



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности



Организация наркологической помощи и ухода для женщин:

тематические исследования
и накопленный опыт

Материалы по вопросам лечения наркомании

УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ
Вена

**Организация наркологической помощи
и ухода для женщин:**

тематические исследования и накопленный опыт



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Нью-Йорк, 2005 год

**Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам
и преступности хотело бы также поблагодарить Фонд
"Смитерс фаундейшн" за щедрое пожертвование
на издание настоящего доклада.**

Вена, август 2004 года

**ИЗДАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
В продаже под № R.04.XI.24
ISBN 92-1-448016-8**

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей либо относительно делимитации их границ.

Выражение признательности

Настоящее издание было подготовлено по поручению Секции по глобальным проблемам Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности.

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности выражает признательность:

- сотрудникам всех служб наркологической помощи, которые, несмотря на большую загруженность работой, нашли время ответить на вопросы в рамках обзора возможных проектов;
- всем, кто представил для настоящей брошюры подробную информацию о своей работе и обстоятельный анализ своих проектов по различным критериям. Особая благодарность сотрудникам, работающим по проектам;
- участникам совещания в Вене в декабре 2003 года, которые поделились опытом и знаниями, полученными в ходе осуществления ими проектов;

- членам Группы экспертов, замечания и комментарии которых были очень полезны при составлении предыдущих проектов настоящей брошюры;
- специалистам по сокращению спроса на наркотики и координаторам региональных и национальных бюро Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, которые сообщили о существовании в их соответствующих регионах возможностей для лечения женщин и представили рекомендации по проектам для включения в настоящий документ.

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности хотело бы также поблагодарить консультанта по проектам Вирджинию Карвер, которая определила круг тематических исследований, помогала в организации совещания в Вене и в составлении проекта настоящей брошюры; а также Пилар Куэллар и Ми Хью Макгоуран, оказавшим помощь в проведении совещания и в процессе подготовки брошюры к изданию.

Группа экспертов

Сюзан Бекерлег, Кения
Ян Коупленд, Австралия
Стефани Ковингтон, Соединенные Штаты Америки
Мари Луиз Эрнст, Швейцария
Габриель Фишер, Австрия
Дагмар Хедрих, Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании
Анна Чисман, Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами

Маристела Монтейро, Всемирная организация здравоохранения/Панамериканская организация здравоохранения
Пратима Мерфи, Индия
Дейс Свикис, Соединенные Штаты Америки
Нэнси Ушер, Канада
Ирмгард Фогт, Германия
Кора-Ли Ветерингтон, Национальный институт проблем наркомании, Соединенные Штаты Америки

Представители групп по проведению тематических исследований

Сильвия Бразилиану и Патрисия Хохграф (Бразилия)
Д-р Микель Седеньо (Панама)
Абдула Диуф (Сенегал)
Карин Гюгер (Австрия)
Энн Харрисон (Соединенные Штаты Америки)
Кристин Хайнрих (Германия)
Катарина Йересова (Словакия)
Камил Калина и Иржи Рихтер (Чешская Республика)
Кароль Кальтенбах (Соединенные Штаты Америки)
Джеханзед Хан и Дэвид Макдональд (Афганистан; Пакистан)

Марсела Лара Ореллана (Чили)
Мюриель Лассер Бержеро (Швейцария)
Лотта Ланне (Швеция)
Маргарет Лесли (Канада)
Ашита Миттал (Индия)
Харли Отвейт, Нелли Менли и Коллин Аллен (Канада)
Барбара Рич (Австралия)
Элизабет Селхор (Индия)
Сепидех Сигара (Исламская Республика Иран)
Венди Вечсберг (Соединенные Штаты Америки)
Марта Дж. Райт (Соединенные Штаты Америки)

Предисловие

Настоящая брошюра посвящена организации наркологической помощи женщинам с учетом их особых потребностей. Она подготовлена в рамках проекта Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) по содействию развитию и совершенствованию наркологических служб на основе материалов специальной литературы и тематических исследований, которые подтверждают практический опыт, полученный в процессе оказания наркологических услуг в различных регионах мира. В числе материалов по вопросам лечения наркомании изданы также следующие документы: "Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики" (*Investing in Drug Abuse Treatment: a Discussion Paper for Policy Makers*); "Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных" (*Contemporary Drug Abuse Treatment: a Review of the Evidence Base*); и "Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению" (*Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide*)*. С этими документами можно ознакомиться на веб-сайте Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html).

Проект в области развития служб наркологической помощи для женщин был начат в порядке осуществления Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики (резолюция S-20/3 Генеральной Ассамблеи, приложение) и мер по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков (резолюции S-20/4 А-Е Ассамблеи), которые были приняты Генеральной Ассамблеей на ее двадцатой специальной сессии. В Руководящих принципах указывается, что программы сокращения спроса должны разрабатываться с учетом потребностей населения в целом, а также конкретных групп населения.

В большинстве стран мира жизненный уклад женщин существенно отличается от особенностей жизни мужчин. Это находит свое отражение и в тех проблемах, с которыми сталкиваются женщины под влиянием формирования у них наркозависимости. В отличие от мужчин, проблемы наркомании среди женщин гораздо реже встречают сочувствие и являются предметом безоговорочного осуждения. Вследствие этого о масштабах распространения наркомании среди женщин и ее особенностях, равно как и о потребностях женщин в медицинской помощи, известно гораздо меньше. Наркозависимые женщины сталкиваются с существенными препятствиями и при обращении за медицинской помощью и, как считается, составляют явное меньшинство среди пациентов наркологических лечебниц. Под воздействием культурных табу и общественного осуждения проблемы наркомании женщин часто не признают даже сами женщины, их семьи или оказывающие им помощь специалисты, способные предоставить им поддержку в получении доступа к лечению. Беременные и ухаживающие за детьми наркозависимые женщины подвергаются особо жесткому осуждению со стороны общества, а беременные женщины зачастую затягивают вопрос об обращении за медпомощью, что имеет серьезные последствия для самой матери и для плода. Женщины-матери обычно выполняют основные обязанности по уходу за детьми и по домашнему хозяйству. Однако услуги по уходу за детьми оказывают только отдельные службы, и в некоторых культурах женщины лишь с очень большим трудом могут оставить свой дом и домашние обязанности ради прохождения курса лечения.

Женщины гораздо чаще, чем мужчины, прибегают к употреблению психоактивных веществ и продолжают их потреблять под влиянием своих супругов или партнеров, которые к тому же могут применять по отношению к ним физическое или сексуальное насилие. В условиях почти полного от-

*Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.03.XI.II.

сутствия моральной поддержки и финансовых средств для оплаты лечения, услуг по присмотру за детьми или транспортных расходов женщины оказываются в затруднительном положении при необходимости обращения за медицинской помощью или продолжением лечения. Кроме того, при начале лечения у женщин возникают более острые проблемы, чем у мужчин. Многие пережили травмы и потребляют психоактивные вещества, чтобы справиться с последствиями этих событий. У них чаще, чем у мужчин, возникают нарушения психического здоровья, в частности состояния беспоконья или депрессии либо посттравматические расстройства. Кроме того, у них меньше возможностей для получения образования, трудоустройства и финансовых средств. В то же время большинство лечебных программ были разработаны для мужчин без учета гендерных различий, поскольку мужчины чаще, чем женщины, употребляют незаконные и другие наркотические средства. Издание настоящей брошюры предпринято с целью повышения уровня осведомленности общественности о потребностях женщин в лечении, а также пропаганды средств, предложений и практических примеров преодоления препятствий, затрудняющих доступ к лечению, привлечения женщин к лечению и организации лечения с учетом конкретных потребностей женщин.

В брошюре обобщается информация из широкого круга источников, включая:

- Обзор специальной литературы. Поиск опубликованных статей и докладов производился с использованием баз данных Medline/PubMed, EMBase и Rychinfo за 1998–2003 годы; а также веб-сайтов международных и национальных органов и организаций, на которых размещены инструктивные материалы, полные тексты статей или другая соответствующая информация. Большое количество статей, докладов и других материалов поступило от членов международной группы экспертов, сформированной для оказания консультативной помощи на различных этапах проекта, и представителей групп по отдельным тематическим исследованиям, включенным в настоящую брошюру. При подготовке обзора специальной литературы за основу были взяты несколько недавно проведенных обзоров соответствующих материалов, включая обзор, подготовленный Гийяном Хантером в качестве одной из частей доклада Группы Помпиду: *Наркомания среди женщин: меры на уровне общин как основное направление действий** и *Передовая практика: терапия и реабилитация наркозависимых женщин***.
- Выводы, сделанные на основе анализа специальной литературы, подтверждаются практическими

примерами из тематических исследований и опытом их проведения. Рекомендации по проектам тематических исследований поступили от: центральных учреждений Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и его различных отделений на местах; членов группы экспертов; представленных в составе этой группы экспертов международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения/Панамериканскую организацию здравоохранения (ВОЗ/ПАОЗ); Межамериканскую комиссию по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами; Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (ЕМСДДА); рекомендации также разрабатывались на основе баз данных и докладов, касающихся проектов наркологического лечения женщин. Включенные в настоящий документ тематические исследования содержат информацию, иллюстрирующую основные проблемные аспекты наркологического лечения женщин и отражающие опыт, накопленный в этой области в различных регионах мира. В результате проведенной работы удалось установить, что в Австралии, странах Европейского союза и Северной Америке осуществляются многочисленные проекты наркологического лечения с учетом гендерных различий, однако имеющиеся данные не позволили сформировать более представительную выборку проектов, реализуемых в других регионах мира.

- Материалы выступлений и обсуждения на совещании представителей проектов тематических исследований, членов международной группы экспертов и сотрудников Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности по теме "Наркологическая помощь женщинам: извлеченные уроки", которое проходило в Вене 15–17 декабря 2003 года и ниже упоминается как "Венское совещание".

В настоящем документе речь идет о наркологической помощи женщинам в целом. С учетом того, что наркологическая помощь девушкам в подростковом и женщинам в более взрослом возрасте имеет свои особенности, определяемые различиями в характере употребления наркотиков и жизненных обстоятельствах, вопросы наркологического лечения и реабилитации этих двух групп населения будут более подробно рассмотрены в других изданиях Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности в рамках серии материалов по вопросам лечения наркомании. Исключительно важное значение для решения проблем женской наркомании имеет профилактика. Однако рамками настоящей рабо-

*D. Hedrich, *Problem drug use by women: Focus on community-based interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2000) (имеется на сайте www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).

**Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2001) (имеется на сайте www.cds-sca.com/).

ты не предусмотрено рассмотрение вопросов гендерных особенностей профилактических мероприятий.

Основное внимание в брошюре уделяется лечению женщин, потребляющих незаконные психоактивные вещества, что соответствует мандату Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности. При этом, однако, признается, что в некоторых странах незаконным психоактивным веществом также считается алкоголь и что наркозависимые женщины часто являются полинаркоманками. Помимо употребления незаконных психоактивных веществ, женщины могут злоупотреблять алкоголем и чаще, чем мужчины, принимают препараты, оказывающие депрессивное воздействие на центральную нервную систему, в частности бензодиазепины и другие средства седативно-гипнотического действия. Многие из наркозависимых женщин также курят. Основной упор в настоящем издании делается на незаконные психоактивные вещества, однако изложенные в нем подходы и рекомендации вполне применимы и к женщинам, страдающим от алкогольной зависимости. Во многих странах лечение от алкогольно-наркотической зависимости осуществляется одними и теми же структурами с использованием одинаковых методов. Однако совершенно иначе дело обстоит с табакокурением, которое начинает получать все более широкое признание наркологических служб как серьезная проблема их пациентов.

В докладе *Global Illicit Drug Trends, 2003* ("Глобальные тенденции в области незаконных наркотиков, 2003 год")* указано, что каннабис, оставаясь наиболее широко употребляемым психоактивным веществом, тем не менее, не является наркотиком, в связи с которым возникает наибольший спрос на наркологическую помощь. Скорее, следует признать, что наиболее серьезные проблемы во всем мире создают опиаты и, соответственно, порождают наибольший спрос на наркологическую помощь в целях излечения от зависимости от этих незаконных наркотиков. В Австралии, Азии и Европе наибольший спрос на медицинские услуги создает опиатная зависимость (хотя в Юго-Восточной Азии спрос на них связан со злоупотреблением метамфетамином). В Северной и Южной Америке большинство нуждающихся в лечении наркоманов страдают кокаиновой зависимостью, причем в Северной Америке такие же масштабы имеет героиновая зависимость. Единственным исключением является Африка, где наибольшая потребность в нар-

кологической помощи связана с употреблением каннабиса. По последним данным, в Северной Америке и Европе наблюдается расширение наркологической помощи больным с наркозависимостью от каннабиса.

В настоящей брошюре часто используется термин "с учетом гендерных различий". Программы, осуществляемые в той или иной области с учетом гендерных различий, должны ориентироваться на удовлетворение потребностей женщин на всех этапах их разработки и осуществления, включая вопросы определения мест проведения мероприятий и расположения организационных структур программы, набора сотрудников, разработки программы, ее содержания и материалов.

В первой главе брошюры речь идет о физиологических и психологических аспектах наркозависимости у женщин и приводятся обзорные данные об исследованиях по вопросам привлечения женщин к лечению, прохождения ими полного курса терапии и результатов такого лечения. При наличии соответствующей литературы рассматриваются гендерные различия в этих областях. В главе 2 рассказывается о препятствиях, с которыми сталкиваются женщины при обращении за медицинской помощью. В главе 3 рассматриваются методы организации лечения с учетом гендерных различий, а в главе 4 излагаются стратегии действий по таким направлениям, как просветительская деятельность, подготовка кадров, информационно-пропагандистские мероприятия и оказание услуг на низовом уровне, которые способствуют преодолению препятствий, мешающих лечению. В главе 5 описываются различные аспекты оказания наркологических услуг, предназначенных исключительно для женщин и спланированных с учетом их интересов, включая теорию и принципы, организационные вопросы, методы психосоциального и фармакологического лечения, а также особенности лечения беременных и ухаживающих за детьми женщин. Проведенные в ряде регионов мира тематические исследования изобилуют практическими примерами выводов, сделанных на основе анализа специальной литературы и материалов обсуждений на совещании в Вене. Читатель обратит внимание на то, что каждому тематическому исследованию присущ собственный стиль и язык, что отражает стремление сохранить, насколько это возможно, мнения и манеру изложения материала каждого непосредственного участника относительно проводившегося лечения и его работы.

**Global Illicit Drug Trends, 2003* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.03.XI.5) (имеется на сайте www.unodc.org/pdf/trends2003_www_E.pdf).

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	v
РЕЗЮМЕ	1
1. ЖЕНЩИНЫ, ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ПРОБЛЕМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	5
Масштабы потребления психоактивных веществ	5
Физиологические последствия	7
Психосоциальные факторы риска и их последствия	10
Поступление на лечение, его завершение, а также результаты лечения	11
Основные положения	13
2. БАРЬЕРЫ ДЛЯ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ	19
Системные барьеры	19
Структурные барьеры	20
Барьеры социального, культурного и личного характера	22
Ключевые моменты	23
3. СОДЕЙСТВИЕ РАЗВИТИЮ УСЛУГ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ФАКТОРОВ	25
Тематические исследования	28
Рекомендации в отношении успешно зарекомендовавших себя подходов и накопленного опыта	39
Основные положения	40
4. ПРИВЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ	43
Повышение уровня информированности и просвещение на уровне общин	43
Подготовка специалистов первичных медико-санитарных служб и других органов по оказанию помощи	44
Создание сетей и установление связей с другими службами	44
Пропагандистские услуги	45
Пропагандистская деятельность среди лиц своего круга	46
Службы, работающие на низовом уровне	47
Тематические исследования	48
Рекомендации в отношении успешных подходов и накопленного опыта	58
Ключевые моменты	60
5. ЛЕЧЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ УСЛУГИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ	63
Теория и принципы	63
Организация программ	65
Услуги, предоставленные в ходе структурированного лечения	67
Оценка и планирование лечения	69
Психосоциальные меры воздействия	71
Фармакологические меры	76
Проблемы беременных женщин и женщин, воспитывающих детей	78
Тематические исследования	80
Рекомендации относительно эффективных подходов и накопленного опыта	99
Ключевые моменты	101

Резюме

В настоящем издании рассматриваются вопросы наркологического лечения женщин с учетом гендерных различий в рамках проекта Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) по созданию механизмов поддержки развития и совершенствования наркологических служб. Программы, подготовленные с учетом гендерных различий, строятся на принципе удовлетворения потребностей женщин на всех этапах их разработки и осуществления, включая определение мест проведения мероприятий и расположения организационных подразделений программы, набор персонала, разработку программы, ее содержания и материалов.

Настоящий документ призван способствовать более глубокому пониманию потребностей женщин в сфере наркологической помощи. В нем излагаются механизмы, предложения и практические примеры преодоления препятствий, мешающих прохождению лечения, привлечению женщин к лечению и организации лечения с учетом конкретных потребностей женщин. В документе обобщается информация, полученная на основе анализа специальной литературы, тематических исследований по вопросам оказания помощи женщинам в различных регионах мира, а также материалов выступлений и обсуждений на состоявшемся в декабре 2003 года совещании международных экспертов, представителей проектов тематических исследований и сотрудников ЮНОДК. Основное внимание в настоящем издании уделяется незаконным психоактивным веществам, поскольку именно борьбой с ними определяется мандат ЮНОДК.

Исчерпывающее представление об употреблении женщинами психоактивных веществ и связанных с этим проблемах составить достаточно сложно, поскольку гендерные различия не всегда учитываются при проведении исследований, посвященных распространению наркомании, а также биологическим, профилактическим и клиническим аспектам борьбы с ней. Имеющиеся материалы свидетельствуют о том, что женщины в целом реже, нежели мужчины, употребляют незаконные психоактив-

ные вещества, причем девушки и юноши в подростковом возрасте мало чем отличаются друг от друга с точки зрения употребления незаконных психоактивных веществ. С другой стороны, женщины чаще, чем мужчины, употребляют фармацевтические препараты как в медицинских, так и в немедицинских целях. Что касается физиологических различий, то имеются данные о том, что у женщин в отличие от мужчин быстрее развивается зависимость от целого ряда незаконных психоактивных веществ, что женщины более склонны совершать поступки, связанные с опасностью заражения ВИЧ, и что среди наркозависимых лиц, потребляющих наркотики внутривенным путем, коэффициент смертности выше у женщин. Вследствие употребления женщиной во время беременности психоактивных веществ ребенок при рождении может иметь недостаточный вес либо родиться недоношенным или же с признаками недостаточности питания. При этом на мать и плод может в определенной степени влиять образ жизни, связанный с употреблением незаконных психоактивных веществ.

