(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

236 Fifa Rahman 和 Nick Crofts, 编辑，“东亚和东南亚毒品法律改革”(2013年，联合王国普利茅斯，列克星敦图书出版公司)，第157-159页。

237 美国司法部缉毒署，《2017年国家毒品威胁评估》(2017年，华盛顿特区)。

238 同上。

239 Karen Swetlow，“隐秘的甲基苯丙胺实验室中的儿童：帮助最年轻的冰毒受害者”，受害者办公室公报，2003年6月(美国司法部，司法方案办公室，犯罪受害者办公室)。

240 Caro Melmou-Hanna，“水晶冰毒：前毒品实验室制作师，11岁时被招入非法摩托车团伙，在农村城镇推兜销毒品”，《四面八方杂志》，2014年10月20日。

241 “在冰毒实验室中长大的儿童”，《新西兰先驱报》，2013年6月2日。

242 新西兰警察协会，“冰毒儿童”，(2013年)，第46卷，第2期，可查阅：https://www.policeassn.org.nz/newsroom/publications/featured-articles/meth-kids。

243 Leah J. Floyd等人，“青少年毒品交易与种族/族裔：关于吸毒行为对参与毒品贸易的不同影响的基于人口的研究”，《美国毒品和酒精滥用杂志》，第36卷，第2期(2010年)，第87-91页。

244 Tatiana Starr Daniels，“是什么影响了一些黑人男性在其青春期从事毒品贩运活动”，《麦克纳尔学者杂志》，第13卷(2012年，萨克拉门托，加利福尼亚州立大学)，第21-39页。

非暴力或暴力程度较低的本地市场毒品交易

在许多地方，地方一级的毒品交易往往发生在暴力程度较低或非暴力的情况下。例如，在爱沙尼亚，儿童参与毒品交易的最普遍原因包括：密友和同龄伙伴的影响、致富的愿望、缺乏替代收入和对免费毒品的需求等。[245] 在联合王国，因涉嫌供应“快克”可卡因、海洛因或可卡因而被捕的16岁以下少年儿童人数近年来一直在增加。[246] 贩毒者认为少年儿童是廉价的、消耗性的、易于控制的，甚至往往能够在警察的监视下运作。有证据表明，那些不一定与涉黑帮派有关联的称作“郡线贩毒”的非正式团伙从联合王国的一个城市中心向本地市场供应毒品。[247] 这种现象包括强迫招募年轻人，其中许多人年龄在13岁至18岁之间，他们可能积累了毒品债务。大多数此类新手被安排在偏远地区从事街头兜售或跑腿活动，或负责安排住宿、租车或预订火车票等杂项活计。通过这种方式，这类团伙利用少年儿童或弱势群体来储存或供应毒品，转移现金收益，并确保居所的使用。这些团伙的头目或被他们剥削和驱使的个人定期往返于城市中心和郡级市场之间，以补充毒品库存和交付现金。

受害者可能不愿继续为这些“郡线贩毒团伙”工作，但他们又害怕自责或遭到报复。他们受到不同程度的剥削和利用，包括身体、精神和性方面的伤害，此种伤害有时是长期的。一些易受伤害的人还被贩运到偏远市场干活，而另一些人的住家房舍则被这些团伙武力或胁迫接管(这一暴力掠夺他人家园的行径被称作“鹊巢鸠占”过程)。许多儿童也被能获得丰厚收入和宝贵资产的承诺所引诱。据报道，还发现有贩毒团伙利用社交媒体招募成员的情况，而年轻妇女往往参与招募其他可能易受伤害和处于危机中的年轻妇女。[248]

暴力充斥的本地市场毒品交易

在暴力盛行的地方，毒品市场可能直接伤害到所有与毒品交易有关的人员和行为者，包括年轻人。[249]

在巴西，那些在毒品供应网络中讨生活的青少年和青年经常设法寻求刺激和与当地涉黑团伙或帮派认同的手段。他们同时还想消费他们出售或贩运的那些非法药物。政府官员们往往将因缺乏财政资源或脆弱的家庭结构而加剧的结构性因素归咎于儿童对帮派和贩毒的吸引力。[250]

有组织犯罪集团和黑帮团伙更愿意招募少年儿童和青年从事毒品贩运，原因有二。其一是这个年龄段的人固有的鲁莽和不顾后果——即使他们面对的是警察或敌对团伙；其二是他们愿意服从命令。加入帮派的归属感和得到其成员高度评价的愿望给孩子们的头脑中灌输了服从的感觉以及服从帮派命令和规则的强烈意愿。[251] 在阿根廷，贫困地区的毒品销售是通过一种称作“零售摊”的方法进行的。其操作方式是从地堡(一种没有窗户的小型建筑)中分发毒品；地堡中的销售员通常是一名帮派成员担任，一般是一名青少年，甚至是一名儿童。在大多数情况下，由一名从当地毒贩处领取报酬的武装士兵(警卫)负责守卫着这片地区。[252]

国际市场

参与国际市场非法毒品交易的青少年往往是大型有组织犯罪集团的一部分。这些犯罪集团以不同方式利用青年人跨境走私毒品。在美国，黑帮团伙的目标是能够合法跨越国际边界的青少年；[253] 而在秘鲁，背包奴(背包客)携带非法可卡因货物前往秘密藏匿点。[254] 贩毒团伙头目通常利用儿童在边界管制点或边境检查站为他们放哨望风。

在美国与墨西哥之间的边境地区，许多青少年参与贩毒，充当所谓的“毒骡”，运送毒品越过边境。贩运集团的目标是能够合法跨越境的青少年，因为他们是美国公民，可能住在蒂华纳，在美国上学，或者持有过境卡。2013年共有118名年轻人因通过圣地亚哥

245 Nelli Kalikova，Aljona Kurbatova和Ave Talu，《爱沙尼亚参与吸毒和毒品贩运的儿童和青少年：快速评估》，(2002年，日内瓦，国际劳工组织，国际消除童工方案)。

246 Adam Lu her，“贩毒团伙招募年龄最低者仅为12岁的儿童作为A货毒品交易者”，《独立报》，2017年7月14日。

247 联合王国国家打击犯罪署，“2017年郡级暴力、剥削和毒品供应情况：国家简要报告”(2017年11月)。

248 同上。

249 Thomas Babor等人，《毒品政策与公益》(2010年，牛津，牛津大学出版社)。

250 Jailson de Souza e Silva 和 Andr é Urani，《毒品贩运中的巴西儿童：快速评估》，“调查最恶劣形式的童工”，第20期(2002年，日内瓦，国际劳工组织)。

251 同上。

252 Mauro Testa和Ross Eventon，“阿根廷罗萨里奥的弱势青年与毒品贩运：污名化与社会控制之间”(2016年2月，联合王国斯旺西，斯旺西大学，全球毒品政策观察站)。

253 Greg Moran，“已取得一些进展，但美国与墨西哥边境的青少年毒品走私活动仍然存在”，《洛杉矶时报》，2016年6月20日。

254 “审视儿童在秘鲁可卡因生产中的作用”，由AJ于2015年5月7日在油管视频网站上发表。

边关走私大麻、甲基苯丙胺、海洛因和可卡因而被捕。到2015年时，这方面的数字已下降到70。之所以出现这种下降可能归因于几个因素，包括更严格的边境安全等，但这些数字只反映了那些被抓住的人而已，而不是那些成功越过边境的人。[255, 256]

世界上大多数地区都存在着青少年越界走私毒品的现象。在秘鲁，媒体消息来源指出，青少年帮助将可卡因从三条河流——阿普利马克河、埃尼河和曼塔罗河——运送到秘密藏匿地点或秘密简易机场，再从那里通过其他途径向别处转运毒品。儿童和青少年是可卡因谷的主要劳工，背包客或称背包奴要穿越崇山峻岭步行100多英里，以避开警察检查站和敌对武装团伙。[257] 虽然背运旅程漫长而危险，但其报酬颇为可观，每趟运送旅程可挣约2,000美元。[258] 据报道，这些背包奴（背包客）组织良好，随时准备应对来自敌对帮派团伙或来自警方的袭击和盘查。