В целом в отличие от мужчин наркозависимые женщины обладают более ограниченными возможностями (с точки зрения образования, занятости, получения доходов), чаще проживают совместно с партнером, который также является наркозависимым, имеют на иждивении детей и испытывают более острые проблемы на начальном этапе лечения. Среди женщин чаще, чем среди мужчин, встречаются пострадавшие от травматических последствий физического или сексуального насилия и сопутствующих психиатрических расстройств, в частности посттравматического стресса, состояния беспокойства или изменения настроения. Согласно имеющимся данным, женщины в недостаточной степени охвачены лечением, хотя надо признать, что по многим странам информация отсутствует. Материалы некоторых исследований указывают на то, что в противоположность мужчинам женщины менее склонны обращаться за медицинской помощью и проходить полный курс лечения, однако имеются и другие данные, свидетельствующие об обратном явлении. В целом при сопоставлении результатов ле-

чения в разбивке по полу каких-либо различий выявлено не было. Однако в результате анализа реализации программ комплексного или специализированного лечения с учетом потребностей женщин было установлено значительное улучшение достигаемых результатов.

В попытках получить наркологическую помощь женщины сталкиваются со значительными препятствиями системного, структурного, социального, культурного и личного характера. В большинстве стран мира женщины недостаточно представлены в руководящих кругах, способных влиять на понимание общественностью гендерных различий, на выработку политики и распределение ресурсов. Информация о наркозависимых женщинах достаточно скудна, и ощущается нехватка соответствующих данных, полученных в результате реализации малозатратных моделей лечения для женщин.

К числу наиболее существенных препятствий на структурном уровне относятся невозможность обеспечения ухода за детьми и резко предосудительное отношение к воспитывающим детей или беременным женщинам, под влиянием которого они опасаются, что будут лишены прав опеки над своими детьми, из-за чего они воздерживаются обращаться за медицинской помощью на достаточно раннем этапе. Женщины зачастую не располагают средствами для оплаты проезда, расходов по уходу за ребенком или лечения. Женщины могут проживать вдалеке от лечебных центров, в которых к тому же могут действовать недостаточно гибкие условия приема пациентов и расписания работы.

Во многих обществах лица, страдающие от наркозависимости, и особенно наркозависимые женщины, подвергаются остракизму, и из-за действующих культурных норм женщинам трудно признаться в существовании этой проблемы либо оставить дом и семью для прохождения лечения. А поскольку многие наркозависимые женщины живут вместе с наркозависимым партнером либо в семье, где какой-либо член страдает от наркомании, им еще труднее получить поддержку для прохождения лечения.

Работа по пропаганде создания целевых служб оказания помощи женщинам проводится на международном, региональном и национальном уровнях в рамках принятия программных заявлений; путем включения в национальные стратегии борьбы с наркоманией; на основе разработки передовых терапевтических методов, руководящих принципов и норм; в рамках проведения симпозиумов и подготовки докладов; а также за счет распространения информации о типовых программах.

Благодаря проведенной работе получена более полная информация, способствующая преодолению существенных препятствий, мешающих доступу женщин к лечению и его продолжению. В обществах, в ко-

торых действуют строгие культурные табу и которые располагают ограниченными ресурсами, особый успех приносят мероприятия информационно-разъяснительного характера, а также обучение членов общин, особенно живущих в общинах женщин, профилактической и лечебной деятельности. Решению задачи по распознаванию и направлению на лечение наркозависимых женщин способствуют ознакомление с проблемами наркомании специалистов, занимающихся оказанием помощи населению по другим направлениям, в частности по линии служб первичной помощи, а также взаимодействие со службами здравоохранения и социальной поддержки. Успеху дела также способствует обеспечение доступности для пациентов необходимых услуг. Особо важное значение имеет тесное взаимодействие со службами дородового наблюдения, обеспечения интересов ребенка, психиатрической помощи и поддержки в кризисных ситуациях.

При разработке программ с учетом гендерных различий интересы женщин должны приниматься во внимание на всех этапах этого процесса, включая составление программ и их осуществление. Такие программы должны основываться на едином подходе и единых принципах, которыми бы определялись рамки осуществления программы, ее содержание и программные материалы, а также обеспечивалось бы единство взглядов и оценок сотрудников, работающих по программам, в отношении методики лечения женщин.

Важными аспектами планирования и разработки программ для женщин являются вопросы их организации и условий выполнения. Программа может быть самостоятельной и предназначаться только для женщин, это может быть ориентированная на удовлетворение потребностей женщин часть более крупной организации, либо она может входить в качестве отдельного компонента для женщин в состав более широкой программы для мужчин и женщин. Женщины, занимающие руководящие должности в структурах управления и руководства программ, могут служить пациентам образцом для подражания.

Основная задача пропагандистских мероприятий, в том числе с участием лиц, принадлежащих к одной с пациентами социальной среде, состоит в привлечении к процессу лечения женщин, которые не поддерживают связи с какими-либо иными службами, и, в частности, женщин, употребляющих наркотики внутривенным путем, а также занятых оказанием сексуальных услуг за плату. Вместе с тем информационно-пропагандистские мероприятия могут использоваться для установления связей и оказания помощи женщинам, поддерживающим контакт с другими службами, но нуждающимися в доступном наркологическом лечении. В ряде случаев существенную роль в деятельности информационно-пропагандистских служб и служб низового уровня играют женщины, которые принадлежат к одному кругу с пациентками либо сами являлись или являются наркозависимыми.

В задачу службы низового уровня также входит установление контактов с пациентами, находящимися в уязвимом положении. Женщины, прибегающие к таким услугам, могут нуждаться в безопасном месте, где бы им не угрожало насилие, а также в другой практической поддержке, которую оказывают такие службы, включая предоставление стерильного инъекционного инструментария, средств для безопасного секса, продовольствия, временного жилья и одежды.

Уместно отметить, что, как при оказании услуг низового уровня, так и при проведении лечения на базе служб наркологической помощи, необходимо создавать такую обстановку, в которой пациентки ощущали бы себя в безопасности, особенно в условиях стационарного лечения для мужчин и для женщин, а также обеспечивать надлежащую подготовку персонала по вопросам соответствующего обучения и поддержки женщин. Следует осмотрительно подходить к найму мужчин в качестве сотрудников по программам и оценивать их роль в контексте лечения женщин. Некоторые женщины, разумеется, нуждаются в стационарном лечении, однако создаваемые при поддержке общин службы амбулаторного обслуживания и дневного стационарного лечения имеют многочисленные преимущества с точки зрения их доступности, в том числе и в финансовом плане. Наибольшее значение для многих женщин имеют последующее наблюдение и помощь в социальной реинтеграции, в частности воспитание умения жить в обществе, профессиональная подготовка в увязке с перспективами трудоустройства и обеспечение жильем.

Комплексная оценка позволяет обеспечить составление плана лечения с учетом особенностей пациентки и сосредоточить при этом основное внимание на вопросах ее взаимоотношений с партнерами и членами семьи, ее обязанностях, вопросах беременности, рискованного поведения, травматических переживаний и проблем психического здоровья; она также должна включать формирование у пациентки готовности к прохождению курса лечения, выявление возможной склонности к суициду и факторов, препятствующих прохождению лечения.

В ходе недавно проведенных исследований были подтверждены клинические выводы об эффективности комплексного или целевого лечения женщин, включая такие его компоненты, как программы только для женщин, обеспечение ухода за детьми, дородовое наблюдение, обучение навыкам ухода за детьми и семинары для обсуждения женских проблем. При психосоциальной терапии женщин необходимо обращать

внимание на аффективные, когнитивные и поведенческие аспекты, в том числе на формирование навыков жизни в обществе, предупреждение рецидивов, укрепление отношений с окружающими, травматические расстройства и другие сопутствующие психиатрические проблемы. Не следует также упускать из виду и такие практические вопросы, как медицинское обслуживание, занятость, обеспечение продовольствием, одеждой и транспортом.

В специальной литературе широкую поддержку встретила методика заместительной опиоидной терапии, в частности поддерживающего лечения метадонном, как способствующая сокращению потребления незаконных психоактивных веществ и связанных с этим проблем и активизации жизнедеятельности лиц с опиоидной зависимостью. Такой вид терапии оптимально соответствует потребностям беременных женщин с опиоидной зависимостью. Однако заместительная опиоидная терапия должна подкрепляться другими видами помощи по удовлетворению потребностей женщин.

В интересах привлечения беременных и воспитывающих детей женщин к лечению и прохождению ими непрерывного курса лечения необходимо взаимодействие между наркологическими службами системы дородового наблюдения и системой защиты интересов ребенка. Своевременные меры по оказанию помощи беременным и воспитывающим детей женщинам могут иметь своим следствием сокращение употребления психоактивных веществ и обеспечить более эффективное лечение беременных женщин, а также более значительную продолжительность лечения женщин, которые имеют на своем иждивении детей и/или с которыми дети находятся вместе во время прохождения ими курса лечения. В идеальном варианте все эти службы должны быть сосредоточены в одном месте.

Ощущается нехватка информации о наркозависимых женщинах, сведений о прохождении ими лечения и об эффективных моделях и методиках терапии в различных политических и социально-культурных контекстах. В этой связи становится понятно важное значение включения систематической оценки потребностей, а также мер по контролю за ходом выполнения программы и анализу проводимых мероприятий в структуру программы на этапе ее планирования и осуществления. По-прежнему существует потребность в изучении количественных и качественных аспектов эффективных методов лечения женщин, а также способов их корректировки с учетом конкретных условий различных стран.

1. Женщины, гендерные различия и проблемы употребления психоактивных веществ

В настоящей главе рассматривается доступная информация о потреблении женщинами психоактивных веществ и связанных с этим проблемах, а также об особенностях, примерах и результатах лечения в сопоставлении с аналогичными данными по мужчинам. Цельное представление о потреблении женщинами психоактивных веществ составить достаточно сложно, так как в проводимых на международном, национальном и местном уровнях исследованиях по вопросу потребления психоактивных веществ и сопутствующих проблем гендерные особенности часто не учитываются. Как указывает Мерфи [1], в некоторых странах, например в Индии, в официальной статистике могут отсутствовать данные по женщинам, употребляющим психоактивные вещества, в силу малочисленности последних и их зависимого положения в наркокультуре. Это вполне соответствует исторически сложившемуся мнению о том, что злоупотребление психоактивными веществами свойственно в первую очередь мужчинам [2].

В определенной степени скудность эпидемиологических данных, проанализированных по признаку пола, а также материалов других исследований по вопросам потребления женщинами психоактивных веществ, может объясняться нехваткой ресурсов, недостаточным пониманием проблемы и отрицательным отношением к употреблению женщинами психоактивных веществ. Кроме того, из-за трудностей методологического порядка женщин могут намеренно оставлять за рамками некоторых научных исследований и/или не проводить гендерный анализ, поскольку по сравнению с мужчинами женская физиология имеет более сложный характер, примерами которого могут служить вероятность нежелательной беременности, более значительная подверженность коморбидности, особенно среди женщин пожилого возраста, а также изменения гормонального уровня в течение менструального цикла и наличие пред- и постклимактерического периода. Отсутствие данных по женщинам и гендерным различиям особенно остро ощущается в таких регионах, как Африка, Азия и Латинская Америка [1]; следует отметить, что большинство исследований, рассматриваемых в настоящей главе, особенно по

различным методикам лечения, проводились в Соединенных Штатах Америки, а некоторые в Австралии, Бразилии, Германии и Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, поэтому делать какие-либо обобщенные выводы по результатам этих исследований применительно к другим странам было бы некорректно.

Масштабы потребления психоактивных веществ

В последнем докладе Организации Объединенных Наций *Global Illicit Drug Trends, 2002* ("Глобальные тенденции, связанные с незаконными наркотиками, 2002 год") [3], в котором затрагиваются гендерные различия в области злоупотребления психоактивными веществами, отмечается, что в некоторых традиционных азиатских обществах женщины составляют приблизительно 10 процентов от общего числа лиц, употребляющих психоактивные вещества; в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик и Латинской Америки – 20 процентов и около 40 процентов – в Северной Америке и некоторых европейских странах. По сравнению с мужчинами уровень потребления психоактивных веществ женщинами, возможно, действительно низок, но по сообщениям из Австралии, Соединенных Штатов, Канады и стран Европейского союза наблюдается постепенное выравнивание уровней потребления некоторых незаконных психоактивных веществ молодыми мужчинами и женщинами, а также общее расширение масштабов потребления среди женщин в некоторых европейских странах. В издании *Revisiting "The Hidden Epidemic": a Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS* [4], (Вновь о "скрытой эпидемии": оценка положения с потреблением наркотиков в Азии в контексте ВИЧ/СПИДа) также сообщается о росте потребления женщинами психоактивных веществ в странах Азии и о том, что во многих странах Азии увеличивается число занятых в сфере секс-индустрии женщин, злоупотребляющих наркотиками и использующих для инъекций шприцы. Сочетание таких факторов, как потребление наркотиков с помощью инъекций, занятость в сфере сексуальных услуг и

ВСТАВКА 1

ЖЕНЩИНЫ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ МИРА

Афганистан: Отмечается рост потребления психоактивных веществ среди женщин, особенно из числа беженек, причем многие из них ежедневно принимают опий (в твердом и жидком виде и путем курения) в сочетании с фармацевтическими препаратами. Эти психоактивные вещества легкодоступны в Афганистане и в лагерях беженцев в Пакистане и используются для самолечения соматических и психических расстройств. Почти каждая пятая женщина, потребляющая психоактивные вещества, старше 50 лет [5].

Австралия: По данным за 2001 год, незаконные психоактивные вещества чаще потребляют мужчины, нежели женщины (41,3 процента и 34,2 процента, соответственно), за исключением самой младшей возрастной группы. В возрастной группе от 14 до 19 лет 37,4 процента юношей и 37,9 процента девушек признают, что хотя бы один раз пробовали незаконное психоактивное вещество. В этой же возрастной группе девушки (1,7 процента) в отличие от юношей (1,0 процента) чаще пробовали прибегать к внутривенным инъекциям. Потребление незаконных психоактивных веществ больше всего распространено в возрастной группе 20–29 лет, в которой 65,2 процента мужчин и 59,9 процента женщин признают, что хотя бы раз в жизни употребляли незаконный наркотик. В Австралии показатель распространения расстройств, вызываемых потреблением психоактивных веществ, составляет 3,1 процента среди мужчин и 1,3 процента среди женщин; из них 46 процентов женщин и 25 процентов мужчин страдают сопутствующими заболеваниями [6, 7].

Бразилия: Результаты обследования домохозяйств на предмет определения масштабов потребления психоактивных веществ в 24 крупных городах штата Сан-Паулу свидетельствуют о том, что соотношение мужчин и женщин, потребляющих каннабис, составляет 3,5:1, а кокаин – 4:1. Показатель потребления стимуляторов составляет 0,3:1, бензодиазепинов – 0,6:1. Тем не менее в ходе обследования выяснилось, что доля женщин, начинающих практиковать потребление кокаина, выше, чем соответствующая доля мужчин, что позволяет предположить возможный рост кокаиновой зависимости среди женщин (Карлини и другие, упомянутые в [8]).

Чили: Показатели потребления незаконных психоактивных веществ в течение жизни и в последнее время среди мужчин выше, чем среди женщин, однако показатели зависимости от кокаина и кокаиновой пасты выше среди женщин. В течение последних нескольких лет показатели потребления незаконных психоактивных веществ остаются стабильными, снизился уровень потребления препаратов на основе каннабиса и кокаиновой пасты среди подростков, особенно девочек в подростковом возрасте. В то же время среди девушек этой возрастной группы отмечен более значительный рост потребления алкоголя по сравнению с юношами [9].

Китай: В 1990-х годах резко возросло число зарегистрированных наркоманов [4], однако считается, что фактически их число значительно выше. В некоторых провинциях доля лиц, потребляющих наркотики внутривенно, колеблется от 50 до 80–90 процентов всех зарегистрированных наркоманов. Растет также число женщин, употребляющих психоактивные вещества, причем многие из них занимаются также проституцией, чтобы иметь возможность покупать наркотики. Результаты второго национального эпидемиологического обследования, организованного с целью определения масштабов злоупотребления незаконными психоактивными веществами в шести районах Китая, в которых наиболее широко распространена наркомания, свидетельствуют о том, что среди женщин показатель потребления незаконных психоактивных веществ когда-либо в течение жизни составляет 0,57 процента, а среди мужчин 2,58 процента. За предыдущие 12 месяцев такие показатели составляют, соответственно, 0,48 процента для женщин и 1,80 процента для мужчин. Из незаконных наркотиков чаще всего используются опиаты, прежде всего героин, за которым следует опий, хотя данные в разбивке по видам наркотиков не представлялись [10].

Германия: По оценкам, приблизительно 15–25 процентов лиц, потребляющих сильнодействующие психоактивные вещества (незаконные наркотики, помимо каннабиса), составляют женщины, большая часть которых страдает полинаркоманией, отдавая предпочтение героину. В то же время растет потребление "крэка" среди женщин в возрасте от 20 до 30 лет и женщин в возрасте от 35 лет и старше [11, 12].

Европейский союз: В странах Европейского союза, как и во многих других регионах мира, национальные показатели потребления незаконных наркотиков у женщин ниже, чем у мужчин, хотя показатели потребления законных и незаконных лекарственных средств, таких как бензодиазепины, выше у женщин. В то же время гендерные различия в показателях потребления каннабиса среди подростков (15–16 лет) весьма незначительны или вообще отсутствуют, а девочки предположительно начинают экспериментировать с психоактивными веществами в более раннем возрасте, чем мальчики. В отличие от мужчины женщины совершают меньше преступлений против собственности, однако в странах Европейского союза оказание сексуальных услуг является источником дохода почти у 60 процентов женщин, потребляющих психоактивные вещества [13].

Индия: В Индии психоактивные вещества потребляются главным образом мужчинами, однако в различных городах Индии возросло злоупотребление героином среди женщин. В ходе экспресс-оценки положения в 14 городах Индии в 2000–2001 годах было выявлено, что доля женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами, составляет в среднем 7,9 процента выборки, при этом чаще всего они злоупотребляют героином, алкоголем, каннабисом и болеутоляющими средствами. По данным обследования, как правило, это одинокие, образованные и имеющие работу женщины, давно начавшие употреблять психоактивные вещества. К тому же они ведут опасный образ жизни, например рано начинают половую жизнь и пользуются общим инъекционным инструментарием [1]. В рамках другого исследова-

дования [1] в трех индийских городах, в ходе которого были опрошены 75 женщин, употребляющих психоактивные вещества, выяснилось, что они в основном злоупотребляют героином, пропоксифином, алкоголем и слабыми транквилизаторами. Некоторые женщины сообщили об употреблении каннабиса и сиропа от кашля. Согласно их ответам, эти женщины начали употреблять психоактивные вещества в основном под влиянием друзей, стресса и напряжения, а также супруга или партнера. Почти половина опрошенных занимались оказанием сексуальных услуг, чтобы заработать на наркотики, и почти треть из них торговали наркотиками.

Иран (Исламская Республика): Экспресс-оценка положения в области потребления наркотиков, проведенная в 1999 году Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Исламской Республикой Иран, показывает, что из 800 000–1 200 000 лиц, злоупотреблявших психоактивными веществами, женщины составляют 6 процентов [14]. Считается также, что потребление психоактивных веществ женщинами быстро возрастает [4]. В Исламской Республике Иран среди наркоманов наибольшим спросом пользуются опий, отходы опия, героин и каннабис. Лишь около 5 процентов женщин, употребляющих психоактивные вещества, сообщили о применении инъекций, причем в основном это женщины в возрасте от 22 до 30 лет, а также занятые в сфере сексуальных услуг. Промежуток времени между первым употреблением психоактивного вещества и переходом к их введению внутривенным составляет в среднем 2,5 года (в отличие от 8 лет для мужчин). Из числа лиц, проходящих лечение, женщины составляют лишь около 5 процентов [15, 16].

Кения: Согласно результатам обследования лиц, потребляющих героин, в одном из прибрежных городов Кении [17, 18], приблизительное соотношение мужчин и женщин среди них составляет 20:1. Многие из потребляющих героин женщин заняты в секс-индустрии. В этом же обследовании делается вывод о том, что свыше 50 процентов лиц потребляют героин внутривенным путем.

Российская Федерация: Данные официальной статистики свидетельствуют о том, что среднегодовое число женщин, впервые регистрируемых с диагнозом наркомания, за период 1993–1999 годов в Российской Федерации возросло в 10 раз, а в Москве – в 16 раз. В результате опроса 80 женщин, участвовавших в двух программах лечения от героиневой зависимости, было установлено, что период времени между началом употребления героина и началом лечения у женщин короче, чем у аналогичной группы мужчин; женщины в четыре раза чаще, чем мужчины, употребляют героин в качестве своего первого психоактивного вещества и часто приступают к его внутривенному введению без предварительного потребления интраназальным путем [19].

Соединенные Штаты Америки: В 2002 году было проведено национальное исследование по проблеме употребления наркотических веществ и здоровью [20] среди лиц в возрасте от 12 лет и старше, в ходе которого 6,4 процента женщин и 10,3 процента мужчин сообщили о потреблении незаконных наркотиков в текущем (прошедшем) месяце. В то же время показатели потребления психотерапевтических средств в немедицинских целях были почти одинаковы и составили 2,6 процента у женщин и 2,7 процента у мужчин. Из 12–17-летних 12,3 процента мальчиков и 10,9 процента девочек сообщили о потреблении "какого-либо незаконного наркотика" за последний месяц. Однако девушки в отличие от юношей чаще употребляли психотерапевтические средства в немедицинских целях (4,3 процента против 3,6 процента) [20].

опасные половые контакты, в значительной степени повышает среди женщин риск заражения ВИЧ, особенно в странах Азии, Восточной Европы и Северной Америки.

Хотя масштабы потребления незаконных психоактивных веществ женщинами в отличие от мужчин возможно меньше, женщины более склонны к употреблению фармацевтических препаратов (приобретаемых как незаконным образом, так и по предписанию врача), причем самые высокие показатели потребления таких препаратов, по крайней мере в Европе и Северной Америке, отмечаются среди женщин пожилого возраста.

Физиологические последствия

Сведения о гендерных различиях в физиологических последствиях употребления психоактивных веществ довольно ограничены. Правда, по некоторым веществам, таким как алкоголь и табак, имеются свидетель-

ства того, что женщины, возможно, в большей степени, чем мужчины, уязвимы с точки зрения острых и долгосрочных последствий. Например, при употреблении равного количества алкоголя содержание алкоголя в крови у женщин бывает выше, чем у мужчин, а изучение долговременных последствий употребления алкоголя свидетельствует о том, что женщины больше, нежели мужчины, подвержены риску заболевания печени, возникновению церебральных нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний [21–23]. В то же время результаты одного из недавних исследований показывают, что у женщин старшего возраста содержание алкоголя в крови бывает выше, чем у более молодых женщин. Это свидетельствует о том, что возраст может быть более точным показателем, чем пол пациента. Равным образом, исследования табакокурения показывают, что в долгосрочном плане женщины подвержены большему риску ухудшения состояния их здоровья, например раку легких и заболеваниям сердца, чем мужчины [2]. Однако о гендерных различиях в области острых и долгосрочных последствий потребления незаконных психоактивных ве-

ществ [24] известно мало, хотя психоактивные вещества часто влияют на менструальный цикл [2, 25] и сами испытывают на себе его влияние.

Кокаин

Имеются сведения о некоторых гендерных различиях в прямых и долговременных последствиях потребления кокаина. Например, в исследовании, проведенном Лукасом и коллегами [26], указывается, что мужчины могут быть более чувствительны, чем женщины, к непосредственному субъективному воздействию кокаина. Кроме того, хотя уровень кокаиновой плазмы у женщин неодинаков на различных этапах менструального цикла, это влияет на их чувствительность к кокаину. В этом же исследовании высказывается предположение о том, что по сравнению с мужчинами женщины могут быть более чувствительны к непосредственному воздействию кокаина на сердечно-сосудистую систему. С точки зрения долговременных последствий, в одном исследовании было установлено, что мужчины, потребляющие кокаин в течение менее длительного периода времени, чем женщины, в большей степени подвержены церебральным нарушениям. При этом выдвигалась гипотеза, согласно которой защитой от подобных нарушений у женщин служат женские гормоны [27]. Исследования позволили также выявить, что мужчины и женщины в равной мере подвержены когнитивным расстройствам, даже в случаях, когда женщины принимают кокаин более длительное время. Было установлено, что кокаин нарушает менструальный цикл у женщин и сказывается на фертильности [2, 28, 29]. Гендерные различия были также выявлены и в ходе исследований на подопытных животных, которые могли сами бесконтрольно принимать наркотики. Выяснилось, что самки чаще и больше, чем самцы, принимают наркотики и что их поведение определяется колебаниями в уровне гормонов [30].

Опиоиды

Аналогичные гендерные различия были также установлены и при изучении на животных особенностей самостоятельного приема героина. Как и в вышеописанном случае, героиновая зависимость развивается у самок быстрее, чем у самцов (см. ниже) [28].

С точки зрения долговременных последствий для здоровья в научной литературе не содержится сведений о гендерных различиях, связанных с потреблением опиоидов путем инъекций, например о повреждении вен, бактериальных инфекциях, образовании абсцессов, целлюлитов или заболеваниях печени и почек [24]. Некоторые исследования указывают на то, что женщины, употребляющие опиоиды внутривенным путем, подвержены большему риску заражения ВИЧ [31, 32] и что вообще среди женщин, употребляющих наркотики внутривенно, смертность выше, чем среди мужчин (см. ниже). Героин так же, как и кокаин, влияет на менструальный цикл. У женщин, потребляющих

опиоиды, может возникать повторная аменорея, и они подвержены опасности незапланированной беременности [33]. Поскольку женщины могут и не догадываться о своей беременности, они могут с опозданием обратиться за медицинской помощью [34].

Бензодиазепины и другие седативно-гипнотические средства

Судя по имеющимся эпидемиологическим данным, женщины чаще, чем мужчины, потребляют препараты в немедицинских целях [35] и соответствуют критериям сформированной на протяжении жизни зависимости (на основе третьего издания "Руководства по диагностике и статистике психических расстройств" (Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders) (DSM III-R)) от таких веществ, как транквилизаторы и седативные средства, принимаемые в немедицинских целях [36]. Тем не менее мало что говорит о том, что существуют гендерные различия в острых проявлениях или долговременных последствиях потребления подобных веществ.

Зависимость

Как отмечалось выше, исследования на животных выявили гендерные различия при самостоятельном неконтролируемом приеме некоторых наркотиков. Исследования также показали, что вопреки отсутствию гендерных различий в формировании устойчивого потребления психоактивных веществ после их первого приема у женщин, как правило, быстрее, чем у мужчин, возникает зависимость от таких наркотиков, как каннабис, кокаин и другие стимуляторы, опиоиды, ингаляторы, галлюциногены и депрессанты центральной нервной системы (ЦНС). Это означает, что у женщин развивается одинаковая с мужчинами степень зависимости от таких веществ, хотя они потребляют их в течение меньшего периода времени [2, 25, 28, 37]. Понимание гендерных особенностей проявления факторов, способствующих формированию наркотической зависимости, может сыграть важную роль в эффективной профилактике наркомании. Исследования также свидетельствуют о том, что мужчины обычно имеют больше возможностей для потребления незаконных психоактивных веществ, чем женщины. Тем не менее при наличии равных возможностей вероятность потребления психоактивных веществ мужчинами и женщинами одинакова, и они одинаково подвержены опасности формирования у них наркомании в результате первой попытки попробовать наркотик [28].

Потребление наркотиков путем инъекций и риск заражения заболеваниями, передаваемыми через кровь

Исследования показывают, что женщины, прибегающие к внутривенному введению наркотиков, в боль-

шей степени, чем мужчины, подвержены риску заражения ВИЧ, и показатель смертности среди них выше. У женщин чаще, чем у мужчин, имеется сексуальный партнер, который использует шприцы для инъекций и через которого попадают использованные иглы [38]. Кроме того, в своих социальных связях женщины чаще, чем мужчины, обмениваются инъекционным инструментарием [39]. В некоторых странах, например в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик, в которых широко распространено групповое употребление наркотиков с помощью инъекций, последними иглой/шприцем пользуются женщины [40]. Такой характер поведения представляется опасным также с точки зрения заражения женщин другими болезнями, передаваемыми через кровь, например гепатитом. Среди лиц, употребляющих наркотики внутривенным путем, инфицированность вирусом гепатита С (ВГС) очень высока [41, 42]. В проведенном в Ванкувере, Канада, обследовании лиц, употребляющих наркотики с помощью инъекций, Патрик и другие [42] установили, что одним из факторов (потребление кокаина, частые внутривенные инъекции), способствующих ВГС-сероконверсии, является принадлежность к женскому полу.

В ходе исследований были изучены факторы ВИЧ-сероконверсии у женщин, потребляющих наркотики путем инъекций [43, 44]. В Ванкувере, Канада, где показатель заражения ВИЧ среди женщин выше, чем у мужчин, факторами риска сероконверсии у женщин являются потребление кокаина путем инъекций один или несколько раз в день, потребность в посторонней помощи для внутривенного введения наркотиков, неиспользование презервативов регулярным партнером и связи с ВИЧ-инфицированными партнерами [44]. Брюно и коллеги [38] изучили причины заражения ВИЧ среди женщин и мужчин, потребляющих наркотики путем инъекций в Монреале. Для тех и других заражение ВИЧ было связано с использованием общих игл с партнером, о котором было известно, что он ВИЧ-инфицирован, а также с использованием общих игл за последние шесть месяцев. Кроме того, для женщин заражение ВИЧ связано с приобретением игл в наркопритонах и с отказом от лечения; для мужчин решающими факторами являются сексуальная ориентация, предпочтительный наркотик (кокаин вместо героина) и источник поступления игл (аптека или программа обмена игл). Исследование, проведенное в пяти городах Европейского союза [42], позволило установить, что помимо потребления наркотиков путем инъекций (даже в случае совместного употребления инъекционного инструментария), бесспорно решающим фактором заражения ВИЧ является сексуальное поведение, в том числе партнер – носитель ВИЧ, коммерческие секс-услуги и зараженность заболеванием, передаваемым половым путем (ЗПП). К другим факторам относятся возраст, уровень образования, бродяжничество и отбывание наказания в тюрьмах. Помимо того, что женщины в большей степени подвержены опасности заражения

ВИЧ, после инфицирования этим вирусом у них быстрее, чем у мужчин, развивается СПИД [28].

В ходе проведенного в Италии обследования контингента из 4200 потребителей инъекционных наркотиков, охваченных программами замещения метадонном, было установлено, что показатель смертности всего обследуемого контингента составляет 10,1 процента с весьма существенной гендерной разницей (9,3 процента для мужчин и 18,1 процента для женщин) [45]. Высокий уровень смертности мужчин и женщин объясняется инфекционными заболеваниями, болезнями, протекающими с расстройством кровообращения, респираторными заболеваниями и болезнями пищеварительного тракта, а также насильем, передозировкой наркотиков и СПИДом. Возросла смертность среди женщин от пневмонии и септицемии, а мужчин от злокачественных опухолей. Проведенное затем в Шотландии исследование, в рамках которого ретроспективно изучались данные 1989 года о потреблении инъекционных наркотиков и смертности, также выявило значительно более высокую смертность среди потребляющих инъекционные наркотики женщин (0,85 процента женщин по сравнению с 0,42 процента мужчин) в течение одного года [46]. Эти данные свидетельствуют о том, что риск летального исхода для потребляющих инъекционные наркотики женщин в четыре раза выше соответствующего показателя для женщин, не потребляющих такие наркотики, в то время как смертность среди мужчин такой категории лишь в полтора раза превышает соответствующий показатель среди мужчин, не употребляющих наркотики внутривенным путем.

Беременность и потребление психоактивных веществ

Потребление незаконных психоактивных веществ во время беременности может привести к снижению веса тела новорожденного, преждевременным родам и нарушениям в питании [33, 47]. Некоторые из этих последствий могут быть вызваны образом жизни, связанным с потреблением психоактивных веществ, например плохим питанием, отсутствием медицинского ухода и социальной помощи, а также инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД и гепатит, которые могут усугубить любое прямое воздействие принимаемых незаконных психоактивных веществ на здоровье матери и плода.

У женщин, которые употребляют героин или другие опиоиды во время беременности, изменение уровня опиоидов в крови может вызывать синдром отмены, опасность выкидыша, досрочные роды или рождение маленького (с точки зрения гестационного возраста) ребенка и синдром неонатальной абстиненции [33, 47].

Что касается женщин, употребляющих во время беременности кокаин, то последствия для матери и плода

могут выражаться в форме повышения кровяного давления, заболеваний сердца, стенокардии и внезапной смерти, преждевременном разрыве плодного пузыря (ПРПП), снижении гестационного возраста, снижении веса тела новорожденного, а также в предлежании плаценты и ее отделении от матки с обильным кровотечением и гибелью плода. Сообщалось также о некоторых тератогенных эффектах [33, 47].

Установлено, что употребление каннабиса во время беременности ведет к укорачиванию гестационного периода и замедлению роста веса плода, а у более активных потребителей каннабиса – к треммеру и изменению визуальной реактивности новорожденных [33, 47].

Психосоциальные факторы риска и их последствия

Поступающие на лечение женщины отличаются от мужчин своими демографическими особенностями, историей потребления психоактивных веществ и характером и тяжестью связанных с этим проблем.

Демографические особенности и история потребления наркотиков

По результатам проведенных в основном в Соединенных Штатах Америки [37, 48–53], а также в Бразилии [8] и Соединенном Королевстве [54] обследований лиц, согласившихся на лечение, было установлено, что при сравнении мужчин и женщин, принявших решение пройти курс лечения, женщины:

- a) моложе;
- b) менее образованы и имеют меньший доход;
- c) чаще не имеют работы, живут не одни и не имеют проблем с правоохранительными органами (хотя среди женщин, у которых такие проблемы возникли, злоупотребление психоактивными веществами вполне могло сыграть значительную роль в совершении ими преступлений);
- d) чаще являются домохозяйками, состоят в законном или в гражданском браке; имеют детей, проживающих вместе с ними; имеют партнера, злоупотребляющего психоактивными веществами; стали употреблять психоактивные вещества, а затем практиковать потребление инъекционных наркотиков под влиянием своего партнера; имеют полового партнера – потребителя инъекционных наркотиков, вместе с которым они вводят себе наркотики; имеют работу и семью или сталкиваются с социальными проблемами; болеют; в семье отмечены случаи злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами; их диагноз – только злоупотребление наркотиками, в отличие от злоупотребления алкоголем и наркотиками; и у них более короткий период между началом злоупотребления психоактивными веществами и началом лечения.

В Бразилии в составе выборки лиц, приступивших к лечению, возрастные различия между мужчинами и женщинами отсутствовали, а женщины имели лучшее образование, чем мужчины. Авторы [8] высказывают предположение о том, что отсутствие возрастных различий между мужчинами и женщинами объясняется, очевидно, теми трудностями, с которыми сталкиваются женщины в Бразилии, желающие пройти курс лечения. Это говорит о необходимости проявлять осторожность при обобщении результатов обследований, проводимых в разных странах.