据媒体消息来源称，过去五年来，在老挝人民民主共和国-越南边境从事毒品贩运的少数民族青少年人数也有所增加。[259] 据称2017年间每天约有20名年轻人跨境走私毒品。[260]

近几十年来，西非已成为毒品贩运的主要过境点。据媒体来源称，这种情况也增加了对该地区青年人的剥削和利用程度。[261] 媒体消息来源报告说，2016年间共有158名尼日利亚青年因毒品犯罪分别在中国、印度尼西亚、马来西亚和新加坡等待处决。有些人自称是大学生，实际上与毒贩串通，破坏签证制度，并通过不同贩毒路线进入马来西亚、印度尼西亚、泰国或其他国家。[262]

255 Moran，“已取得一些进展，但美国与墨西哥边境的青少年毒品走私活动仍然存在”。

256 “墨西哥贩毒集团利用更多儿童充当‘毒骡’”，《哥伦比亚广播公司新闻》于2012年3月14日报道。

257 “审视秘鲁儿童在可卡因生产中的作用”。

258 Linda Presley，“出没在安第斯崇山峻岭中的高风险背包奴——年轻背包客以其生命作赌注穿行在可卡因谷”，《英国广播公司新闻》于2015年11月24日报道。

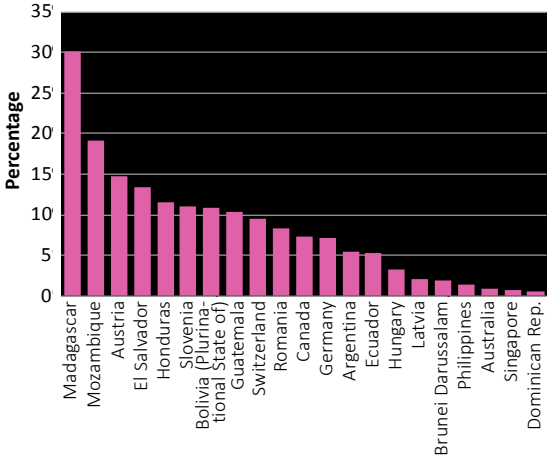
259 “在越南-老挝边境贩运毒品的青少年人数成倍增加”，《越南之声》于2017年10月27日报道。

260 同上。

261 “非洲的麻醉品：一个新兴的毒品市场”，《经济学家》(内罗毕)，2016年4月14日。

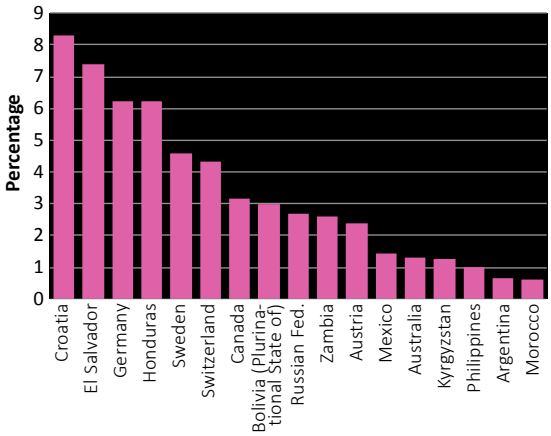
262 Ismael Mudashir，“毒品贩运：158名尼日利亚人在中国和马来西亚等待被处决”，《每日信托报》，2016年3月1日。

FIG. 10 Proportion of people arrested or cautioned for drug possession in 2015 who were under 18, selected countries



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

FIG. 11 Proportion of people arrested or cautioned for serious drug offences in 2015 who were under 18, selected countries



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

儿童和街头帮派成员在毒品贩运中扮演何种角色？

与毒品有关的暴力、街头帮派活动、以及毒品交易中有组织犯罪集团对儿童的剥削利用，是世界各地毒品政策的一些主要关注问题。根据40多个国家的相关数据，2015年因持有毒品而被逮捕或被警告的人中约有3%年龄在18岁以下。[263, 264] 对于销售毒品等较为严重的毒品犯罪，只有1%的被捕者或被起诉者是儿童。在全球范围内，儿童约占全球总人口的三分之

263 根据《联合国儿童权利公约》，成年期从18岁开始。

264 联合国，《条约汇编》，第1577卷，第27531号。

街头帮派与毒品贩运

据称，街头帮派成员，特别是像玛拉·塞尔瓦特鲁哈这样的“超级帮派”成员，参与了国际贩毒活动。当然，个别帮派成员可能会成为毒贩，他们在帮派活动中获得的技能可能会对他们的新职业有用。但同时也有几个理由表明国际贩毒并非是街头帮派本身的主要活动，而且也表明街头帮派在促进国际毒品流动方面并非十分重要。

街头帮派的地盘观念经常被认为是这些帮派的一个决定性特征。守护帮派领地不仅需要花费时间和精力，而且在其控制下的领地往往位于贫民窟地区，通常与贩毒相关的运输走廊相距甚远。在萨尔瓦多帮派调查中，大多数受访者都是在贫困社区长大，16岁前辍学；许多是逃离者。由于缺乏基础教育和资源，他们不太可能在国际毒品市场上与复杂的大型贩毒集团竞争。此外，当被问及贩毒集团在他们国家的性质时，北三角诸国的执法机构都没有提到街头帮派。

资料来源: Max G . Manwaring，《街头帮派：新的城市叛乱者》(宾夕法尼亚州卡莱尔市，美国陆军战争学院战略研究所，2005年3月)；John P. Sullivan，“跨国帮派：中美洲第三代帮派的影响”，《航空航天动力杂志》，第二季度(2008年)。美国司法部所使用的定义，可查阅：www.justice.gov/criminal-ocgs/about-violent-gangs

一，[265]因此，与成年人相比，儿童因毒品犯罪而被逮捕或被起诉的可能性要小得多。

尽管如此，这一比例仍表明，2015年因持有毒品而被捕的儿童近70,000人；因严重毒品犯罪而被捕的儿童人数高达17,000多名。各国因毒品犯罪被捕的儿童人数比例彼此差别很大。总的来说，儿童在因持有毒品而被捕的人中所占比例要大于因严重涉毒犯罪而被捕的人。一些国家报告说，因持有毒品而被捕的人中有10%以上是儿童，但大多数国家则报告说，18岁以下的贩毒者人数不到5%。

儿童可通过有组织的集团，例如街头黑帮等，参与毒品市场。《国际犯罪统计分类》将帮派定义为“具有一整套行为和活动特征的多人团体，此类特征包括：时间上的持久性、混迹街道的生活方式、成员构成上的年轻化、参与非法活动和团伙身份认同”。[266] “在此方面，上述定义中的“年轻化”应灵活理解，因为许多研究表明，大多数街头黑帮成员似乎都是成年人。[267] 然而，有充分的档案证据表明，街头帮派成员很多是少年儿童，他们参与了毒品零售贩卖活动。

从20世纪80年代末到90年代中期，街头黑帮团伙，诸如“瘸子帮”和“铁血帮”等，因在美国部分地区销售“快克”可卡因而声名狼藉。针对1989-1991年期间在洛杉矶两个郊区因出售可卡因而被捕的1,500多人进行的一项研究结果发现，其中27%的人为帮派成员。[268] 据1996年美国全国青年帮派情况调查估计，该国所有街头毒品销售中有43%涉及帮派成员。[269] 自那时以来，“快克”可卡因的使用和洛杉矶贩毒团伙成员的人数都急剧减少。[270]

如今，最臭名昭著的街头帮派出现在拉丁美洲，尤其是中美洲北部三角的马拉犯罪团伙。在洪都拉斯和萨尔瓦多，儿童在因严重毒品犯罪被捕的人中所占比例相对较高(分别为6%和7%)。[271] 针对萨尔瓦多1,000多名帮派成员的调查中，超过70%的受访者表示，他们每月收入不到250美元。他们的主要收入来源似乎都是靠敲诈勒索，[272] 因此他们在毒品经济中的作用似乎微不足道。[273]