Следует также отметить, что во многих районах мира, особенно там, где происходит перестройка экономики, в связи с материальными трудностями женщинам, чтобы выжить, приходится заниматься предоставлением сексуальных услуг или незаконным оборотом наркотиков. Это может способствовать разрастанию существующей в настоящее время проблемы потребления психоактивных веществ или заставить женщин начать принимать психоактивные вещества [1, 40].

Психические травмы и сопутствующие заболевания

Женщины подвергаются побоям или изнасилованию часто со стороны своего партнера-мужчины или других членов семьи мужского пола, что является широко распространенной проблемой [55–58]. Исследования показывают, что женщины, злоупотребляющие психоактивными веществами, в большей степени, чем мужчины, подвергаются побоям и/или сексуальному насилию [51, 53, 59]. Если в свое время на женщин было совершено нападение с применением насилия, то у нее может возрасти риск потребления психоактивных веществ и возникновения расстройств, связанных с посттравматическим стрессом, или других психических заболеваний. Потребление психоактивных веществ может также повысить риск подобных нападений в будущем [60–62].

Исследования свидетельствуют о том, что женщины, которые в детском возрасте подвергались насилию, значительно чаще потребляют незаконные психоактивные вещества, нежели женщины, которые в детском возрасте не подвергались насилию [63]. Хиен и другие [64] сообщают, что у женщин, которые в детском возрасте подвергались насилию, раньше начинает формироваться зависимость от психоактивных веществ. В докладе Национальной службы оценки данных Соединенных Штатов Америки [65] отмечается, что в Соединенных Штатах среди женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами, 90 процентов были изнасилованы по крайней мере раз в жизни, а 50 процентов из них хотя бы раз в жизни были избиты. Соответствующие показатели в других странах могут быть ниже.

В Австралии в национальном обследовании женщин, состоящих на учете в учреждениях, занимающихся

лечением от алкоголизма и наркомании, отмечается, что чуть более трети всей выборочной совокупности лиц в детском возрасте были изнасилованы (37 процентов) чаще всего родственниками мужского пола (67 процентов). В меньшей степени они подвергались побоям в детском возрасте (21 процент), свыше трети женщин были изнасилованы уже во взрослом возрасте (35 процентов), чаще всего их сексуальными партнерами или незнакомыми лицами. Несколько большее число женщин подвергались побоям, уже будучи взрослыми (38 процентов) [66]. Сообщается также, что в Германии 50–60 процентов женщин, испытывающих зависимость от незаконных психоактивных веществ, но не от каннабиса, подвергались в свое время побоям или были изнасилованы. Изнасилованные женщины чаще становятся полинаркоманами [67, 68].

Психические травмы могут приводить к возникновению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или к другим психическим заболеваниям. Распространенность ПТСР среди женщин, проходящих курс лечения от злоупотребления психоактивными веществами, составляет от 30 до 59 процентов [69, 70]. ПТСР способствует дальнейшему усилению навязчивых воспоминаний о психотравмирующей ситуации и, как правило, несоблюдению указаний лечащего врача и ухудшению результатов лечения [64, 70–72].

В исследованиях также отмечается, что по сравнению с мужчинами женщины, потребляющие психоактивные вещества, чаще страдают от психиатрических симптомов или диагностированных психических расстройств, как правило, от тревоги, депрессии (хотя гендерные различия в уровнях депрессии среди лиц, потребляющих психоактивные вещества, являются менее выраженными, чем в выборочной совокупности в целом), от пограничных личностных расстройств и от нарушения питания [6, 73, 74]. Сообщается также, что у женщин более высокий, чем у мужчин, коэффициент суицидальной идеации и покушений на самоубийство [73]. В отличие от женщин у мужчин чаще диагностируются изменения личности, носящие антисоциальный характер [74].

Для мужчин и женщин характерна также различная последовательность развития психического заболевания и злоупотребления наркотиками [75, 76]. В исследовании Брэди и коллег указывается, что у женщин такие психические расстройства, как депрессия, склонность к панике и ПТСР, как правило, предшествуют появлению зависимости от психоактивных веществ, а у мужчин, по крайней мере депрессия, часто наступает после потребления психоактивных веществ, особенно кокаина и алкоголя. Роббинс [77] делает вывод о том, что у женщин злоупотребление психоактивными веществами часто обусловлено такими проблемами, как депрессия, раздражительность и беспокойство, а у мужчин – проблемами социального характера, в частности вопросами трудоустройства, финансовыми и юридическими проблемами.

Степень тяжести проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками

Исследования выявили гендерные различия в степени тяжести проблем в начале лечения, в частности, касающиеся частоты потребления в это время психоактивных веществ и индексации степеней тяжести проблемы.

В исследовании госпитализированных больных, проходящих бесплатный курс лечения от наркомании в одном из городов Соединенных Штатов Америки [48], было установлено, что у женщин в целом по всем аспектам показателя выраженности наркомании, за исключением юридического, этот индекс в целом был более высоким, чем у поступивших на лечение мужчин. Равным образом, Ачария и Чжан [49], используя данные проведенного в Соединенных Штатах Америки исследования результатов лечения от алкоголизма и наркомании (DATOS), установили, что женщины чаще, чем мужчины, потребляют много или очень много основных наркотиков – героина и кокаина, – и показатель выраженности наркомании у них выше, чем у мужчин. Равным образом, Стюарт и другие [54] установили, что в Соединенном Королевстве в рамках выборки лиц, проходивших курс лечения, у женщин было больше проблем со здоровьем, чем у мужчин, и они чаще употребляли кокаин. Вексберг и другие [53], также используя данные DATOS, обнаружили, что, хотя мужчины более склонны к ежедневному и еженедельному потреблению алкоголя и марихуаны, женщины, в отличие от мужчин, более склонны к ежедневному потреблению кокаина и героина, за исключением лиц, проходящих курс лечения метадонном. Кроме того, женщины несколько больше, чем мужчины, пользуются седативными веществами или барбитуратами, амфетаминами и другими опиоидами.

Поступление на лечение, его завершение, а также результаты лечения

Хотя данные о масштабах проблемы потребления женщинами психоактивных веществ в большинстве регионов мира отсутствуют, многие исследователи и специалисты-практики полагают, что в статистических данных о лечении женщины недопредставлены. Некоторые сведения о доле женщин, проходящих курс лечения в различных регионах и странах, приводятся в вставке 2.

Исследования показывают, что женщины, желающие пройти курс лечения, сталкиваются с многочисленными препятствиями, что у них возникают более серьезные проблемы при поступлении на лечение и что они более склонны проходить курс лечения от злоупотребления психоактивными веществами в психиатрических больницах, чем в лечебно-наркологических заведениях [2]. Поэтому не удивительно, что

ВСТАВКА 2

ЖЕНЩИНЫ, ПРОХОДЯЩИЕ КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Австралия: В Австралии в период 2001–2002 годов 44 процента всех проходивших лечение лиц составляли женщины. (В 1999 году их доля составляла 35 процентов.) Женщины были значительно моложе мужчин. Можно предположить, что они чаще, чем мужчины, сталкивались с проблемами, связанными со злоупотреблением героином или бензодиазепинами. Показатели потребления амфетаминов и кокаина по мужчинам и женщинам были одинаковы [78].

Китай: В соответствии с увеличением показателей потребления женщинами психоактивных веществ в Китае сообщается, что в некоторых провинциях (Юньнань и Гуанси) из числа поступающих на лечение лиц женщины составляют от 16 до 25 процентов. В ряде провинций снизился возраст женщин, поступающих на лечение. В Гуанси многим из них по 17–18 лет [4].

Европейский союз: В странах Европейского союза данные, полученные о поступивших на лечение амбулаторных больных в Дании, Финляндии, Германии, Греции, Нидерландах и Швеции, позволяют утверждать, что в 2001 году из всего числа поступивших на лечение больных женщины составляли 20,8 процента. С точки зрения гендерных различий, в том что касается злоупотребления психоактивными веществами, вызывающими зависимость, женщины составляли почти треть потребителей стимуляторов (32,5 процента); это существенно отличается от 18,8 процента женщин, употреблявших опиаты, 15,0 процента женщин, употреблявших кокаин, и 14,2 процента женщин, употреблявших каннабис [79]. В Германии женщины чрезмерно широко представлены в некоторых областях лечения, таких как заместительная терапия для больных опиоидной наркоманией, однако недопредставлены в области стационарного лечения [12].

Индия: В лечебно-наркологических центрах доля женщин составляет от 1 до 10 процентов, однако эти цифры могут быть преуменьшены, так как женщины подвергаются в этой связи большей стигматизации, чем мужчины, кроме того, на них лежат обязанности по уходу за детьми [4].

Соединенные Штаты Америки: В 2002 году из всего числа лиц, поступивших на лечение в связи со злоупотреблением психоактивными веществами, включая алкоголь, доля женщин составила 30,4 процента. Исходя из доли мужчин и женщин в процентах, злоупотребляющих основными психоактивными веществами, можно утверждать, что мужчины чаще лечатся от алкоголизма (53,3 процента мужчин и 39,6 процента женщин), а женщины от злоупотребления героином, кокаином, стимуляторами и транквилизаторами. Из опрошенных женщин 41,7 процента заявили о том, что какое-то время в своей жизни они принимали тот или иной незаконный наркотик, о чем свидетельствует проведенное в 2002 году национальное исследование по употреблению наркотических веществ и здоровью; в период с 2000 по 2002 год из числа лиц, посетивших отделения неотложной помощи в связи со злоупотреблением наркотиками, женщины составляли 46 процентов, т. е. на 22 процента больше, чем в 1995 году; из всего числа умерших от злоупотребления наркотиками доля женщин составила 34 процента [80].

число женщин, проходящих курс лечения, является весьма незначительным, они реже заканчивают полный курс лечения, а их лечение является менее эффективным, чем лечение мужчин (с учетом того что продолжение и завершение курса лечения самым непосредственным образом связано с его результатами [81]). Тем не менее результаты исследований гендерных различий при поступлении на лечение и его завершении, а также результаты лечения являются неоднозначными.

Последние исследования, проведенные на основе выборки пациентов, главным образом в Соединенных Штатах Америки, а также в Соединенном Королевстве и Германии, позволяют сделать следующие выводы:

а) Поступление на лечение. В ходе изучения данных, связанных с поступлением на лечение, были получены противоречивые результаты относительно гендерных различий. В рамках одного из обследований лиц, потребляющих героин и кокаин в Соединенном Королевстве [82], было установлено, что мужчины, злоупотреблявшие кокаином, чаще, чем злоупотребляющие кокаином женщины, обращались в ле-

чебные заведения, однако среди лиц, потребляющих героин, каких-либо гендерных различий в этой связи не выявлено. В Соединенных Штатах Америки было проведено два исследования, в ходе которых было установлено, что женщины, которые связывались с лечебно-наркологическими службами, в меньшей степени, чем мужчины, были склонны приступать к лечению, однако в ходе одного исследования не было выявлено никаких различий в том, что касается поступления на лечение [51, 83, 84]. Там, где различия были выявлены, они объяснялись трудностями обеспечения ухода за детьми, отсутствием медицинского страхования, недостаточным числом коек для женщин в лечебных заведениях стационарного типа и обслуживанием в первую очередь беременных женщин;

б) Завершение курса лечения. Как и с поступлением на лечение, результаты исследований, связанных с завершением курса лечения, также являются противоречивыми [48, 50–52, 54, 71, 83, 85]. В ходе двух обследований больных, проходивших бесплатный курс лечения (стационарный и амбулаторный) в Соединенных Штатах Америки, было установлено, что женщины значительно чаще, чем мужчины, не заканчивают курс лечения. В исследовании Доуни и коллег

указывается, что более низкий показатель завершения курса лечения объясняется лишь включением в исследование беременных женщин. Напротив, в других исследованиях, в которых сопоставляются мужчины и женщины, проходящие лечение в различных условиях в Германии, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки, гендерные различия в завершении курса лечения не выявлены. В отношении женщин факторами, способствующими незавершению курса лечения, являются проблемы с психическим здоровьем, тяжесть проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками, и проблемы занятости. Кроме того, Скотт-Леннокс и другие [86], изучив административно-хозяйственную документацию в одном из штатов Соединенных Штатов Америки, установили, что чаще всего курс лечения не завершают беременные женщины, афроамериканки, женщины с маленькими детьми или женщины моложе 21 года. Свифт, Коупленд и Холл [66] выявили следующие факторы, способствующие завершению курса лечения женщин: гибкий подход, внимание и участливость персонала, ограниченное число правил, индивидуальное консультирование, лечение только для женщин, патронаж и уход за детьми;

с) Результаты лечения. Проведенные в Австралии, Германии, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах Америки исследования с использованием данных прежде всего крупных национальных исследований о результатах лечения [49, 54, 85, 87, 88] каких-либо гендерных различий в полученных результатах не выявили. Отчасти это можно объяснить тем, что женщины, которым приходится преодолевать значительные препятствия, чтобы пройти курс лечения, в большей степени заинтересованы в его завершении;

д) Рецидив. В связи с отсутствием гендерных различий в результатах лечения в ходе некоторых исследований было установлено, что у женщин рецидив происходит реже, чем у мужчин. Возможно, это объясняется тем, что женщины проходят более полный курс лечения, чем мужчины, и в большей степени заинтересованы в его завершении [74, 89];

е) Целевое лечение для женщин. С помощью мета-анализа эффективности 33 программ лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами [90] и проведенного Эшли и другими [91] обзора 38 исследований (7 контрольных экспериментов, отобранных по слепому методу, и 31 нерандомизированного исследования) позволили установить, что результаты лечения были лучше у женщин, которые прошли курс лечения, специально предназначенный для женщин. Об аналогичных результатах лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами в Норвегии сообщает также Трулссон [92]. В последнем исследовании лучшие результаты лечения были выявлены у женщин, посещавших терапевтические сеансы только для женщин. Еще с помощью одного проведенного в Австралии исследования [93] было установлено, что в программах для женщин могут участвовать женщины, которые во многом отличаются

от тех, кто участвует в смешанных программах лечения. В рамках исследования было установлено, что в специальных программах для женщин могут участвовать значительно больше женщин с детьми, лесбиянок, женщин с анамнезом наркотической и алкогольной зависимости и женщин, изнасилованных в детстве. Эти данные позволяют предположить, что предоставление лечебных услуг, отдельно для мужчин и женщин, вполне устраивает женщин, которым в противном случае, возможно, пришлось бы отказаться от лечения наркомании. Кроме того, для лесбиянок, женщин, изнасилованных в детстве, и женщин, имеющих на иждивении детей, участие в специальной программе для женщин позволяет сократить отсев.

Основные положения

Основные положения первой главы можно сформулировать следующим образом:

а) наблюдается недостаток научной информации по всем аспектам потребления женщинами психоактивных веществ и связанных с этим проблем, включая физиологические и психосоциальные воздействия и последствия, особенности женщин, страдающих от потребления психоактивных веществ, и опыт их лечения, особенно в свете информации о женщинах в развивающихся странах;

б) в целом женщины в меньшей степени, чем мужчины, склонны к потреблению незаконных психоактивных веществ, таких как опиоиды и кокаин, однако более склонны к употреблению фармацевтических препаратов. Тем не менее есть некоторые данные о том, что среди молодежи наблюдается постепенное сближение показателей потребления незаконных психоактивных веществ;

с) в ходе исследований на людях и животных появляются данные о существовании гендерных различий между непосредственным воздействием некоторых незаконных психоактивных веществ и их более длительными последствиями. Например, женщины быстрее, чем мужчины, приобретают зависимость от целого ряда незаконных психоактивных веществ, а женщины, потребляющие наркотики внутривенным путем, в большей степени, чем мужчины, подвержены риску заражения ВИЧ, в целом среди них отмечается более высокая смертность;

д) употребление незаконных психоактивных веществ во время беременности может привести к преждевременным родам и замедленному развитию плода, а также к другим характерным последствиям потребления психоактивных веществ;

е) по сравнению с мужчинами женщины, желающие пройти курс лечения, как правило, бывают моложе и обладают менее широкими возможностями для получения образования, работы и доходов, имеют на иждивении детей и проживают совместно с супругом или партнером, потребляющим наркотики;

f) женщины, страдающие от потребления психоактивных веществ, чаще, чем мужчины, испытывают психологические травмы, у них чаще возникают сопутствующие психиатрические расстройства;

g) согласно имеющейся информации, число женщин, проходящих курс лечения от злоупотребления психоактивными веществами, как правило, является заниженным, а сведения о распространенности проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, во многих странах являются ограниченными;

h) в ходе одних исследований, посвященных поступлению на лечение и завершению курса лечения, было установлено, что женщины в меньшей степени, чем мужчины, склонны приступать к курсу лечения и заканчивать его, в других исследованиях каких-

либо гендерных различий выявлено не было. Имеются некоторые данные о том, что на завершение курса лечения влияет семейное положение женщин;

i) в целом исследования не выявили гендерных различий в результатах лечения. Однако в ходе недавних исследований было установлено, что если курс лечения специально разработан для женщин, то эффективность лечения повышается. Очевидно, эти программы являются привлекательными для женщин, которые в противном случае не стали бы заниматься лечением, например для женщин с детьми;

j) вышеупомянутые исследования проводились главным образом в Северной Америке, Австралии и в ряде европейских стран. Исследования, проведенные в других странах и культурах, могут дать другие результаты.