265 联合国，经济和社会事务部，人口司，《2017年世界人口展望》。可查阅：https://esa.un.org/unpd/wpp 。

266 毒品和犯罪问题办公室，《国际犯罪统计分类》，1.0版(2015年3月)，第98页。

267 例如，美国全国青年帮派情况调查结果表明，三分之二以上的城市街头帮派成员是成年人。参见国家帮派问题中心，全国青年帮派情况调查分析，人口统计：帮派成员年龄。可查阅：www.nationalgangcenter.gov/Survey-Analysis/Demographics#anchorage 。针对特立尼达和多巴哥街头帮派的研究发现，其87%的成员是成年人。见Charles Katz和David Choate，“诊断特立尼达和多巴哥的帮派问题”，在美国犯罪学会年会上提交的会议论文，2010年，洛杉矶，加利福尼亚州。最近对萨尔瓦多帮派成员进行的一项调查结果发现，其平均年龄为25岁。见Jos é Miguel Cruz等人，《街头帮派的新面孔：萨尔瓦多的帮派现象》(2017年)。

268 Cheryl L. Maxson，“两个郊区城市的街头帮派与毒品销售”，国家司法研究所“简编系列”(1995年7月，华盛顿特区)。

269 少年司法和预防犯罪办公室，《1996年全国青年帮派情况调查》(1999年7月，华盛顿特区)。

270 根据洛杉矶警察局在线数据，该市街头帮派成员的人数已从1997年的64,000多人减少到2005年的39,000人。美国“铁杆”可卡因使用者的人数也从1988年的约110万人下降到了2000年的44.5万人(William Rhodes等人，《1988-1998年美国吸毒者在非法药物上的开销》)(2000年，华盛顿特区，国家药物管制政策办公室)。

271 毒品和犯罪问题办公室，对年度报告调查问卷作出的回复。

272 国际危机组织，“穷人黑手党:中美洲的帮派暴力和敲诈勒索”，2017年4月6日拉丁美洲第62号报告(2017年，布鲁塞尔)。

273 Cruz等人，《街头帮派的新面孔》。

C. 毒品与老年人

老年人吸毒问题长期以来一直是一个研究不足的领域，其重要性直到最近才得到承认。全球人口结构的变化表明，在世界所有区域，老年人的人数和比例都有所增加。本节简要探讨了与老年人吸毒有关的一些关注问题，并举例说明这一群体吸毒的具体问题及其对健康的影响。

老年人中吸毒人数的变化

一些国家的证据表明，老年人中吸毒人数的增长速度虽然从较低的流行率开始，但在过去十年中一直在以比年轻年龄组更快的速度不断增加。

例如，美国关于过去一年使用任何毒品的数据表明，1996-2016年期间，12-17岁人群中的吸毒流行率几乎没有任何变化，但50岁及以上群体[274]的吸毒率在这一期间则从1.3%上升到了9.8%，增长率高达七倍以上。[275] 就年龄较大的吸毒者人数而言，由于50岁及以上人口的增加，这一增长显得更为惊人。过去一年间美国50岁及以上的吸毒者总人数从1996年的90万人增加到了2016年的1,080万人，增长幅度为12倍。

2006-2016年期间，50岁及50岁以上群体的吸毒总人数增幅尤为显著，共增加了两倍，从360万增至1,080万，50岁及50岁以上群体的吸毒年流行率增加了一倍以上，从4.1%增至9.8%。就60岁及以上群体而言，流行率的增长则更为显著，在过去十年中几乎增加了四倍，而在60-64岁的人中，每年吸毒的总人数则翻了两番，而在65岁及以上的人群中更大幅增加了六倍以上。

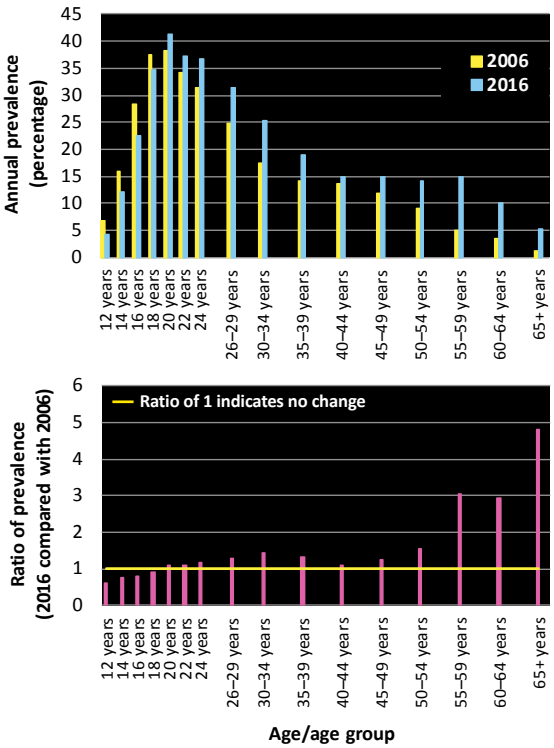
2006-2015年期间，德国40岁及40以上群体上一年使用任何毒品的人数比较年轻的年龄组增幅更大。而在同一时期内，18-24岁年龄段的吸毒人数只是略有增加(22%)。

在西欧一些人口最稠密的国家，55-64岁人群中吸食大麻的情况也在不断增加。法国、德国、意大利、西班牙和联合王国的年度流行率数据表明，该年龄组中吸食大麻的增长速度高于任何其他年龄组。在这些国家，在

274 50岁及以上群体是1996年美国全国住户调查中年龄最长的年龄组。

275 美国行为健康统计和质量中心，2016年全国吸毒与健康情况调查：详细列表(2017年及之前的年份，马里兰州罗克维尔，药物滥用和精神卫生服务管理局)。

FIG. 12 Annual prevalence of drug use and changes in the United States of America, by age, 2006 and 2016



Source: United States, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016 and previous years).

谁是吸毒问题范畴内的“老年人”？

在究竟何者应是“年龄较大”的吸毒者问题上，并没有一个惯常采用的较低年龄界限来进行分类。相关的截止年龄在不同的研究中彼此差别很大，有的甚至低到自35岁算起。[a] 然而，从更为普遍的情况看，欧洲国家的研究采用40岁作为下限，而美利坚合众国的一些研究中则将50岁定为这一年龄组的最低下限。[b]

鉴于目前缺乏国际公认的“老年吸毒者”定义，本节所提供的老年群体信息均为现有可得信息，并尽可能针对所掌握的统计数据提供全面的年龄组细分。

[a] April Shaw，《严重吸毒成瘾者与护理结构：苏格兰和格拉斯哥报告》(2009年3月，格拉斯哥，苏格兰毒品问题论坛)。

[b] 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2010年选刊：老年吸毒者的治疗和护理》(2010年，卢森堡)。

关于老年吸毒者的研究有限

老年人吸毒问题是一个研究不足的领域，其重要性一直到最近才获得承认。[a, b] 应当指出，大多数老年吸毒者问题的研究都是在发达国家、特别是美利坚合众国及欧洲各国进行的，因此，从相关文献中得出的结论可能无法推广到世界其他地方。

[a] Matthew H.Taylor和George T.Grossberg，“老年人中非法滥用药物现象日益严重：情况回顾”，《中枢神经系统疾病的初级保健伙伴》，第14卷，第4期(2012年)。

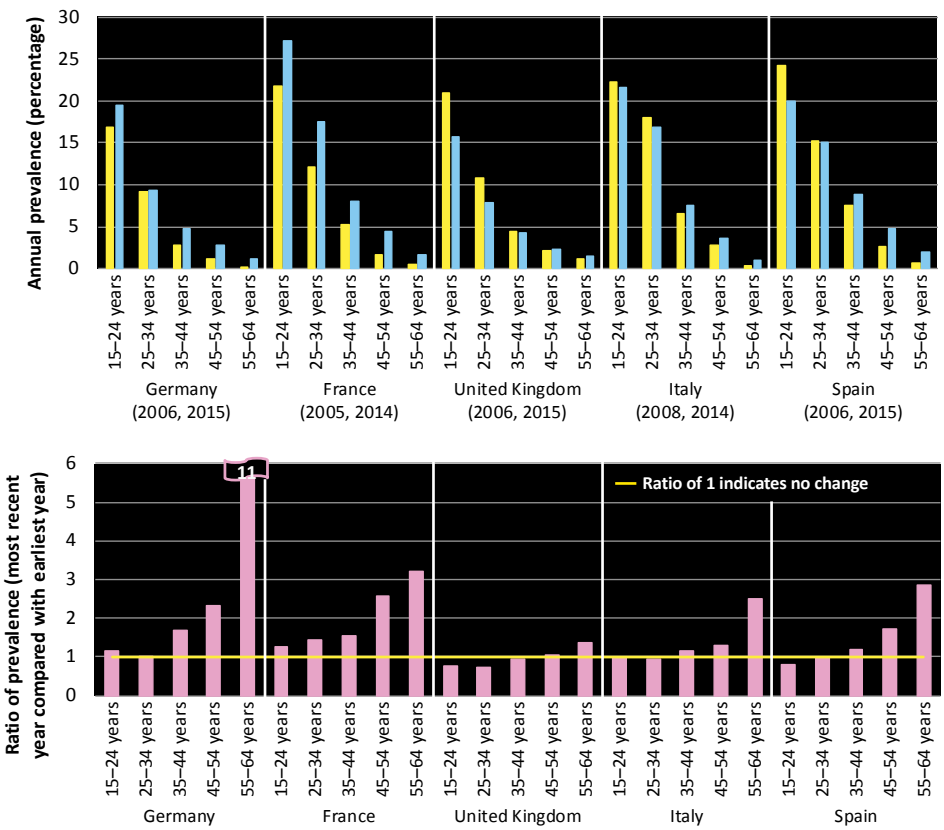
[b] Anne Marie Carew和Catherine Comiskey，“老年人使用类阿片的戒毒治疗及其结果：系统性文献综述”，《毒品和酒精依赖》，第182卷(2018年)，第48-57页。

15-24岁和25-34岁的人群中，过去一年吸食大麻现象的增加不那么明显，而且在某些情况下，流行率还有所下降。

2007-2016年期间，澳大利亚14-19岁人群中的吸毒年流行率略有下降，但50-59岁和60岁及以上年龄组的流行率则增加了60-70%。

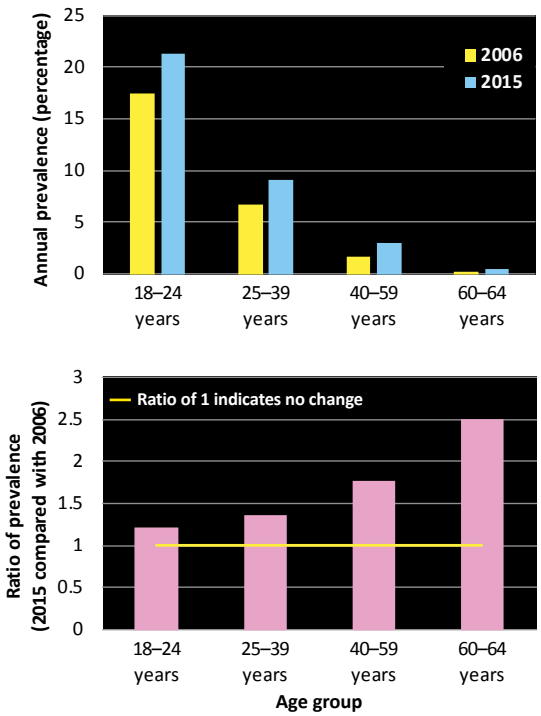
智利过去几年内45-64岁人群吸食大麻的人数截至2016年的十年间增长了四倍，而1996年-2016年间更激增了近30倍。在较年轻的年龄组中，吸食大麻的年患病率上升幅度不那么明显。可卡因的使用也呈现出类似的模式:1996-2016年期间，12-18岁和19-25岁的人群每年使用可卡因的比例有所下降，但35-44岁人群的使用比例则增加了14倍。

FIG. 13 | Annual prevalence of cannabis use and changes in selected countries in Western Europe, by age group, selected years



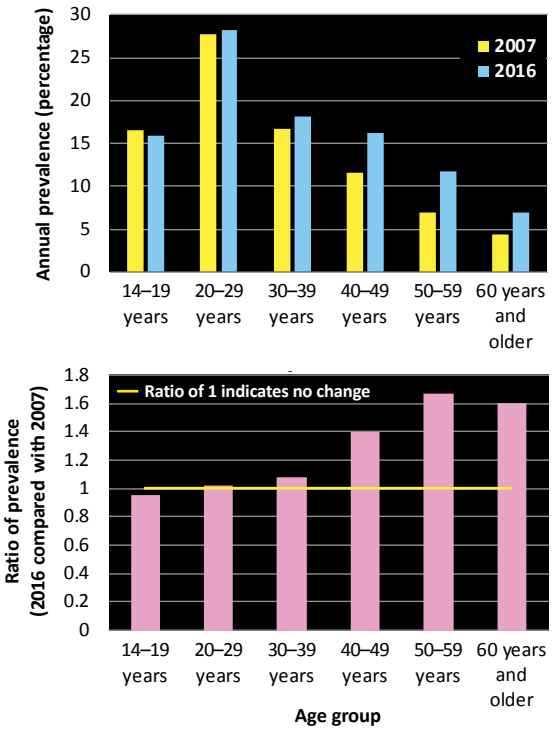
Source: EMCDDA, Statistical Bulletin 2017.

FIG. 14 Annual prevalence of drug use and changes in Germany, by age group, 2006 – 2015



Source: D. Piontek, E. Gomes de Matos, J. Atzendorf, and L. Kraus, Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey: Trends der Pr☒valenz des Konsums illegaler Drogen und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990-2015 (Munich, IFT Institut f ü r Therapieforschung, 2016).

FIG. 15 Annual prevalence of drug use and changes in Australia, by age group, 2007 – 2016



Source: Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings, Drug Statistics Series No. 31 (Canberra, September 2017).

导致老年人中吸毒人数增加的可能原因是什么？

一些因素可以解释在一些国家老年人中观察到的吸毒流行率上升的原因：对吸毒相关风险的认识不断变化、毒品供应的增加、社会对吸毒行为、以及自我药物治疗以应对与退休相关的疼痛或焦虑或挑战的观念更为接受等，这些都有可能驱动老年人开始或恢复吸毒。另一个因素可能是群体效应，即一群人因为出生的年份而能够分享共同的社会和文化经历。这些经历可能与之前的各个群组不同。老年人群体中吸毒现象的增加可能是吸毒流行率高于前几组的某一组吸毒者老龄化的结果。

有证据表明，西方国家的婴儿潮一代(生于1946-1964年时期)要比其上一代人年轻时吸毒更普遍。其中许多人进入老年期后继续使用毒品，这反映在许多发达国家老年群体中吸毒的流行率随着这一年龄组的增长而增加。[276,277,278,279]