Ссылки

1. P. Murthy, *Women and Drug Abuse: the Problem in India* (India, Ministry of Social Justice and Empowerment, and United Nations International Drug Control Programme, Regional Office for South Asia, 2002).
2. W. J. Lynch, M. E. Roth and M. E. Carroll, "Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies", *Psychopharmacology*, vol. 164, No. 2 (2002), pp. 121-137.
3. *Global Illicit Drug Trends, 2002* (United Nations publication, Sales No. E.02.XI.9) http://www.unodc.org/pdf/report_2002-06-26_1/report_2002-06-26_1.pdf.
4. G. Reid and G. Costigan, *Revisiting "The Hidden Epidemic": a Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS* (Fairfield, Victoria, Australia, Centre for Harm Reduction/Burnet Institute, 2002).
5. *Afghanistan: Community Drug Profile No. 2: Opium and Other Problem Drug Use in a Group of Afghan Refugee Women*, UNDCP/Drug Demand Reduction Support Project AFGH/C29, 1999.
6. W. Hall and others, "The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being", *Addiction*, vol. 94, No. 10 (1999), pp. 1541-1550.
7. Australian Institute of Health and Welfare, *Statistics on drug use in Australia 2002*, Drug Statistics Series, No. 12 (Canberra, Australia, 2003).
8. M. Zilberman and others, "Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample", *Substance Use and Misuse*, vol. 36, No. 8 (2001), pp. 1111-1127.
9. M. Lara, presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.
10. Hao W. and others, "The second National Epidemiological Survey on illicit drug use at six high-prevalence areas in China: prevalence rates and use patterns", *Addiction*, vol. 97, No. 10 (2002), pp. 1305-1315.
11. I. Vogt, "Drug dependent women in Germany", presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.
12. I. Vogt, personal communication (2004).
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual report on the State of the Drugs Problem in the European Union* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000).
14. United Nations Office on Drugs and Crime, "Women and drugs: a gender perspective", *Update* (Vienna), November 2003, p. 6 (available at www.unodc.org/unodc/en/newsletter_2003-11-30_1_page005.html).
15. E. M. Razzaghi and others, "Rapid situation assessment (RSA) of drug abuse in Iran (1998-1999)", first draft (Islamic Republic of Iran, Ministry of Health, State Welfare Organization, Prevention Department, and United Nations International Drug Control Programme).
16. S. Sigari, personal communication (2003).

17. S. Beckerleg, "How 'cool' is heroin injection at the Kenya coast?", *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 11, No. 1 (2004), pp. 67-77.
18. S. Beckerleg and G. L. Hundt, "The characteristics and recent growth of heroin injecting in a Kenyan coastal town", *Addiction Research and Theory*, vol. 12, No. 1 (2004), pp. 41-53.
19. S. O. Mokhnatchev, "Gender differences among heroin users", *European Psychiatry*, vol. 17, supplement 1 (2002), pp. 214-215.
20. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *2002 National Survey on Drug Use and Health: the DASIS Report* (Rockville, Maryland, 2003).
21. S. Y. Hill, "Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women", *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*, S. C. Wilsnack and L. J. Beckman, eds. (New York, Guilford Press, 1984), pp. 121-154.
22. A. W. Marshall and others, "Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition", *Hepatology*, vol. 3, No. 5 (1983), pp. 701-706.
23. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, "Are women more vulnerable to alcohol's effects?", *Alcohol Alert*, No. 46, December 1999.
24. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*, Treatment Improvement Protocol series (Rockville, Maryland), (in press).
25. E. Reynolds and H. S. Bada, "Pharmacology of drugs of abuse", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 30, No. 3 (2003), pp. 501-522.
26. S. E. Lukas and others, "Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers", *Psychopharmacology*, vol. 124, No. 4 (1996), pp. 346-354.
27. N. Mello, "Cocaine abuse and reproductive function in women", *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 131-150 (available at <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
28. National Institute on Drug Abuse, "Gender differences in drug abuse risks and treatment", *NIDA Notes*, vol. 15, No. 4 (2000) (available at www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/tearoff.html).
29. National Institute on Drug Abuse, "In drug abuse, gender matters", *NIDA Notes*, vol. 17, No. 2 (2002) (available at www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol17N2/DirRepVol17N2.html).
30. D. C. S. Roberts and R. Phelan, "Gender differences in cocaine self-administration in rats: relevance to human drug-taking behavior", *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 165-172 (available at <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
31. M. A. Barnard, "Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks", *Addiction*, vol. 88, No. 6 (1993), pp. 805-812.
32. C. A. Latkin and others, "Gender differences in injection-related behaviors among injection drug users in Baltimore, Maryland", *AIDS Education and Prevention*, vol. 10, No. 3, pp. 257-263.
33. G. Fischer, "Special issues in services for pregnant and parenting women", presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.
34. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, *Models of Care for the Treatment of Drug Misusers* (London, National Treatment Agency, 2002) (available at www.nta.nhs.uk).
35. L. Simoni-Wastila, G. Ritter and G. Strickler, "Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, No. 1 (2004), pp. 1-23.
36. D. B. Kandel, L. A. Warner and R. C. Kessler, "The epidemiology of substance use and dependence among women", *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 105-130 (available at <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
37. J. Westermeyer and A. E. Boedicker, "Course, severity and treatment of substance abuse among women versus men", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, No. 4 (2000), pp. 523-535.
38. J. Bruneau and others, "Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 164, No. 6 (2001), pp. 767-773 (available at www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/6/767).
39. S. G. Sherman, C. A. Latkin and A. C. Gielen, "Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender", *Substance Use and Misuse*, vol. 36, No. 14 (2001), pp. 2113-2136.

40. K. Malinowska-Sempruch, "Women: the next wave in the HIV epidemic", *Harm Reduction News* (Newsletter of the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), vol. 2, No. 3 (2001), pp. 1 and 10-12 (available at http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/hrnwomen_20010901/hrn_fall2001.pdf).
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Hepatitis C: a hidden epidemic", *Drugs in Focus: Bimonthly Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, No. 11, 2003 (available at www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/focus.shtml).
42. P. E. Estebanez and others, "Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study", *International Journal of Epidemiology*, vol. 29, No. 4 (2000), pp. 734-743.
43. D. M. Patrick and others, "Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 165, No. 7 (2001), pp. 889-895.
44. P. M. Spittal and others, "Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver", *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 166, No. 7 (2002), pp. 894-899.
45. C. A. Perucci and others, "Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study", *American Journal of Public Health*, vol. 81, No. 10 (1991), pp. 1307-1310.
46. M. Frischer and others, "Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 47, 1993, pp. 59-63.
47. G. Fischer and others, "Pregnancy and substance abuse", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 2, No. 2 (1999), pp. 57-65.
48. C. L. Arfken and others, "Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, No. 1 (2001), pp. 53-57.
49. S. Acharyya and H. Zhang, "Assessing sex differences on treatment effectiveness from the Drug Abuse Outcome Study (DATOS)", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, No. 2 (2003), pp. 415-444.
50. R. C. Callaghan and J. A. Cunningham, "Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, No. 4 (2002), pp. 399-407.
51. C. A. Green and others, "Gender differences in predictors of initiation, retention and completion in an HMO-based substance abuse treatment program", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, No. 4 (2002), pp. 285-295.
52. N. Messina, E. Wish and S. Nemes, "Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, No. 2 (2000), pp. 207-227.
53. W. M. Wechsberg, S. G. Craddock and R. L. Hubbard, "How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)", *Drugs and Society*, vol. 13, No. 1-2 (1998), pp. 97-115.
54. D. Stewart and others, "Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)", *Drug and Alcohol Review*, vol. 22, No. 1 (2003), pp. 35-41.
55. S. Douki and others, "Violence against women in Arab and Islamic countries", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, No. 3 (2003), pp. 165-171.
56. U. Niaz, "Violence against women in South Asian countries", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, No. 3 (2003), pp. 173-184.
57. G. E. Robinson, "International perspectives on violence against women: introduction", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, No. 3 (2003), pp. 155-156.
58. G. E. Robinson, "Violence against women in North America", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 6, No. 3 (2003), pp. 185-191.
59. J. Westermeyer, K. Wahmanholm and P. Thuras, "Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse", *American Journal on Addictions*, vol. 10, No. 2 (2001), pp. 101-110.
60. D. G. Kilpatrick and others, "A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violence assault and substance use in women", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, No. 5 (1997), pp. 834-847.
61. D. G. Kilpatrick and others, "Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women", *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 285-308 (available at <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
62. D. G. Kilpatrick and others, "Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, No. 4 (2003), pp. 692-700.
63. National Institute on Drug Abuse, "Exploring the role of child abuse in later drug abuse", *NIDA Notes*, vol. 13, No. 2 (1998) (available at www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol13N2/exploring.html).
64. D. A. Hien and others, "Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, No. 1 (2000), pp. 31-37.
65. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, "Physically and sexually abused women in substance abuse treatment", *NEDS Analytic Summary Series*, No. 19, July 2001.

66. W. Swift, J. Copeland and W. Hall, *Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey* (Canberra, Australia, National Drug Strategy Research Report Series, No. 7, 1995).
67. S. A. Schmidt, *Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei Opiatabhängigen* (Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2000).
68. C. Zenker, K. Bammann and I. Jahn, *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen* (Baden-Baden, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, 2003).
69. L. M. Najavits, R. D. Weiss and S. R. Shaw, "The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review", *American Journal on Addictions*, vol. 6, No. 4 (1997), pp. 273-283.
70. Health Canada, *Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2002) (available at <http://www.cds-sca.com>).
71. C. E. Grella, "Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually-diagnosed sample in drug treatment", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 35, supplement 1 (2003), pp. 169-179.
72. D. Hiebert-Murphy and L. Woytkiw, "A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: the Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, No. 4 (2000), pp. 387-394.
73. J. Marsden and others, "Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence", *British Journal of Psychiatry*, vol. 176, No. 3 (2000), pp. 285-289.
74. R. D. Weiss and others, "Gender differences in cocaine dependent patients: a 6 month follow-up study", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 44, No. 1 (1997), pp. 35-40.
75. K. T. Brady and others, "Gender differences in substance use disorders", *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, No. 11 (1993), pp. 1707-1711.
76. K. T. Brady and others, "PTSD and cocaine dependence: the effect of order of onset", presentation at annual meeting of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico, 1996.
77. C. Robbins, "Sex differences in psychosocial consequences of alcohol and drug abuse", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, No.1 (1989), pp. 117-130.
78. J. Copeland, "Engaging women in treatment", presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.
79. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report 2003: the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003).
80. United States of America, Office of National Drug Control Policy, *Drug Facts: Women and Drugs* (Washington, D.C., 2003) (available at www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/women/index.html).
81. European Association for the Treatment of Addiction, *Treatment Works: Fact or Fiction? A report into awareness of drug treatment and its effectiveness* (September 2003) (available at www.treatmentworks.co.uk/downloads/TreatmentWorks_Report.pdf).
82. B. Powis and others, "The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared", *Substance Use and Misuse*, vol. 31, No. 5 (1996), pp. 529-543.
83. L. Downey, D. B. Rosengren and D. M. Donovan, "Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, No. 1 (2003), pp. 19-28.
84. E. D. Riley and others, "Drug user treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program", *Substance Use and Misuse*, vol. 37, No. 14 (2002), pp. 1869-1886.
85. H. Kufner, M. Vogt and D. Weiler, *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution* (Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hogengrehren, 1999).
86. J. Scott-Lennox and others, "The impact of women's family status on completion of substance abuse treatment", *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 27, No. 4 (2000), pp. 366-379.
87. M. Teesson and others, *Twelve month outcomes of the treatment of heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) New South Wales* (Kensington, New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2004).
88. S. Wright and H. Klee, "Developing drug services for amphetamine users: taking account of gender-specific factors", *Journal of Substance Use*, vol. 5, No. 2 (2000), pp. 122-130.
89. R. Fiorentine and others, "Drug treatment: explaining the gender paradox", *Substance Use and Misuse*, vol. 32, No. 6 (1997), pp. 653-678.
90. R. Orwin, L. Francisco and T. Bernichon, *Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis* (United States of America, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, May 2001).
91. O. S. Ashley, M. E. Marsden and T. M. Brady, "Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, No. 1 (2003), pp. 19-53.
92. K. Trulsson, "The identity of women and treatment of drug abuse", *Socialvetenskaplig Tidskrift* No. 1-2, 2000, pp. 120-136.
93. J. Copeland and W. Hall, "A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services", *British Journal of Addiction*, vol. 87, No. 6 (1992), pp. 883-890.

Библиография

Greenfield, S. F., Manwani, S. G., and Nargiso, J. E. Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30: 413-446, 2003.

United Nations Office on Drugs and Crime. *Global illicit drug trends, 2003*. Sales No. E.03.XI.5

Millstein, R. A. Gender and drug abuse research. *Journal of gender-specific medicine* 2003.

National Institute on Drug Abuse, Advances in research on women's health and gender differences, 2002.

National Institute on Drug Abuse, Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders. *NIDA notes* 12:4, 1997.

2. Барьеры для доступа к лечению

Описанные в главе 1 социально-половые различия применительно к употреблению психоактивных веществ, а также имеющиеся данные исследований указывают на то, что, в числе других различий, женщины, как правило, испытывают более острые трудности с получением доступа к лечению и сталкиваются с потенциально более значительными препятствиями в получении такого доступа, чем мужчины. Несмотря на различия между отдельными культурами и странами, женщины в разных регионах мира сталкиваются во многом с аналогичными барьерами в деле получения доступа к лечению и прохождения лечения. Эти барьеры наиболее часто обуславливаются их функциями как жен/партнеров и матерей, трудностями, связанными с

наличием сексуального партнера, употребляющего психоактивные вещества, и существенной дополнительной стигматизацией в отношении женщин, испытывающих проблемы в связи с употреблением психоактивных веществ. Некоторые исследования представлений о препятствиях или барьерах в получении доступа к лечению для женщин, проживающих в различных странах мира, резюмируются во вставке 3.

Следует отметить, что, хотя некоторые из барьеров, рассматриваемых в настоящей главе, также могут действовать и в отношении мужчин, в целом они являются более значительными в случае женщин.

Хотя дефицит информации об употреблении психоактивных веществ и проблемах, существующих в среде женщин во многих странах, затрудняют определение той степени, в которой они недопредставлены в лечебных учреждениях, многочисленные опубликованные сообщения и статьи [5–7], посвященные женщинам и употреблению психоактивных веществ, содержат выводы о том, что женщины сталкиваются с особыми системными, структурными, социокультурными и личными препятствиями в деле получения доступа к лечению, которые необходимо учитывать при планировании оказания услуг.

Системные барьеры

Системные барьеры представляют собой препятствия, которые затрудняют развитие оказания услуг, отвечающих потребностям женщин. Некоторые из этих барьеров не имеют особого отношения к развитию услуг по лечению наркомании, а, возможно, существуют и в области оказания других услуг, связанных со здравоохранением, таких как программы сокращения риска ВИЧ-инфекции или кардиологические программы. К числу важных системных барьеров в отношении женщин относятся следующие:

а) Дефицит полномочий в области принятия решений. Женщины недопредставлены на руководящих должностях, которые могут оказывать воздей-

ВСТАВКА 3

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН О БАРЬЕРАХ ДЛЯ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ

В четырех исследованиях представлений женщин, употребляющих психоактивные вещества, в различных регионах мира – Австралии, Индии, Канаде и шести европейских странах (Австрия, Германия, Испания, Италия, Португалия и Франция) – по вопросу о препятствиях или барьерах для получения доступа к лечению отмечены некоторые постоянно встречающиеся темы [1–4]. Эти темы включают такие касающиеся семейных и иных отношений вопросы, как страх потерять опеку над ребенком или заботы, связанные с уходом за ребенком, необходимость в получении согласия партнера для прохождения лечения, страх быть покинутой партнером; вопросы, касающиеся стигматизации и чувства стыда, такие как беспокойство тем, что люди будут считать их наркоманками; и вопросы, касающиеся лечения, такие как страх необходимости отказа от употребления психоактивных веществ, страх эксплуатации, непонимание того, что наркомания является болезнью, и вера в то, что они смогут победить наркоманию самостоятельно, беспокойство тем, что обслуживающие учреждения не будут учитывать их женские потребности, беспокойство отсутствием услуг для беременных женщин и дефицит информации о вариантах лечения и сроках ожидания.

ствии на разработку программ и распределение ресурсов. Что касается наиболее высокого уровня, то согласно информации Фонда Организации Объединенных Наций для развития в интересах женщин [8] женщины по большей части отсутствуют в органах законодательной власти, поскольку на них в среднем приходится лишь 14 процентов членского состава, причем между богатыми и бедными странами не имеется каких-либо системных различий. Это может затруднить привлечение внимания соответствующих органов к необходимости проведения исследований и разработке программ, направленных на решение социально-половых вопросов, а также к необходимости выделения ресурсов, предназначенных для лечения женской наркомании;

b) Ограниченная информированность о социально-половых различиях в факторах, определяющих состояние здоровья и результаты лечения. На состоянии здоровья отдельных людей помимо доступа к традиционным услугам здравоохранения влияют также и многие другие факторы. На различия в состоянии здоровья людей могут оказывать влияние биологические факторы, а также факторы, связанные с образованием, материальным положением, жилищными условиями, занятостью, личной гигиеной и физической окружающей средой. Применительно ко многим этим факторам отмечаются и социально-половые различия, которые необходимо учитывать при организации услуг здравоохранения, в том числе в области лечения наркомании. Например, женщины в целом меньше зарабатывают, что может повлиять на их способность поддерживать хорошее состояние здоровья или оплачивать необходимые медицинские услуги. Меры, направленные на изменение высокоопасных моделей поведения, таких как совместное использование шприцев или применение презервативов, должны особо учитывать социально-половые различия, поскольку женщины часто находятся в более слабом по сравнению с мужчинами положении, чтобы настоять на использовании более безопасных методов. Проблемы наркомании могут обостряться в результате таких факторов, как плохое питание, нищета, плохое состояние репродуктивного здоровья и безграмотность, что особенно верно в случае развивающихся стран;

c) Отсутствие понимания проблем женщин-наркоманок и их потребностей в лечении в результате различных социокультурных и политических обстоятельств. Наблюдается увеличение числа опубликованных и неопубликованных статей и сообщений о проблемах женщин-наркоманок, однако в демографических обследованиях, других эпидемиологических исследованиях, посвященных вопросам употребления психоактивных веществ, или в биологических, профилактических и медицинских исследованиях как фармакологического, так и поведенческого характера отсутствует систематический анализ социально-половых проблем. Кроме того, имеющаяся информация касается в огромной мере женщин, проживающих в развитых регионах мира, таких как Северная Америка, Европа и Австралия. Данных о женщинах в Африке, Азии и Южной Америке значительно меньше. Однако и в развитых, и в раз-

вивающихся регионах могут возникать сложности с получением информации, необходимой для планирования и организации услуг для женщин;

d) Отсутствие надлежащих недорогостоящих моделей лечения, учитывающих социально-половые соображения и строящихся на практических данных. Хотя в течение последних десятилетий публиковалась информация о принципах, руководящих положениях, оптимальных видах практики и эффективных моделях лечения женской наркомании, большинство программ оказания услуг по-прежнему ориентировано в первую очередь на мужчин. Кроме того, многие подходы и модели лечения, предназначенные специально для женщин, были разработаны в Соединенных Штатах и других развитых странах, и для их применения к женщинам, проживающим в других политических и социально-культурных условиях, потребуются средства для проведения исследований;

e) Различия в организации и финансировании услуг здравоохранения. На адаптацию моделей лечения для женщин, разработанных на основе практических результатов, могут оказать воздействие различия в организации и финансировании услуг здравоохранения и услуг по лечению наркомании. Например, хотя недорогостоящие или бесплатные услуги без направления в лечебное заведение, которые предоставляются поблизости от места проживания женщин, и являются, возможно, более доступными, чем услуги, оказываемые за плату в лечебном учреждении, между странами существуют значительные различия в том, что касается приемлемости и наличия амбулаторных услуг по сравнению со стационарным лечением, а также в вопросах стоимости лечения;

f) Необходимость в комплексном наборе услуг. По сравнению с мужчинами женщины, обращающиеся за лечением, обычно испытывают более острые проблемы, в том числе травматического и психологического характера, более обременены семейными обязанностями и обладают меньшими ресурсами с точки зрения образования, занятости и доходов. Им также могут потребоваться родовые услуги, услуги по уходу за ребенком и по лечению посттравматического и психологического состояния, а также внимание к практическим нуждам, связанным с уходом за ребенком, транспортом, питанием и жильем. Поскольку оказание всех этих услуг в одном месте может оказаться невозможным, необходимо изучить и разработать модели, строящиеся на основе механизмов кооперации, партнерства и обслуживания. Это может быть связано с особыми трудностями в тех районах, где ощущается дефицит ресурсов и/или проживает незначительное население, где инфраструктуры для оказания таких услуг не имеется или где женщинам приходится переезжать на большие расстояния для получения таких услуг.