例如，在过去一年中，美国50岁及以上人群中吸食大麻的人数大幅增加。这一趋势在一定程度上反映了婴儿潮一代的老龄化。这一群组的人报告说，与上一代人相比，他们毒

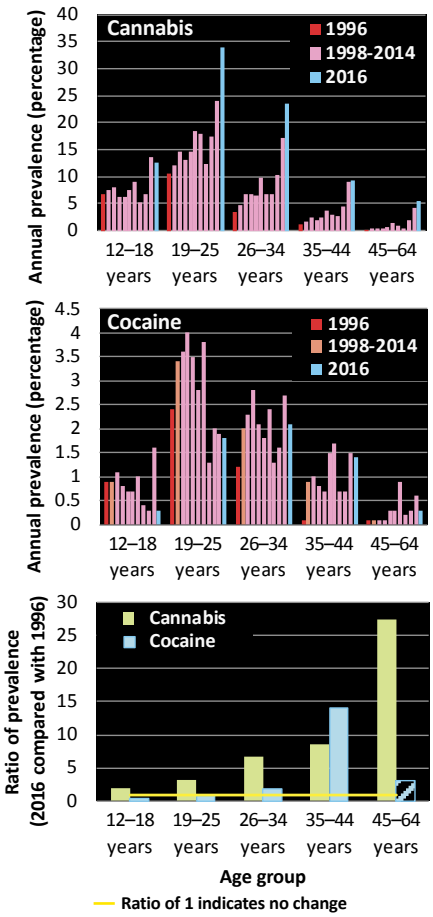
276 Caryl M.Beynon，“吸毒与老龄化：老年人确实吸毒！”，《年龄与老龄化》，第38卷，第1期(2009年)，第8-10页。

277 Roger Nicholas等人，《预防和减少老年人酗酒及其他与毒品有关的伤害：卫生和福利专业人员实用指南》(2015年，南澳大利亚，阿德莱德，国家戒毒所教育和培训中心，弗林德斯大学)。

278 Beth Han, Joseph Gfroerer 和 James Colliver，“对美国50-59岁成年人非法吸毒趋势的审查”，美洲国家组织数据审查(2009年8月，马里兰州罗克维尔，应用研究办公室，药物滥用和精神卫生服务管理局)。

279 Frederic C. Blow和Kristen L.Barry，“老年人酗酒和滥用药物”，《当前精神病学报告》，第14卷，第4期(2012年)，第310-319页。

FIG. 16 | Changes in annual prevalence of drug use in Chile, by age group, 1996 – 2016



Source: National Drug and Alcohol Prevention and Rehabilitation Service (SENDA), D é cimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Poblaci ó n General de Chile, 2016 (Chilean Drug Observatory, December 2017)

Note: The annual prevalence of cocaine use is reported at less than 0.1 per cent for 1996 among those aged 45 – 64 years. In calculating the ratio, a prevalence of 0.1 per cent was used. Given the uncertainty around this assumption and the possibility that the ratio might be much higher, a cross-hatched bar is shown for the increase of cocaine use among those aged 45 – 64 years over the period 1996 – 2016.

品使用率更高。[280, 281] 在50-59岁人群中，过去一年的大麻使用率从2002年的3.1%增加到了2007年的5.7%，而过去一年非医疗使用处方药的比例也从2.2%增加到了4.4%。这一年龄组涉及继续吸毒的典型特征包括：男性性别、未婚状况、早期吸毒、受教育程度低、收入低、因残疾而失业、最近使用酒精或烟草以及之前一年患有严重抑郁症。除了婴儿潮一代继续使用大麻的群组效应外，社会对大麻的看法的改变也可能导致使用幅度增大。过去十年中，对危害风险认识的减少以及关于毒品合法化的持续辩论可能影响到大麻的使用。[282, 283, 284]

在那些老年人中大麻使用流行率较高的欧洲国家，发现了类似的年龄群组效应，可用以解释大麻使用日益增加的趋势。对相关历史数据的分析表明，导致这一现象发生的主要原因是：在一个日趋老龄化的群组中有相当大比例的人一直使用毒品，而且几乎完全是大麻，直到其老年。[285]

老年人中吸毒人数之所以比以前增加也可能是由于涉毒时间较晚和环境条件改变所致。然而，青少年(12-17岁)通常被视为开始吸毒的关键风险期。[286] 美国2002-2007年期间对50-59岁的吸毒者进行的一项研究发现，很少有人在年龄相对较大时开始吸毒。大约90%的人在30岁以前开始吸毒，约72%的人在30岁以前开始非医疗用途使用处方药。50岁或50岁以上才开始吸毒和开始非医疗用途使用处方药的人分别只有3%和9%。[287] 在较晚年龄段开始吸毒的原因包括尝试自我治疗痛苦病症等。老年人的精神健康状况(如抑郁症等)发生率较高，而且导致吸毒的社会风险因素(如丧亲、社会孤立、经济问题和社会支持力度低下等)的发生率也比较高。[288]

老年人生活中的一件大事是退休。有关退休对

280 Li-Tzy Wu 和 Dan G. Blazer，“关于老年人非法和非医疗用途使用药物情况的审查报告”，《老龄化与健康杂志》，第23卷，第3期(2011年)，第481-504页。

281 Benjamin H.Han等人，“美国老年大麻使用者的人口结构变化趋势，2006-2013年”，《瘾癖》，第112卷，第3期(2010年)，第516-525页。

282 Han, Gfroerer and Colliver，“对美国50-59岁成年人非法吸毒趋势的审查”。

283 William C. Kerr，Camillia Lui和Yu Ye，“1984-2015年美国全国酗酒情况调查中大麻流行的趋势和年龄、时期和群组效应”，《瘾癖》，第113卷，第3期(2017年)，第473-481页。

284 《2017年世界毒品问题报告》(联合国出版物，出售品编号：E.16.XI.6)。

285 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“2010年选刊：老年吸毒者的治疗和护理”(2010年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

286 行为健康统计和质量中心，药物滥用和精神卫生服务管理局。“18-30岁接受戒毒治疗的患者开始吸毒的年龄”。

287 Han, Gfroerer 和 Colliver，“对美国50-59岁成年人非法吸毒趋势的审查”。

288 Matthew H.Taylor和George T.Grossberg，“审查老年人中非法滥用药物的日益严重的问题”，《中枢神经系统疾病的初级保健伙伴》，第14卷，第4期(2012年)。

吸毒的影响的证据非常有限。然而，一项对美国978人的研究考察了各种退休形式及其对吸毒的影响。与那些推迟退休而继续留在劳动力队伍中的人相比，完全退休(即完全脱离劳动力队伍)据发现与吸毒行为增加有关。然而，这取决于完全退休的年龄，相对年轻的退休人员比更年长的退休人员报告说遇到了更多与吸毒有关的问题。对于那些推迟退休而继续在其主要职场工作的人来说，这种关系正好相反。也就是说，那些符合退休条件但推迟退休而继续工作的年纪较轻的工人所报告的毒品相关问题要比其年长的同侪少。[289]

老年吸毒者的戒毒治疗

老年吸毒者面对多重健康问题

吸毒的累积效应，包括以往吸毒过量的经历，以及通过不安全注射方式感染丙肝病毒和艾滋病毒等传染病的风险增加，均可加速身体衰老的过程。老年吸毒者面临的健康问题通常会随着年龄的增长而增加，如退行性疾病、循环系统和呼吸系统疾病以及糖尿病等，但其发病率高于不吸毒的同龄人。老年吸毒者的心理健康问题也高于同龄人或年轻吸毒者。[290, 291, 292, 293, 294]

戒毒治疗和护理工作面对的挑战

吸毒疾患和毒品依赖的发展是由于反复接触毒品与生物、心理和社会因素之间产生的复杂的相互作用。要有效治疗毒品依赖这样一种复杂的慢性疾病，就需要在许多学科，如药理学、行为疗法和社会支持等领域继续进行护理和相互配合。[295] 在提供针对老年吸毒者的治疗干预措施和戒毒护理方面存在着诸多挑战。

由于可能同时存在一系列状况，老年吸毒者

289 Samuel Bacharach等人，“退休与吸毒：年龄和退休轨迹的调节作用”，《成瘾行为》，第33卷，第12期(2008年)，第1610-1614页。

290 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《对吸毒问题的健康和社会对策：欧洲指南》(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

291 《2010年选刊》。

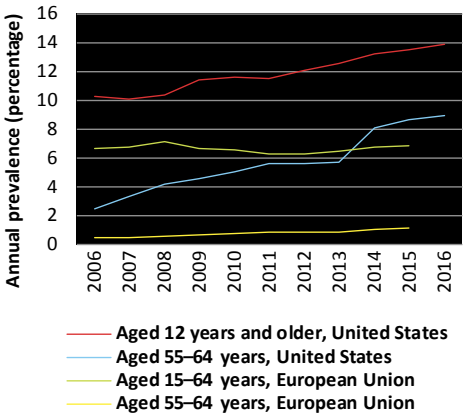
292 Caryl M.Beynon等人，“50岁及以上群体非法药物使用者的自报健康状况和医疗服务联系：联合王国默西塞德的定性访谈研究”，《英国医学委员会老年医学》，第9卷，第45期(2009年)。

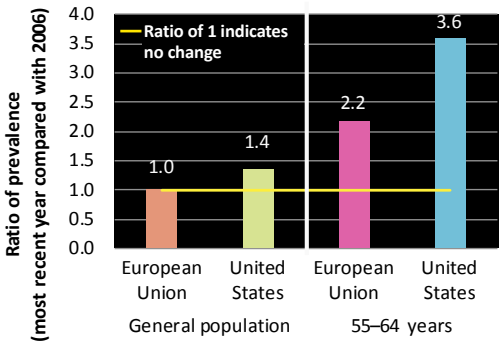
293 Lisa Johnston等人，“应对老龄吸毒者的需要”(2017年，欧洲毒品和毒瘾监测中心)。

294 Caryl M.Beynon，“吸毒与老龄化”。

295 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织，关于“毒品依赖治疗原则”的讨论文件，2008年3月。

FIG. 17 Annual prevalence of cannabis use and changes in the United States of America and the European Union among the general population and those aged 55 – 64 years, 2006 – 2016





Source: United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016 National Survey on Drug Use and Health, and previous years; and EMCDDA, Statistical Bulletin 2017.

Note: Prevalence rates for the European Union are population-weighted means of the national estimates. For years where a prevalence rate is not available for a country, these are either linearly interpolated between the years where national rates are available or, if this is not possible, given the same rate as the nearest year.

复杂的身体健康需要使得戒毒治疗更加复杂。[296, 297] 从历史情况看，老年人的吸毒疾患很少得到关注，对其戒毒治疗措施的研究和证据不足，有关向他们提供适当治疗服务

296 Ilana Crome等人，《我们的隐形瘾君子：皇家精神病学院老年人滥用药物问题工作组第一次报告》(2011年，伦敦，皇家精神病学院)。

的讨论也有限。[298, 299, 300, 301]

由于同时还有医疗和精神方面的各种问题，老年吸毒者在日常生活中必须面对其长期吸毒的负面社会后果。这些是向他们提供有效治疗的重要考虑因素。年龄较大的吸毒者更有可能在社会和经济上处于不利地位和被边缘化，而且更有可有过无家可归或被监禁的经历。与同龄人或年轻吸毒者相比，年龄较大的吸毒者遭受的社会排斥和与家人和朋友的隔离以及缺乏社会支持的情况更多、也更为严重。缺乏社会支持是他们吸毒复发的一个重要预测因素。[302, 303, 304]

美国老年吸毒者中接受涉毒治疗的人数有所增加

现有的一些最全面和最详细的治疗数据来自美国。根据该国现有的最新数据，2004-2014年期间，50岁及以上群体接受吸毒治疗服务的人数增加了59%。这一年龄组在接受治疗的人数中日益突出，50岁及以上者在所有治疗入院人数中所占比例几乎增加了一倍，达到10.4%。[305, 306]

据观察，不论其涉及何种类型的毒品，在此期间入院接受治疗的50岁及其以上群体在人数和显著程度上都有增加。特别是就可卡因而言，入院接受治疗的50岁及以上群体的人数比例大幅增加。虽然因使用镇静剂而入院接受治疗的人数相对较少，但2014年间50岁及以上的患者人数占总人数的三分之一以上，高于10年前的大约十分之一。1992-2012年期间，通过法院或刑事司法系统转介的50岁及以上患者的入院治疗比例略有下降，从29%降到了25%。[307]

欧洲类阿片滥用的戒毒治疗 – 使用海洛因的老龄吸毒群组

欧洲的类阿片吸毒者，特别是注射类阿片吸毒者，目前在戒毒治疗人口中占很大比例，历来是需要接受专门的戒毒治疗的最大群体。虽然接受治疗的类阿片吸毒者人数正在下降，但40岁以上接受类阿片戒毒治疗的患者人数比例已从2006年的五分之一上升到了2013年的三分之一。有证据表明，大批类阿片滥用者在1980年代和1990年代海洛因“盛行”期间开始注射海洛因，正是他们的境况和需要造就了目前的欧洲专家和低门槛治疗系统并确定了此种治疗系统的特性。[308]

目前对日益严重的问题缺乏应对

老年吸毒者，特别是那些有吸毒疾患和依赖史的人，因其吸毒行为而导致了各种特殊和广泛的健康问题。由于这些并发的精神和身体健康疾患，使得戒毒治疗更加复杂。此外，因缺乏证据而不了解何种治疗方法对老年吸毒者最有效也进一步加剧了问题的严重性。这是一个相对较新的现象，因此有人担心目前的基础设施不足以应对未来几十年越来越多的老年吸毒者的医疗保健需求。

一般而言，制定针对老年吸毒者的具体干预措施或医疗服务尚未被视作优先事项，这可能是因为老年人吸毒的流行率低于年轻人。例如，2010年欧洲国家的毒品战略中就没有明确提到老年吸毒者，此后情况几乎一直没有变化。针对老年吸毒者的专门治疗和护理方案在欧洲很少见，大多数应对举措都是针对年轻人的。[309, 310]

297 Nick Doukas，“美沙酮维持治疗中的老年人：文献综述”，《应对吸毒成瘾问题社会工作实践杂志》，第11卷，第3期(2011年)，第230-244页。

298 Anne Marie Carew 和 Catherine Comiskey，“老年人使用类阿片的戒毒治疗及其结果：系统性文献综述”，《毒品和酒精依赖》，第182卷，(2018年)，第48-57页。

299 Alexis Kuerbis和Paul Saco，“对老年人吸毒现有治疗方法的审查和对今后方向的建议”，《药物滥用：研究与治疗》，第7卷(2013年)，第13-37页。

300 Wu和Blazer，“老年人非法和非医疗用途药物使用：情况综述”。

301 Orion Mowbray和Adam Quinn，“对有吸毒问题的老年人进行治疗的涵盖范围审查”，《社会工作实践研究》，第26卷，第1期(2016年)，第74-87页。

302 Michelle R.Lofwall等人，“老年类阿片维持患者的特征”，《戒毒治疗杂志》，第28卷，第3期(2005年)，第265-272页。

303 《2010年选刊》。

304 Yh-ing Hser，“预测海洛因成瘾的长期稳定戒断：33年随访研究的结果”，《成瘾疾病杂志》，第26卷，第1期(2007年)，第51-60页。

305 美国卫生和公共服务部、药物滥用和精神卫生服务管理局，应用研究室，《治疗疗程数据集：1994-2004年全国药物滥用入院治疗服务情况》，DASIS系列S-33，公共服务部出版物编号：SMA06-4180(2006年，马里兰州罗克维尔)。

306 美国卫生和公共服务部，药物滥用和精神卫生服务管理局，行为健康统计和质量中心，《治疗疗程数据集：2004-2014年全国药物滥用入院治疗服务情况》，BHSIS系列S-84，公共服务部出版物编号：SMA16-4986(2016年，马里兰州罗克维尔)。