Структурные барьеры

Под структурными барьерами понимаются принципиальные подходы и практика на уровне оказания услуг или уровне программ, затрудняющие доступ женщин

к лечению от наркомании. Как и в случае системных барьеров, они могут действовать не только в отношении услуг по лечению наркомании, но также и других служб системы здравоохранения, и не только в отношении женщин, но также и в отношении мужчин:

a) Уход за детьми. Исследования, рассмотренные в предыдущей главе, свидетельствуют о том, что вероятность того, что на попечении лица, обращающегося за лечением, будут находиться дети, более высока в случае женщин, чем в случае мужчин. Отсутствие возможности для ухода за детьми является, по всей вероятности, наиболее часто встречающимся фактором, ограничивающим доступ женщин к лечению, как на это указывает литература и предметные исследования, рассматриваемые в настоящей публикации. Исследования, обсужденные в предыдущей главе, показывают, что в случае женщин по сравнению с мужчинами более высока вероятность того, что они проживают совместно с партнером-наркоманом, происходят из семей, в которых наблюдались проблемы с употреблением психоактивных веществ, или в детстве являлись жертвами физического или сексуального насилия или безнадзорности. Все эти факторы могут лишить женщин доступа к "естественным" источникам поддержки и помощи в деле ухода за детьми (речь идет, например, о супругах, родителях или других членах семьи). Хотя общество совершенно правильно обеспокоено благосостоянием детей, лишь немногочисленные программы по лечению наркомании располагают финансовыми средствами для оказания помощи в деле ухода за детьми и реализации соответствующих проектов в интересах детей;

b) Услуги для беременных женщин. Беременные женщины сталкиваются с проблемами, которых в случае мужчин не существует. В ряде стран употребление психоактивных веществ во время беременности может привести к выдвиганию уголовных обвинений и заключению в тюрьму на срок беременности и кормления грудью. В других правовых системах органы, занимающиеся вопросами благосостояния детей, могут ставить знак равенства между употреблением психоактивных веществ и оставлением детей без надзора или злоупотреблениями в их отношении. Непреднамеренное последствие такой политики состоит в том, что женщины, испытывающие проблемы в связи с употреблением психоактивных веществ, будут, по всей вероятности, с меньшей готовностью обращаться к услугам по оказанию дородовой помощи во время беременности, что может повлечь серьезные медицинские последствия как для матери, так и для плода и общества в целом. Клинические данные также показывают, что женщина, которая утрачивает опеку над своими детьми, может вновь забеременеть. Это может привести к циклу новых беременностей каждый раз, когда женщина утрачивает опеку над ребенком. Даже если подобные карательные подходы не применяются, беременные женщины могут не иметь доступа к эффективным услугам (в том числе, например, услугам по оказанию дородовой помощи, целенаправ-

ленному лечению наркомании и другим необходимым медицинским и социальным услугам), или им может не предоставляться приоритетного доступа к услугам по лечению наркомании;

c) Место осуществления и стоимость программ лечения. Такие факторы, как культурные нормы, не позволяющие женщинам оставлять свои общины, обязанности женщин по уходу за детьми и ведению домашнего хозяйства, отсутствие транспорта для проезда к месту лечения и затраты, связанные с его прохождением, затрудняют для многих женщин возможность уехать из своей общины для прохождения стационарного лечения. Женщины могут также испытывать трудности в получении доступа к амбулаторным программам, которые функционируют в относительно удаленных от места их проживания местах, даже если такие программы действуют в том же городе или общине;

d) Жесткие графики программ. Семейные и домашние обязанности женщин могут затруднить их участие в программах с жестко установленными графиками. Гибкие графики программ, предусматривающие возможность лечения на основе "день/выходные/вечер", могут способствовать улучшению доступа. Исследовательские данные [9] показывают, что женщины, получающие лечение с применением опиоидов, которое требует ежедневного посещения клиники, сталкиваются с особыми барьерами, связанными с ограниченными часами работы (например, соответствующие учреждения закрываются по вечерам), а также правилами, касающимися возможности взять необходимые дозы с собой. Многие программы осуществляются в стационарных учреждениях и не предусматривают оказания услуг на дому;

e) Очереди и возможности оперативного реагирования на возникающие потребности. Некоторые исследования (см. главу 1) показывают, что женщины могут ожидать начала лечения более длительный срок, чем мужчины, особенно в том, что касается стационарного лечения. Невозможность обеспечить женщинам на их обращения оперативное реагирование или предоставить им немедленную помощь после первоначального вступления в контакт может привести к тому, что женщины так и не пройдут лечения;

f) Отказ в приеме женщинам, употребляющим психоактивные медицинские препараты. Некоторые программы не принимают пациентов, употребляющих медицинские препараты для лечения сопутствующих психиатрических расстройств. Это может оказывать более значительное воздействие на женщин, чем на мужчин, поскольку риск возникновения у женщин некоторых психиатрических расстройств, таких как состояние страха, депрессия и посттравматический стресс, является более высоким, равно как и показатели употребления психоактивных медицинских препаратов. Аналогично, некоторые программы не принимают пациентов, которые употребляют метадон или другие препараты-заменители, содержащие опиоиды, поскольку действует требование о том, чтобы пациент отказался от употребления любых психо-

активных веществ. Это может иметь особые последствия для беременных женщин и женщин, испытывающих опиоидную зависимость;

г) *Физическая безопасность.* Для всех женщин, особенно для тех, которые являлись жертвами физического или сексуального насилия и жизнь которых проходит в чрезвычайно уязвимых для насилия условиях (например, женщин, работающих в секс-индустрии), отсутствие физической безопасности в рамках программ лечения и вне этих рамок может представлять собой барьер для начала и прохождения лечения. Диапазон проблем в области безопасности простирается от возможности для мужчин заходить в спальные помещения женщин в лечебных учреждениях до расположения места оказания услуг в небезопасных районах;

h) *Программы по сокращению вреда.* Некоторые женщины не готовы к достижению цели абстиненции или могут не рассматривать вопрос о сокращении употребления психоактивных веществ в качестве приоритетного. При отсутствии возможности прохождения программ по сокращению ущерба женщины могут отказываться от обращения к лечению или от его прохождения;

i) *Координация услуг.* Людям, испытывающим проблемы с употреблением психоактивных веществ, часто требуются разнообразные медицинские и социальные услуги. Плохая координация и отсутствие связей между ключевыми системами могут создавать серьезные препятствия для возможности удовлетворить эти потребности. Для женщин особое значение имеют координация и связи между системой лечения наркомании, системой заботы о детях и системой предродовой помощи. Барьеры в области координации между системами часто связаны с различиями в понимании проблем наркомании, вопросами территориальности (на чьей территории проживает пациент) и различными подходами и процедурами в вопросе конфиденциальности;

j) *Отсутствие возможностей по выявлению, направлению на лечение и принятию мер в первичных учреждениях здравоохранения и других секторах.* Проведенные исследования и представленные сообщения свидетельствуют о той важной роли, которую специалисты по оказанию помощи могут играть в выявлении проблем наркомании у своих пациентов и в оказании им поддержки в вопросе о прохождении ими лечения. В то же время такие специалисты могут быть недостаточно квалифицированы для выполнения этих задач. На работе специалистов, оказывающих помощь, могут также сказываться культурные нормы или правила поведения в общинах, в которых они проживают. Они могут не признавать того факта, что женщины употребляют психоактивные вещества, негативно относиться к женщинам, испытывающим проблемы в этой области, или быть плохо информированными и недостаточно понимать факторы, которые могут вызвать риск возникновения у женщин проблем наркомании, включая такие факторы, как биологические различия, физическое или сексуальное насилие, на-

личие партнеров-наркоманов, а также состояние страха и депрессии. Этот аспект вызывает особую тревогу, учитывая, что сами женщины могут не рассматривать свои проблемы как связанные с употреблением психоактивных веществ, а обращаться за получением медицинской или психиатрической помощи или чувствовать себя более комфортно, если помощь им будет предоставляться в учреждениях, не связанных напрямую с лечением наркомании, что объясняется страхом стигматизации;

k) *Информация о возможностях прохождения лечения.* Специалисты по оказанию помощи, а также женщины и их семьи часто не обладают информацией об имеющихся возможностях прохождения лечения.

Барьеры социального, культурного и личного характера

Обращаясь к лечению наркомании, женщины сталкиваются со значительными барьерами социального, культурного и личного характера. Это связано с существующими социальными и культурными нормами, касающимися, в частности, следующего: представления о роли женщины и о том типе поведения, который считается надлежащим; недостаточная наделенность женщин правами во многих обществах; социальные и общинные нормы и подходы в вопросе о женщинах, испытывающих проблемы, связанные с наркоманией.

Неблагоприятные условия жизни. Во многих странах, особенно в развивающемся мире, жизнь женщин может проходить в очень неблагоприятных условиях, характеризующихся нищетой, отсутствием элементарной медицинской помощи и помощи по уходу за репродуктивным здоровьем, низкими уровнями грамотности, отсутствием доступа к финансовым средствам для ведения домашнего хозяйства и насилием в семьях. В некоторых обществах женщины имеют мало возможностей или средств, для того чтобы изменить условия своей жизни.

Стигматизация, чувство стыда и вины. Во многих обществах и культурах употребление женщинами психоактивных веществ влечет за собой более острую стигматизацию, чем наркомания мужчин. В результате этого чувства стыда и вины, которые женщины испытывают в связи со своей наркоманией и "неудачей" в попытке организовать свою жизнь с учетом господствующих в обществе ожиданий и представлений о ролях, затрудняют осознание женщинами тех связанных с наркоманией проблем, с которыми они столкнулись, а также обращение за помощью. Эти чувства могут носить еще более острый характер в случае женщин, работающих в области секс-индустрии, женщин, имеющих детей, за которыми они не способны обеспечить должный уход, и женщин, проживающих в обществе, где действуют жесткие культурные табу применительно к женщинам, употребляющим психоактивные ве-

щества. В подобных обстоятельствах женщины могут считать, что они еще более удаляются от достижения господствующих в обществе ожиданий.

Страх потерять опеку над детьми. Беременные женщины и женщины, имеющие детей, часто боятся того, что испытываемые ими проблемы с наркоманией и тот факт, что они хотели бы пройти лечение, станут известными. Они часто испытывают вполне обоснованные опасения, что будут сочтены плохими матерями и потеряют опеку над детьми. О существовании таких опасений свидетельствуют многие предметные исследования, описанные в настоящей публикации.

Отсутствие поддержки со стороны семьи, особенно супруга/партнера/важного для женщины мужчины. Данные исследований свидетельствуют о том, что в случае женщин вероятность проживания с сексуальным партнером-наркоманом и истории наркомании в родной семье является более высокой, чем в случае мужчин. Поскольку отношения играют в жизни женщины чрезвычайно значимую роль, женщины, проживающие с партнером-наркоманом, могут опасаться обращения к лечению по причине страха разрыва в отношениях. В некоторых культурах женщинам может запрещаться покидать дома для прохождения лечения или же супруги могут отказывать в поддержке женам, оставившим семейные и домашние обязанности. В этих обстоятельствах члены семьи могут направить женщин на лечение только в том случае, когда они не способны выполнять свои семейные обязанности или когда состояние их здоровья является очень плохим.

Употребление психоактивных веществ в качестве решения, а не проблемы. Для многих женщин употребление психоактивных веществ представляет собой способ самолечения эмоциональных проблем или переживания, связанных с жизнью в чрезвычайно трудных обстоятельствах. Например, многие женщины поддерживают отношения, которые характеризуются совместным употреблением психоактивных веществ, физическим и сексуальным насилием, ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями и иногда принуждением к работе в секс-индустрии или к занятию незаконной торговлей наркотиками. В подобных ситуациях женщины могут чувствовать себя раздавленными

жизненными обстоятельствами и не способными отыскать выход.

Отсутствие доверия к эффективности лечения. Исследовательские данные о существующих у женщин представлениях о лечении показывают, что некоторые женщины считают, что они могут сами справиться со своими проблемами и/или что у них отсутствует доверие к эффективности лечения.

Ключевые моменты

Ключевые моменты главы 2 могут быть сформулированы следующим образом:

- доступу женщин к лечению препятствуют системные барьеры, которые отражают недостаточное осознание и понимание социально-половых различий и ограниченную способность женщин оказывать воздействие на принятие решений по вопросам политики и распределения ресурсов во многих странах. Системные барьеры препятствуют развитию услуг, приспособленных к потребностям женщин;
- принципиальные подходы и практика на уровне оказания услуг или программ создают структурные барьеры для доступа женщин к лечению. Особенно значительными барьерами для женщин является отсутствие средств для обеспечения ухода за детьми, карательные подходы в отношении беременных женщин, употребляющих психоактивные вещества, места осуществления программ и стоимость участия в них, жесткие программные графики и критерии допуска, опасения, связанные с безопасностью, и отсутствие информации о имеющихся возможностях прохождения лечения;
- при обращении к лечению женщины также сталкиваются с барьерами социального, культурного и личного характера. К их числу относятся острая стигматизация и чувства стыда и вины, связанные с употреблением психоактивных веществ и аналогичными проблемами у женщин, страх потерять опеку над детьми, отсутствие со стороны партнера или других членов семьи поддержки решения о прохождении лечения и недоверие к лечению.

Ссылки

1. J. Copeland, "A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, No. 2 (1997), pp. 183-190.
2. P. Murthy, *Women and Drug Abuse: the Problem in India* (India, Ministry of Social Justice and Empowerment and United Nations International Drug Control Programme, Regional Office for South Asia, 2002).
3. N. Poole and B. Isaac, *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers* (Vancouver, Canada, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2001) (available at www.bccewh.bc.ca/PDFs/apprehensions.pdf).
4. L. Rabuffetti, "Barriers to treatment for addicted women in Europe", paper presented to the IREFREA seminar on new approaches to prevent drug use and dependence among young people, Athens, 20-21 October 2003.

5. Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2001) (available at www.cds-sca.com/).
6. D. Hedrich, *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2000) (available at www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
7. J. Becker and C. Duffy, *Women Drug Users and Drugs Service Provision: service-level responses to engagement and retention*, Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17 (London, Home Office, 2002) (available at www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf).
8. United Nations Development Fund for Women, *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals* (New York, 2002) (available at: www.unifem.org/index.php?f_page_pid=10).
9. W. Swift, J. Copeland and W. Hall, *Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey* (Canberra, Australia, National Drug Strategy Research Report Series, Report No. 7, 1995).

Библиография

Addiction Research Foundation. The hidden majority: a guidebook on alcohol and other drug issues for counsellors who work with women, Toronto, Canada, 1996.

Andrulis, D., and Hopkins, S. Public hospitals and substance abuse services for pregnant women and mothers: implications for managed-care programs and Medicaid. *Journal of urban health* 78:1:181-198, 2001.

Blumenthal, S. J. "Women and substance abuse: a new national focus", Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1988, p. 13-32. NIH publication No. 98-4289.

Canadian Institute for Health Information, Women's health surveillance report: a multidimensional look at the health of Canadian women. Ottawa, Canada, 2003.

Coletti, S. Service providers and treatment access issues. *Drug addiction research and the health of women*. Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. p. 237-244. NIH publication No. 98-4289.

Copeland, J. and Hall, W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British journal of addiction* 87:9: 1293-1302, 1992.

_____ A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British journal of addiction* 87:6:883-890, 1992.

Covington, S. S. Helping women recover; creating gender-responsive treatment, The handbook of addiction treatment for women: theory and practice. S. L. Straussner and S. Brown, eds. San Francisco, Jossey-Bass, 2002.

Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. By M. A. Jessup and others. *Journal of drug issues* 33:2:285-304, 2003.

Health Canada, Best practices; fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy. Ottawa, Canada, Minister of Public Works and Government Services, 2001.