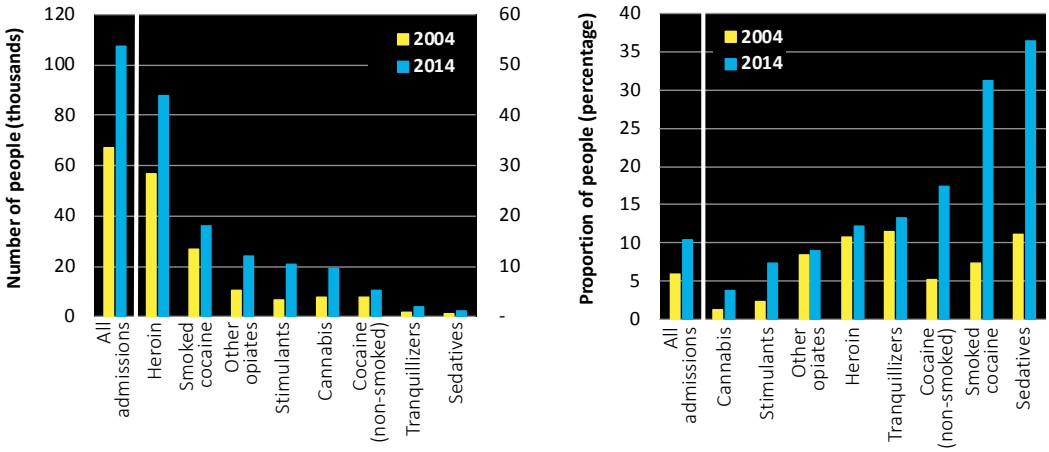
307 美国，卫生和公共服务部，药物滥用和精神卫生服务管理局，行为健康统计和质量中心，《治疗疗程数据集：1992年-2012年合并整理的入院治疗情况》，文档编号：ICPSR 25221(2015年，密歇根州安阿伯，大学间政治和社会研究联合会)。

308 Alessandro Pirona等人，“老龄化与成瘾：对治疗系统的挑战”，欧洲毒品和毒瘾监测中心宣传海报系列(2015年9月，里斯本)。

309 《2010年选刊》。

310 Johnston等人，“应对老龄吸毒者的需要”。

FIG. 18 Trends in the number and proportion of those aged 50 and older in admissions to treatment related to drug use, United States, 2004 – 2014



Source: United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS): 1994 – 2004 – National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, DASIS Series: S-33, DHHS Publication No. (SMA) 06-4180 (Rockville, Maryland, 2006); and United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004 – 2014 – National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, BHSIS Series S-84, HHS Publication No. (SMA) 16-4986 (Rockville, Maryland, 2016).

Note: In the left chart showing the number of admissions to treatment, "All admissions" are plotted on the left axis, while admissions by specific drug types are plotted on the right axis.

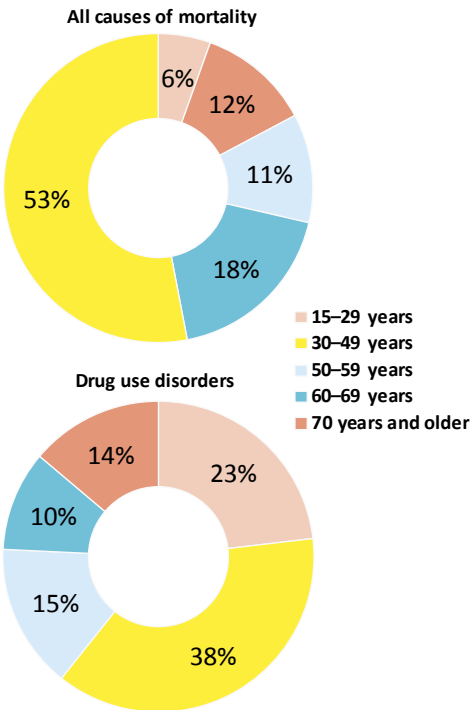
老年吸毒者中吸毒致死人数

吸毒致死显然是最极端的结果。虽然死于吸毒疾患(直接由吸毒引起的死亡)的人大多是年轻人，但50岁及以上的人仍占其中相当大的比例。在2015年全球所有死因的死亡中，最大比例(53%)发生在70岁及以上的人群中。吸毒疾患导致的死亡通常发生在相对年轻的年龄段：近四分之一的死亡(23%)发生在15-29岁人群中，更大比例的死亡(38%)则发生在30-49岁人群中。然而，50岁及以上的吸毒者在全世界死于吸毒疾患者总人数中所占比例相当高(39%)。

应当指出的是，对于50岁及以上的人来说，吸毒疾患造成的死亡在所有死亡原因总数中所占比例较小；吸毒导致的死亡在年轻人死亡率中占比较高。随着年龄的增长，与年龄相关的死亡原因越来越多。

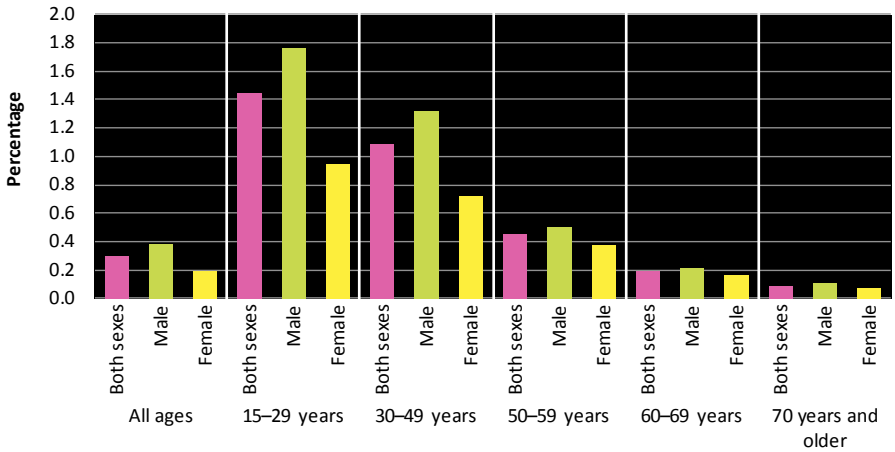
然而，2000-2015年期间，全球50岁及以上人群中因吸毒疾患而死亡的人数迅速增加。这一增长比50岁以下的吸毒者更加明显。就50岁以下的人而言，因吸毒导致的死亡增加了三分之一，而50岁及以上的人则增加了一倍多。50岁及以上的人在吸毒疾患造成的死亡中也占越来越大的比例：2000年间所有因吸毒疾患而死亡的人中有27%是50岁及以上的人，而到2015年时，这一比例已上升到39%。

FIG. 19 Deaths resulting from drug use disorders and from all causes of mortality, by age group, worldwide, 2015



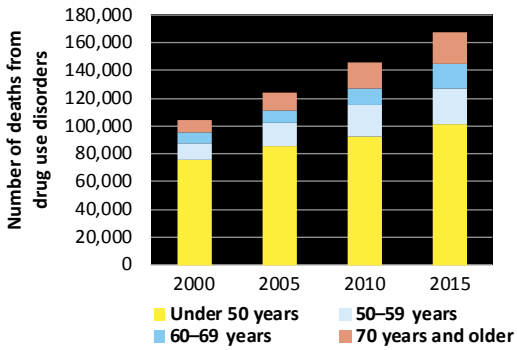
Source: WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 – 2015 (Geneva, 2016).

FIG. 20 | Proportion of deaths resulting from drug use disorders among deaths from all causes, by age group, worldwide, 2015



Source: WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 – 2015 (Geneva, 2016).

FIG. 21 | Deaths resulting from drug use disorders, by age group, worldwide, 2000 – 2015



Source: WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 – 2015 (Geneva, 2016).