Mactas, D. J. Treatment of women with substance abuse problems. Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. p. 565-572. NIH publication No. 98-4289

Swift, W., Copeland, J., and Hall, W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems; findings of an Australian national survey. *Addiction* 91:8:141-1150, 1996.

United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women*. Rockville, Maryland. In press.

Wallen, J. Need for services research on treatment for drug abuse in women, Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998. p. 229-235. NIH publication No. 98-4289.

Weber, E. M. Alcohol-and-drug-dependent pregnant women; laws and public policies that promote and inhibit research and the delivery of services. Methodological issues in epidemiological, prevention, and treatment research on drug-exposed women and their children. National Institute on Drug Abuse, M. M. Kilbey and K. Asghar, eds. Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1992. p. 349-365. Research Monograph No. 117.

Wevers, A. Quietly different; women drug users, *Harm reduction news* 2:3, 2001. p. 6 and 8.

Women drug abuse in Europe; gender identity. By P. Stocco and others. IREFREA and European Commission, Venice, Italy, 2000.

3. Содействие развитию услуг с учетом гендерных факторов

В настоящее время сформировалось более глубокое понимание и осознание того, что гендерные различия, связанные с употреблением психоактивных веществ и сопутствующими проблемами, требуют применения различных подходов к организации лечения. Содействие учету гендерной проблематики на международном, региональном или национальном уровнях служит официальным признанием этого факта. В главе 3 приводятся примеры того, каким образом государственные учреждения, особенно правительственные органы, могут содействовать более широкому учету гендерных аспектов при разработке политики и выделении ресурсов, а также при разработке и осуществлении оптимальной практики, стандартов или руководств в области лечения.

На международном уровне государствами – членами Организации Объединенных Наций было достигнуто общее понимание в отношении разработки стратегии лечения и было конкретно указано на гендерные аспекты, как это отражено во вставке 4.

Помимо Организации Объединенных Наций и ее различных учреждений вопросы, касающиеся употребления психоактивных веществ женщинами, рассматривают также другие международные организации и транснациональные структуры, такие как Всемирная организация здравоохранения, Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами, Международный совет по проблемам алкоголизма и наркомании и Международная ассоциация по снижению вреда. Обзор такой работы содержится в докладе Дагмар Хедрих [1]. В Европе Группа Помпиду с 1984 года проводит работу по проблеме женщин и употребления психоактивных веществ, в результате которой был организован ряд симпозиумов и опубликовано несколько докладов по этой теме (см. ссылки ниже).

На национальном уровне некоторые страны при разработке своих стратегий и политики в области борьбы с наркотиками рассматривают женщин в качестве особой группы населения, предназначают определенные ресурсы на цели лечения женщин и особо учитывают интересы женщин в рамках рекомендаций, стандартов или руководств по оптималь-

ной наркологической практике. Так, в Соединенных Штатах Америки в 1975 году был принят публичный закон 94-371, предусматривающий разработку специализированного лечения для женщин [2]. Позднее в опубликованном в 1990 году докладе Института медицины Соединенных Штатов Америки было указано на неудовлетворительный уровень знаний о проблемах употребления женщинами психоактивных веществ и рекомендовано осуществить специальный проект, касающийся лечения наркомании и наркоманической зависимости у беременных женщин и женщин с грудными детьми [3, 4]. В Соединенных Штатах Америки такие национальные агентства, как Национальный институт наркологии и Центр по вопросам лечения расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, оказывают поддержку проведению исследований с учетом гендерных факторов и разработке программ для женщин.

В Канаде в рамках национальной стратегии борьбы с наркотиками женщины были отнесены к группе риска, и в этой связи была организована серия мероприятий, включая проведение исследований, консультаций с партнерами и основными заинтересованными сторонами, круглых столов, национальных практикумов и анализа политики, а также разработку, относительно недавно, руководства по оптимальной практике [5, 6]. Федеральное министерство здравоохранения обеспечивает также финансирование мероприятий в провинциях и территориях с целью расширения доступа к лечебно-реабилитационным услугам, особенно для женщин и молодежи [7]. Во вставке 5 описывается процесс разработки оптимальной практики.

В документе, касающемся основы Национальной стратегии борьбы с наркотиками в Австралии, говорится о создании служб для конкретных групп населения, включая женщин с детьми [8]. В ежегодно обновляемом Австралийском национальном минимальном наборе данных о пациентах учреждений по лечению от алкогольной и наркотической зависимости прослеживаются и отражаются характер и тенденции использования таких учреждений женщинами.

ВСТАВКА 4

ДВАДЦАТАЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ СЕССИЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ, ПОСВЯЩЕННАЯ СОВМЕСТНОЙ БОРЬБЕ С МИРОВОЙ ПРОБЛЕМОЙ НАРКОТИКОВ, 8–10 ИЮНЯ 1998 ГОДА

В Политической декларации (резолюция S-20/2 Генеральной Ассамблеи, приложение) и Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики (резолюция S-20/3 Ассамблеи, приложение) содержится ряд положений, касающихся создания наркологических служб для женщин. На своей двадцатой специальной сессии Ассамблея приняла Политическую декларацию, в которой государства – члены Организации Объединенных Наций:

"обязуются обеспечить, чтобы стратегии, направленные на решение проблемы наркотиков, в равной мере учитывали интересы женщин и мужчин, без какой-либо дискриминации, через их вовлечение во все этапы осуществления программ и выработки политики;

...

заявляют о своей решимости выделить необходимые ресурсы для обеспечения лечения и реабилитации и для создания возможностей социальной реинтеграции в целях восстановления чувства собственного достоинства и надежды у детей, подростков, женщин и мужчин, которые стали наркоманами, а также для борьбы со всеми аспектами мировой проблемы наркотиков;

...

признают, что сокращение спроса является неотъемлемым элементом глобального подхода к решению мировой проблемы наркотиков, берут на себя обязательство включать в свои национальные программы и стратегии положения, изложенные в Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, осуществлять тесное сотрудничество с Программой Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками в разработке практических стратегий для оказания помощи в осуществлении Декларации, а также установить 2003 год в качестве целевого срока для осуществления новых и более совершенных стратегий и программ в области сокращения спроса на наркотики в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения, социального обеспечения и правоохранительными органами и обязуются достичь к 2008 году существенных и поддающихся оценке результатов в области сокращения спроса".

В пункте 8 Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики говорится, что:

"...

b) меры по сокращению спроса должны:

- i) быть направлены на предупреждение потребления наркотиков и уменьшение неблагоприятных последствий злоупотребления наркотиками;
- ii) беспечивать и поощрять активное и согласованное участие отдельных лиц на уровне общин в целом и в ситуациях особого риска с учетом, в частности, их географического положения, экономических условий и относительно высокой численности наркоманов;
- iii) учитывать культурные особенности и гендерные факторы;
- iv) способствовать созданию и закреплению благоприятных условий".

ВСТАВКА 5

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, В КАНАДЕ

В 1998 году Федеральный/провинциальный/территориальный комитет по вопросам, касающимся алкоголя и других психоактивных веществ, разработал программу исследований в целях выявления оптимальной практики и оценки новаторских подходов к лечению в Канаде. Для контроля за осуществлением этой программы исследований Комитет создал Рабочую группу по вопросам отчетности и оценки и программе исследований (ADTR Working Group), в состав которой вошли представители провинций и территорий (органы управления и комиссии по проблемам наркомании), Министерства здравоохранения Канады и других федеральных органов управления, занимающихся вопросами лечения наркомании и реабилитации. Результатом программы исследований стало издание Министерством здравоохранения Канады серии публикаций об оптимальной практике наркологического лечения и реабилитации применительно к различным группам населения, включая женщин.

Общая задача проекта по выявлению оптимальной практики в интересах женщин состояла в том, чтобы собрать по всей Канаде актуальную информацию по наилучшей практике лечения и реабилитации женщин, имеющих проблемы с употреблением психоактивных веществ, и на основе научно обоснованного подхода определить оптимальную практику и ключевые компоненты и вспомогательные факторы в контексте программ лечения и реабилитации женщин.

При подготовке доклада был проведен телефонный опрос ведущих экспертов, главным образом из Канады, а также из Соединенных Штатов Америки. Им было предложено представить свое заключение по следующим вопросам: потребности женщин и факторы, препятствующие доступу к услугам; регламентация оптимальной практики, принципиальные подходы и методы информационной работы и установления контактов с пациентами и вовлечения их в процесс лечения; непрерывность лечения пациентов; смысл и философия лечения; подходы к лечению; предупреждение рецидива; структура лечения; и интеграция дополнительных вспомогательных услуг. По каждому из этих вопросов был проведен также целенаправленный поиск литературы. Применительно к этому проекту Рабочая группа выполняла функции консультативного комитета и рассматривала различные проекты доклада.

Доклад был направлен всем наркологическим учреждениям Канады, а также размещен в Интернете на веб-сайте по адресу: www.cds-sca.com. После того как в 2001 году был опубликован доклад об оптимальной практике, в июне 2002 года был проведен национальный практикум, в котором приняли участие 40 специалистов по работе с женщинами, имеющими наркологические проблемы, из всех районов Канады. Практикум преследовал следующие цели: распространение информации об оптимальной практике на основе публикации *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* [6]; установление связей и обмен информацией по вопросам, касающимся оптимальной практики; и определение наилучших путей применения оптимальной практики при организации лечебно-реабилитационных услуг для женщин в соответствующих провинциях/территориях.

Имеются два примера того, каким образом эта информация используется на системном уровне и на программном уровне. В провинции Онтарио Министерство здравоохранения и долговременной медицинской помощи (которое финансирует наркологические службы в Онтарио) создало Группу по стратегии услуг для женщин с целью распространения оптимальной практики лечения женщин от наркомании. Этой Группе было поручено добиться того, чтобы оптимальная практика наркологической помощи женщинам стала более целенаправленной, более доступной и широко применимой; разработать стандарты для служб по оказанию помощи женщинам; и разработать методику оценки программ для определения того, насколько программы помощи женщинам соответствуют оптимальной практике. Члены Рабочей группы в рамках совещаний, которые проводились в течение приблизительно девяти месяцев в 2002–2003 годах, подготовили документ, содержащий общую вводную информацию (реализуемая в провинции стратегия, система лечения наркомании в провинции Онтарио, общая характеристика женщин, употребляющих психоактивные вещества, и руководство Министерства здравоохранения Канады в отношении оптимальной практики); стандарты оптимальной практики и возможности их применения; и методику оценки оптимальной практики. Проект документа, который в настоящее время изучают региональные сотрудники Министерства здравоохранения и врачи-практики на местах, будет окончательно доработан в 2004 году. Предполагается, что методикой оценки оптимальной практики будут пользоваться как сотрудники Министерства здравоохранения и долговременной медицинской помощи, так и отдельных лечебных учреждений для проведения обзора программ помощи пациентам-женщинам в плане использования оптимальной практики и для определения возможностей для улучшения.

В провинции Манитоба под руководством провинциального Фонда борьбы с наркоманией действует наркологический центр для женщин "Дом у реки", в котором широко применяется оптимальная практика, включая следующие аспекты:

- здание центра находится в престижном районе Виннипега, и ничто не указывает на то, что "Дом у реки" является лечебным центром;
- здание отделано со вкусом, использованы успокаивающие цвета;
- во второй половине дня в рамках программы проводятся ознакомительные беседы, на которые женщины могут прийти и получить информацию, а также осмотреть здание, что позволяет снизить напряженность. Диагностическое и приемное отделения расположены в одном помещении, поэтому, если женщина желает воспользоваться официальной программой помощи, ей не нужно еще раз приходить на прием;
- в рамках программы осуществляется сотрудничество со вспомогательными учреждениями в целях снижения стигматизации, а также получения ресурсов и организации ухода за детьми, если это требуется женщинам;
- "Дом у реки" тесно сотрудничает с медицинскими учреждениями в плане оказания помощи беременным женщинам;
- к составлению программы лечения применяется гибкий подход, позволяющий учитывать потребности женщин;
- программа предусматривает предоставление информации и развитие навыков, направленных на снижение стресса, укрепление чувства собственного достоинства и недопущение насилия в семье, а также информирование о действии алкоголя и других психоактивных веществ;
- для решения вопросов, касающихся здоровья женщин, в центре имеется женщина-врач, которая принимает пациенток в рамках программы, а также проходящих на ознакомительные беседы женщин, которые не хотят участвовать в официальной программе. По поручению местных властей Виннипега в центр приходит патронажная медицинская сестра для обсуждения с женщинами общих вопросов, касающихся здоровья;
- после окончания лечения женщины имеют возможность по-прежнему пользоваться ресурсами и поддержкой. В ходе лечения женщин делается все возможное, чтобы решить сопутствующие проблемы, и таким образом для них уже обеспечивается доступ к ресурсам, которые могут им понадобиться для выздоровления. Кроме того, имеются бывшие пациенты, которые по-прежнему приходят и предлагают помощь.
- Программа непрерывной медицинской помощи предусматривает наблюдение в течение двух лет после окончания лечения.

ВСТАВКА 6

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ НАРКОТИКОВ И НАРКОМАНИИ

В Германии потребности женщин получили признание в национальном Плане действий в отношении наркотиков и наркомании [11], в котором женщины особо упоминаются в ряде поставленных целей, включая учет интересов женщин в стратегии борьбы с наркотиками; содействие скорейшему выявлению и принятию мер в случае ненадлежащего употребления лекарственных средств (преимущественно среди женщин) и обеспечение более широкого учета проблемы насилия в связи с наркоманией (у женщин). Кроме того, в Германии была создана группа экспертов по наркоманической зависимости у женщин и учету гендерной проблематики. Эта группа планирует провести обзор специализированных женских учреждений в Германии, а также обзор всех служб, разработка программ которых осуществляется с учетом гендерных аспектов; организовать исследование с целью оценки степени внимания к гендерной проблематике в наркологических учреждениях и программах с точки зрения укомплектования штатов и содержания программ; и представить информацию о накопленном за 20 лет опыте оказания наркологической помощи женщинам в Германии, включая соответствующие примеры и информацию о еще остающихся потребностях. В ходе этого проекта были извлечены, в частности, следующие уроки: нельзя смешивать проблемы женщин с проблемами меньшинств, находящихся в неблагоприятных условиях; включение гендерной проблематики в основные программы следует использовать для вовлечения максимально широкого круга людей в обсуждение проблем; и следует поощрять проведение исследований по вопросу об эффективности и действенности лечения наркомании у женщин [12].

В Соединенном Королевстве вопросы, касающиеся наркологических служб для женщин, рассматриваются в ряде правительственных публикаций, включая *Models of Care for the Treatment of Drug Misusers* [9] и *Commissioning Standards: Drug and Alcohol Treatment and Care* [10]. Это лишь некоторые примеры, которые вполне могут быть дополнены примерами из других регионов мира.

Еще один пример дает Германия, в Плане действий которой в отношении наркотиков и наркомании конкретно учитывается гендерная проблематика, как это отражено во вставке 6.

Тематические исследования

Ниже представлены тематические исследования, которые иллюстрируют многообразие стратегий развития услуг для женщин с учетом гендерной проблематики в различных регионах и странах. Первое исследование касается работы Регионального отделения для Южной Азии Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, которое, используя различные подходы, осуществляет ряд мероприятий по развитию в регионе услуг для женщин с учетом гендерной проблематики.

Кроме исследования по Южной Азии представлены еще четыре тематических исследования: одно из Чили, два из Швейцарии и международный проект в Европейском союзе. Все они иллюстрируют усилия по разработке стандартов/руководств и их практическому применению для организации служб, учитывающих гендерные аспекты. Такого рода руководства необходимы для определения того, что представляет собой обслуживание с учетом гендерных аспектов, чтобы можно было соответствующим образом скорректи-

ровать уже существующие услуги, которые не учитывают гендерных факторов. Такого рода практика и руководство разрабатываются на основе значительного опыта в области лечения женщин, что подтверждает вышепредставленная информация о работе, проводимой в Канаде (вставка 5) и Германии (вставка 6).

В первом из двух тематических исследований, представленных Швейцарией, излагается руководство по оптимальной практике, а во втором – реализация этого руководства на практике в рамках проекта Quai 9 (Платформа № 9).

Заключительным в данной главе является тематическое исследование из Южной Африки. В нем описываются практические меры по предупреждению распространения ВИЧ среди женщин, которые первоначально были разработаны для афроамериканок, употребляющих "крэк". Эта программа, которая была осуществлена в Южной Африке в интересах чернокожих южноафриканок, занятых в секс-индустрии и употребляющих кокаин, дает представление об одном из системных барьеров, с которыми сталкивается организация услуг с учетом гендерных факторов, и о возможной степени адаптации недорогостоящих и эффективных методов лечения, разработанных в одной стране, в рамках другой культуры и страны.

Южная Азия: Повышение осведомленности о гендерных вопросах

Название: Стратегия Регионального отделения ЮНОДК для Южной Азии
 Контактное лицо: Ашита Миттал, старший сотрудник по национальным программам
 Контактная информация: United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia
 Эл. почта: ashita.mittal@unodc.org
 Веб-сайт: www.unodc.org/india/index.html

Справка

В 1990-х годах в различных городах Индии среди женщин, потребляющих психоактивные вещества, возросло употребление опиатов, особенно героина. Большинство таких женщин относились к категории одиноких, образованных и безработных, при этом они довольно рано стали употреблять психоактивные вещества. О таких женщинах известно также, что они в более раннем возрасте начинают вести половую жизнь и что они пользуются общим инструментарием для инъекций. Женщины – выходцы из немаргинализованных групп часто не осведомлены о возможностях лечения и не пытаются найти их. Некоторые программы лечения ориентированы на глубоко верующих или религиозных женщин и учитывают эти особенности в процессе лечения.

Подход

Региональное отделение для Южной Азии Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности признало, что ни одна отдельно взятая стратегия не способна обеспечить всеобъемлющий учет постоянно изменяющегося положения дел в области наркотиков, а также региональных и культурных различий в Южноазиатском регионе. Поэтому Региональное отделение приняло план, который стимулирует разработку правительствами стран региона эффективных стратегий и соответствующих мер реагирования для установления контроля над ситуацией на местах и в регионе.