50岁及以上人群中因吸毒疾患而死亡的人数不断增加，而这一年龄组在所有此类死亡人数中所占的比例也在增加，这一点在所有区域都是一致的。西太平洋[311]和美洲的情况尤为如此：2000-2015年期间，这两个区域50岁及以上的人因吸毒疾患而死亡的人数增加了三倍多。

2006-2013年期间，欧洲40岁及以上群体中的过量死亡人数有所增加，但40岁以下群组的人则有所下降，其部分原因是类阿片滥用者人口趋于老龄化。[312]在联合王国，这一数字占欧洲报告的吸毒过量死亡人数的近三分之一，[313]而且该国自2012年以来，涉及海洛因和（或）吗啡的死亡总人数急剧上升。海洛因使用者群体的老龄化、毒品的纯度和可得性的提高、以及与海洛因和(或)吗啡同时使用的特定毒品的变化等，都促成了这一增长。[314]

在全球范围内，50岁及以上人群中有四分之三的死亡与类阿片滥用有关。可卡因和苯丙胺滥用所致疾患导致的死亡各占约6%，与其他毒品相关的死亡则占剩余的13%。[315]这种分布反映了以下若干因素:识别不同毒品作为潜在死因的能力、不同毒品使用的历史模式和使用不同毒品的人口规模、以及可能延长吸毒者寿命的治疗选项的可得性和有效性。

311 在卫生组织的分类中，西太平洋区域包括柬埔寨、中国、日本、马来西亚、蒙古、菲律宾、大韩民国和越南，以及澳大利亚、新西兰和太平洋诸岛屿国家。

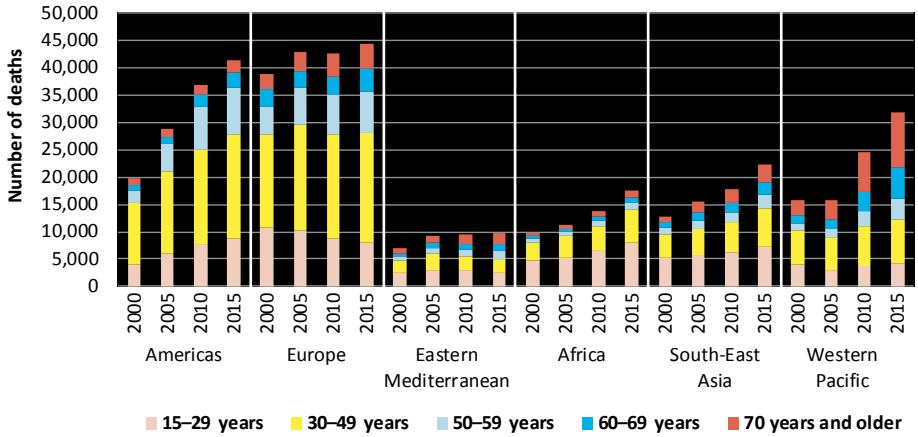
312 Pirona等人，“老龄化与成瘾”。

313 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2017年欧洲毒品问题报告：趋势和动态》(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

314 联合王国国家统计局，“英格兰和威尔士2015年登记的与毒品中毒有关的死亡人数”，《统计公报》(2016年9月)。

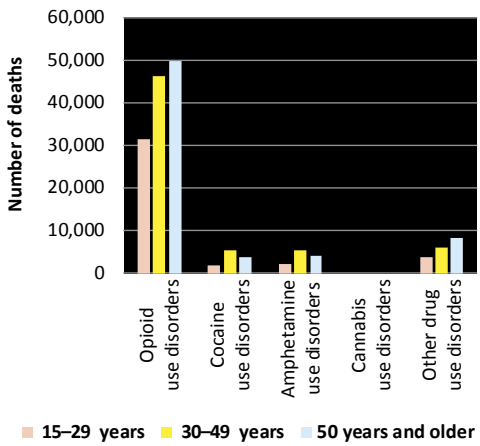
315 世卫组织，《2015年全球健康估计数字: 2000-2015年按原因、年龄、性别、国家和区域分列的死亡人数》(2016年，日内瓦)。

FIG. 22 | Deaths resulting from drug use disorders, by age group and region, 2000 – 2015



Source: WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 – 2015 (Geneva, 2016).
Note: Regions correspond to the classifications used by WHO.

FIG. 23 | Deaths resulting from drug use disorders, by main drug categories and age, worldwide, 2015



Source: WHO, Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000 – 2015 (Geneva, 2016).

词汇表

苯丙胺类兴奋剂——由1971年《精神药物公约》列入国际管制的合成兴奋剂组成的一类物质，属于所谓的苯丙胺类物质，包括苯丙胺、甲基苯丙胺、甲卡西酮和“摇头丸”类物质（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺及其类似物）。

苯丙胺——苯丙胺类兴奋剂，包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

年度流行率——特定年龄段人群在过去一年至少使用过一种特定毒品的总人数除以该特定年龄组总人数得出的百分比数。

古柯糊（或古柯碱）——古柯树叶的提取物。对古柯糊提纯，可获得可卡因（碱和盐酸）。

“快克”可卡因——通过转化过程从盐酸可卡因获得并使之适于吸食的可卡因碱。

可卡因盐——盐酸可卡因。

吸毒——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。

新型精神活性物质——纯药物或制剂形式的滥用物质，不受1961年《麻醉品单一公约》或《1971年公约》管制，但可能对公众健康构成威胁。此处的“新型”不一定是指新发明的物质，而是也指新近可以获得的物质。

阿片剂——类阿片的一个子类，由罂粟植物的各种衍生物组成，包括鸦片、吗啡和海洛因。

类阿片——对罂粟（鸦片剂）生物碱、其合成类似物（主要为处方类阿片或阿片类药物）以及在体内合成的各种化合物的通称。

问题吸毒者——高危毒品消费者，例如注射吸毒者、日常吸毒者和（或）按照美国精神病学会《精神障碍诊断和统计手册》（第五版）和世界卫生组织《国际疾病分类》（第十次修订本）所载临床标准被诊断为有吸毒疾患（有害使用物质或吸毒成瘾）的人。

患有吸毒疾患者——吸毒者的一个亚群体。患有吸毒疾患者需要得到治疗、保健和社会关怀以及康复护理。以有害方式使用物质和吸毒成瘾是吸毒疾患的两种特征。

有害使用物质——《疾病和有关健康问题国际统计分类》(第十次修订本)将其定义为有害于身心健康的使用模式。

依赖性——《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第十次修订本）将依赖性定义为如下一组生理、行为和认知现象：使用某种或某类活性物质对特定的个人来说极大优先于其他曾经对其更为重要的行为。可将依赖综合症的主要特征概括描述为是对服用精神药物的(通常是强烈的、有时是压倒一切的)渴望。

物质或药物使用疾患（吸毒疾患）——美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》(第五版)也将“物质或药物使用疾患”（吸毒疾患）列为因使用某种物质（吸毒）而导致的症状模式，尽管业已因使用该物质而遇到了问题。根据所确定的症状数量，物质使用（吸毒）疾患的程度可能从中度到严重不等。

预防吸毒和治疗吸毒疾患——“预防吸毒”的目的是防止或推迟开始吸毒和发展到罹患吸毒疾患。一旦罹患吸毒疾患，便需进行治疗、护理和康复。

区域分组

《世界毒品问题报告》采用了一系列区域和分区域名称。这些名称并非官方名称，具体界定如下：

- 东非：布隆迪、科摩罗、吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、毛里求斯、卢旺达、塞舌尔、索马里、乌干达、坦桑尼亚联合共和国
- 北非：阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥、南苏丹、苏丹、突尼斯
- 南部非洲：安哥拉、博茨瓦纳、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦
- 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
- 加勒比：安提瓜和巴布达、巴哈马、巴巴多斯、百慕大、古巴、多米尼克、多米尼加共和国、格林纳达、海地、牙买加、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、特立尼达和多巴哥
- 中美洲：伯利兹、哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜、巴拿马
- 北美: 加拿大、墨西哥、美利坚合众国
- 南美洲：阿根廷、多民族玻利维亚国、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那、巴拉圭、秘鲁、苏里南、乌拉圭、委内瑞拉玻利瓦尔共和国
- 中亚和外高加索：亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦、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
- 西南亚：阿富汗、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦
- 近东和中东：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、巴勒斯坦国、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国、也门
- 南亚：孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫、尼泊尔、斯里兰卡
- 东欧：白俄罗斯、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、乌克兰
- 东南欧：阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、克罗地亚、黑山、罗马尼亚、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国、土耳其
- 西欧和中欧：安道尔、奥地利、比利时、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、列支敦士登、立陶宛、卢森堡、马耳他、摩纳哥、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、圣马力诺、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、大不列颠及北爱尔兰联合王国
- 大洋洲：澳大利亚、斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、新西兰、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、汤加、图瓦卢、瓦努阿图和小岛屿领土