В целом отмечается нехватка знаний относительно особенностей лечения женщин в связи с употреблением ими психоактивных веществ. К вопросам, все еще требующим изучения, относятся: гендерные аспекты и их связь с проблемами злоупотребления психоактивными веществами и распространения ВИЧ; разработка стратегий, препятствующих злоупотреблению психоактивными веществами; помощь в реабилитации и выздоровлении; и содействие обеспечению адекватных, доступных и качественных медицинских и сопутствующих услуг для женщин на всех этапах жизни.

Кроме того, необходимо обратить внимание на такие вопросы, как разработка учебных программ и подготовка специалистов с целью сократить использование психоактивных веществ; принятие правительствами мер по улучшению доступа к соответствующему лечебно-реабилитационному обслуживанию для нуждающихся в нем женщин; оказание поддержки программам профилактики распространения ВИЧ, ориентированным на партнеров лиц, которые употребляют психоактивные вещества, а также на женщин, употребляющих такие вещества и ведущих опасное сексуальное поведение; и расширение участия женщин в программах сокращения спроса.

К вопросам более общего плана, связанным с улучшением понимания среды, в которой живут женщины,

употребляющие психоактивные вещества, относятся следующие: учет таких ситуационных факторов, как насилие, которые отягощают жизнь женщин; формирование групп поддержки, включая однородные по своему составу сети взаимной помощи, и принятие конкретных мер; а также укрепление механизмов восстановления семейных отношений, которые становятся напряженными из-за злоупотребления психоактивными веществами.

Мероприятия

Региональное отделение для Южной Азии Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности осуществило ряд мероприятий в поддержку этих стратегий, используя возможности средств массовой информации и других структур. Было подготовлено, например, руководство по принятию профилактических мер в рамках общины, которое предназначено для использования женскими группами, поставщиками услуг, неправительственными организациями, директивными органами и широкой общественностью. Кроме того, была опубликована монография *Women and Drug Abuse: The Problem in India*, в которой освещается проблема наркомании и которая предназначена для женщин, употребляющих психоактивные вещества, и женщин, члены семей которых употребляют такие вещества. Региональное отделение содействует также опробованию различными неправительственными организациями новых практических мер, направленных на предупреждение различного рода рисков и снижение уязвимости женщин, употребляющих психоактивные вещества или проживающих в семьях, где существует эта проблема.

В различных регионах страны организованы учебные программы для женщин, употребляющих психоактивные вещества, и членов семей с аналогичными проблемами, призванные содействовать расширению прав и возможностей женщин в целях снижения рисков, связанных с употреблением психоактивных веществ и распространением ВИЧ. Проводятся также эпидемиологические исследования по проблеме употребления женщинами психоактивных веществ.

Основное внимание в рамках работы по сокращению спроса в северо-восточных штатах Индии уделяется женщинам, которые относятся к изгоям общества вследствие употребления ими психоактивных веществ и занятия проституцией и которые часто являются носителями ВИЧ-инфекции. Благодаря проделанной работе удалось обеспечить финансирование лечебно-реабилитационного центра и принять наставниками равных по социальному положению лиц, которые осуществляют просветительские программы с упором на гендерные вопросы для повышения осведомленности партнеров таких женщин. Многие из неформальных пропагандистов сами относятся к числу ВИЧ-инфицированных, излечивающихся от привычки употреблять наркотики путем инъекций или имеющих партнеров, которые употребляют пси-

хоактивные вещества. Неформальные пропагандисты организуют также группы самопомощи, а также приносящие доход проекты, такие как продажа блюд быстрого приготовления, ткачество и пошив одежды.

Между правительством, неправительственными организациями, донорами и учреждениями системы Организации Объединенных Наций сложилось партнерство, названное "Координированным противодействием ВИЧ/СПИДу на основе повышения потенциала и осведомленности", деятельность которого направлена на снижение степени уязвимости молодых женщин перед распространением ВИЧ и венерических заболеваний посредством информирования, совершенствования навыков и расширения доступа к качественным услугам по охране репродуктивного здоровья.

Еще один проект – "Предупреждение распространения ВИЧ среди лиц, употребляющих психоактивные вещества, в государствах – членах Ассоциации регионального сотрудничества Южной Азии (СААРК)" – направлен на повышение осведомленности основных заинтересованных сторон относительно гендерных аспектов проблемы. Цель проекта – обеспечить наличие и повысить доступность и качество услуг по предупреждению распространения ВИЧ в интересах женщин, употребляющих психоактивные вещества. Проект охватывает также гендерные вопросы и вопросы, касающиеся половой жизни, в связи со злоупотреблением психоактивными веществами и распространением ВИЧ/СПИДа среди молодежи.

Результаты/достижения

Стало возможным положение, когда гендерные проблемы учитываются в программах по сокращению спроса, которые осуществляются в регионе, а поставщики услуг договариваются в рамках реализуемых ими программ об учете особых интересов женщин, как употребляющих психоактивные вещества, так и имеющих партнеров, которые употребляют такие вещества. Хотя реакция на эти изменения еще только начинает проявляться, будущие программы Регионального отделения для Южной Азии будут по-прежнему направлены на усиление принятой стратегии.

Проблемы

Из-за отсутствия точных эпидемиологических данных о распространенности проблемы употребления психоактивных веществ среди женщин трудно убеждать заинтересованные стороны в необходимости решения этой проблемы.

Еще одна трудность состоит в том, что, хотя в некоторых странах региона четко определены стратегические планы в области сокращения спроса на наркотики и предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа, в этих стратегиях не всегда учитываются гендерные аспекты. Это особенно важно для районов, в которых растет число ВИЧ-инфицированных в результате употребления психоактивных веществ, в свя-

зи с чем необходимо оказывать должное внимание и поддержку женщинам.

Комплексные программы, направленные на удовлетворение особых потребностей женщин, употребляющих психоактивные вещества, не относятся к числу приоритетных, и поэтому для них выделяются недостаточные ресурсы. Необходимо также пересмотреть стоимость и модели специальных программ для женщин, употребляющих психоактивные вещества.

И наконец, для женских групп в регионе требуется дополнительная подготовка для решения проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ. Это касается также повышения общего образования в ведомствах по вопросам улучшения положения женщин и детей с целью включения конкретных компонентов в соответствующие программы. Поставщики услуг, участвующие в реализации национальных программ по расширению прав и возможностей женщин, также могли бы содействовать укреплению межсекторального сотрудничества путем разработки готовых к использованию комплектов справочных материалов.

Накопленный опыт

В регионе Южной Азии необходимо еще многое сделать: требуется наладить консультирование и лабораторный анализ на ВИЧ и заболевания, передаваемые половым путем; для специалистов – сотрудников правоохранительных органов и поставщиков услуг необходимо организовать информирование и подготовку по гендерным вопросам, связанным с употреблением психоактивных веществ; необходимо, чтобы в общинах службы охраны материнства были укомплектованы должным образом подготовленными и информированными сотрудниками с целью учета дополнительных проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, и т. д. Вместе с тем за время осуществления проекта программы, ориентированные на интересы общин, стали более доступными и менее ущемляющими достоинство.

Оптимальная практика и руководство в отношении лечения с учетом гендерных аспектов

Чили: Разработка технического руководства

Название: Техническое руководство по включению гендерного подхода в проекты лечения и реабилитации лиц, употребляющих наркотики
Страна: Чили
Контактное лицо: Марсела Лара Ореллана, Национальный совет по контролю над наркотиками (CONACE) Чили
Контактная информация: Agustinas 12359, No. piso, Santiago, Chile
Телефон: +(56) (2) 5100852
Факс: +(56) (2) 6994462
Эл. почта: mlara@conace.gov.cl
Веб-сайт: www.conacedrogas.cl

Справка

В Чили во всех возрастных группах и во всех группах населения показатели потребления запрещенных веществ и алкоголя выше среди мужчин, а показатели кокаиновой зависимости и потребления кокаиновой пасты – среди чилийских женщин. Согласно результатам проведенного в стране в 2002 году анализа распространенности проблемы, масштабы употребления марихуаны среди подростков 12–18 лет остаются стабильными. Что касается характера употребления психоактивных веществ среди женщин, то произошел отход от употребления в одиночку к употреблению в составе групп и на улице; у женщин более старшего возраста употребление фармацевтических препаратов связано с эмоциональными расстройствами. Как и в других странах, женщины, употребляющие психоактивные вещества, чаще, чем мужчины, обременены семейными обязанностями, и их наркологические проблемы вызывают большее осуждение.

В настоящее время в рамках большинства программ лечения в Чили не предусматривается оказание особых услуг женщинам. Некоторые наркологические службы признают сложность привлечения женщин к лечению и обеспечения их продолжительного лечения, а также то, что они не предназначены для оказания услуг с учетом гендерных аспектов; другие полностью не признают гендерной проблематики. Часто сотрудники не имеют достаточной квалификации, и не обеспечивается полнота и непрерывность лечения – от помощи в виде консультирования до лечения в стационаре – для лиц, сталкивающихся с различного рода проблемами в связи с употреблением психоактивных веществ. Что касается пациентов, то женщинам затруднен доступ к лечению в связи с обязанностями по уходу за детьми и ведению домашнего хозяйства, а также из-за отсутствия семейной поддержки и социальных структур.

Задачи

Поставлены следующие задачи: разработать национальную политику с учетом гендерной проблематики в области оказания терапевтических услуг женщинам, употребляющим психоактивные вещества; разработать стратегии, предусматривающие обсуждение и анализ гендерных вопросов и их связь с проблемой употребления психоактивных веществ; содействовать процессу выявления факторов риска употребления психоактивных веществ среди чилийских женщин; подготовить руководство по лечению для женщин, включая практику выявления, направления на лечение и обеспечения доступа к лечению, а также наем квалифицированных специалистов и другого персонала для лечения женщин.

Мероприятия

В 2002 году по предложению Национального совета по контролю над наркотиками состоялось совещание

представителей Национальной службы для женщин, Министерства юстиции (ответственного за исправительные учреждения) и Министерства здравоохранения, а также экспертов-медиков из государственных и частных учреждений, предоставляющих лечение женщинам. Цель совещания состояла в том, чтобы создать рабочую группу для разработки руководства по лечению женщин. Группе было предложено обсудить следующие вопросы по проекту: как отразить гендерные аспекты в анализе распространенности и в другого рода исследованиях; какими способами можно повысить доступность программ лечения для женщин; каковы возможности более раннего выявления проблем у женщин при оказании первичной медицинской помощи или наблюдении за беременными; как расширить возможности для оказания услуг женщинам: на основе создания отдельных служб для женщин или на основе учета гендерных аспектов во всех лечебных учреждениях?

Были обсуждены также такие вопросы, как необходимость межсекторальной координации деятельности медицинских и образовательных учреждений и приютов с целью предупреждения прекращения женщинами лечения, особенно женщинами с детьми; повышение знаний и квалификации консультантов в отношении гендерной проблематики; и обеспечение учета гендерных аспектов в программах лечения.

В руководство по лечению вошли три главы: теоретическая основа; терапевтическое воздействие на женщин; и взаимодействие (при лечении).

В этих главах рассматриваются следующие вопросы:

- использование всеобъемлющего, а не конфронтационного подхода, особенно в начале процесса терапевтического воздействия;
- сохранение конфиденциальности при лечении психотравм, связанных со злоупотреблением и дурным обращением;
- уделение внимания взаимоотношениям женщин (с семьей и другими родственникам) для восстановления социальных связей;
- обеспечение более пристального внимания индивидуальному лечению женщин (в сравнении с мужчинами);
- обеспечение более длительного лечения для установления контакта и благоприятствующих лечению доверительных отношений.

Рабочая группа в течение года ежемесячно проводила совещания для подготовки руководства, которое в 2003 году было распространено с целью анализа и получения замечаний, в частности от Исполнительного секретариата и региональных отделений CONACE и Министерства здравоохранения.

После завершения первого этапа в 2004 году будет проведен семинар с целью дальнейшего обсуждения

и оценки проекта руководства, а затем в окончательной редакции этот документ станет официальным законом.

Результаты/достижения

Этот проект все еще находится на стадии развития. После того как руководство будет окончательно доработано и включено в законодательство, появится возможность проследить и оценивать деятельность лечебных центров в связи с практической реализацией этого руководства.

Проблемы

Из числа проблем, требующих безотлагательного решения, две состоят в преодолении мнения, согласно которому для женщин не требуется особое лечение, и в просвещении руководителей лечебных служб относительно необходимости учета гендерной проблематики в программах, направленных на оказание помощи женщинам. Кроме того, необходимо учитывать гендерные аспекты во всех планах организации лечения, упрощать доступ к лечению, совершенствовать методы и эффективность лечения и поощрять обсуждение гендерных аспектов между коллективами лечебных учреждений.

Накопленный опыт

Для успешной реализации этого проекта важно установить связи с занимающимися данной проблемой правительственными и неправительственными организациями в Чили и других странах.

Швейцария: Руководство по общедоступным услугам для женщин

Название: Женщинам – основное внимание!
Потребности в общедоступных наркологических услугах: набор материалов для практического применения
Страна: Швейцария
Контактное лицо: Мари Луиз Эрнст, Федеральное управление здравоохранения Швейцарии (ФУЗШ)
Контактная информация: Rohrmatt 21, 3126 Kaufdorf, Switzerland
Телефон: +(41) (31) 809 2296
Факс: +(41) (31) 809 2296
Эл. почта: m.l.ernst@datacomm.ch
Правительство, текущее финансирование

Справка

Проводимые в Швейцарии исследования свидетельствуют о том, что между мужчинами и женщинами, употребляющими психоактивные вещества, существуют различия в том, что касается формы и характера употребления психоактивных веществ, причин возникновения этой проблемы, а также их потребностей в лечении и опыта лечения. Вместе с тем клинический опыт и эмпирические исследования указыва-

ют на то, что женщины, употребляющие психоактивные вещества, недостаточно представлены в лечебных заведениях и что изданная в 1995 году по заказу Федерального управления здравоохранения Швейцарии (ФУЗШ) научная публикация *Women Addiction Perspective* не содействовала, как ожидалось, планированию более широких услуг для женщин в рамках предложений по проектам, представляемых на рассмотрение ФУЗШ. При этом спонсоры не настаивают на том, чтобы при оказании услуг учитывались гендерные аспекты, а учреждения получают финансирование даже в том случае, если предоставляемые ими услуги не учитывают гендерных факторов. Лечебные учреждения, особенно рассчитанные как на пациентов-мужчин, так и пациентов-женщин, как правило, возглавляют мужчины, и лишь иногда имеет место некоторое взаимодействие заинтересованных специалистов-женщин, а многие женщины работают в одиночку. Подходы к лечению также во многом основаны скорее на идеологии, чем на фактических данных.

Позднее, в 1997 году ФУЗШ поставило перед собой задачу содействовать организации услуг с учетом гендерных факторов для достижения следующих целей:

1. разработка и постоянное совершенствование научных принципов и инструментов для реализации услуг, связанных с лечением и профилактикой наркомании;
2. установление критериев в отношении концепций и мероприятий;
3. установление критериев качества с учетом интересов женщин в (лечебных) учреждениях;
4. предоставление на международных конференциях информации о развитии наркологических служб.

В рамках проекта предусматривалось охватить все аспекты наркологических служб с уделением внимания деятельности специалистов, учреждений, руководящих органов и представителей отраслевых изданий, связанных с наркологией, а также специалистов, работающих на местах в Швейцарии и за рубежом. Настоящее тематическое исследование затрагивает лишь один из аспектов этой широкой задачи и посвящено разработке руководства по обеспечению качества общедоступных служб.

ФУЗШ было предложено рассмотреть вопрос качества общедоступных служб, которые особенно слабо охватывают женщин, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Это объясняется рядом факторов: в некоторых случаях структура учреждений из-за их размера является трудно управляемой; учреждения ориентированы на нужды мужчин (отсутствие санузлов для женщин в приютах, предоставляемых в чрезвычайных ситуациях, полное отсутствие или отсутствие надлежащих условий для матерей-наркоманок и их детей); пациенты-женщины стыдятся признать, что они употребляют психоактивные вещества; и в том случае, если имеются дети, женщины боятся

ся лишиться опеки над ними. В результате ФУЗШ создало междисциплинарную группу для изучения этого вопроса. ФУЗШ официально поручило группе заниматься этой работой и обеспечило финансирование проекта.

Задачи

Проект направлен на разработку перечня требований в отношении оказания услуг с учетом интересов женщин, а также практических критериев в отношении общедоступных услуг.

Мероприятия

Была создана инициативная группа в составе пяти специалистов-женщин (включая сотрудницу ФУЗШ). Эта инициативная группа подготовила отдельные мероприятия в рамках процесса реализации проекта. Результаты каждого мероприятия были представлены на обсуждение группы поддержки в составе других 12 женщин, работающих в лечебных учреждениях. Такой подход обеспечил широкую поддержку проекту со стороны всех компонентов общедоступных служб (пункты для установления контактов и центры свободного доступа, приюты для обращения в чрезвычайных случаях, проекты по трудоустройству, социальные работники, проекты поддерживающего лечения героинолом). Было уделено также внимание обеспечению учета интересов тех, кто работает в рамках программ как специфичной, так и общей гендерной направленности.

Мероприятие 1. Было проведено коллективное обсуждение с целью получения общего представления обо всех решаемых задачах и деятельности служб, которые представлены в проекте. В ходе обзора существующего положения было получено много исходной информации, которая затем была организована согласно следующим вопросам: какие предлагаются услуги; каков планируемый эффект этих услуг; какие целевые группы, помимо пациентов, охвачены; какие услуги предлагаются для достижения целей, которые необходимо учитывать при таком подходе?

Мероприятие 2. Это мероприятие было направлено на определение целей и услуг, которые необходимы для осуществления программы, учитывающей интересы женщин. Было установлено, в частности, что в целом нет необходимости проводить различие между типами программ (лечение в стационаре, трудоустройство, услуги в дневное время) и, следовательно, не стоит придерживаться такого различия. Затем материал был проанализирован по трем категориям: структура, процесс и результаты. Благодаря такому распределению по категориям были определены пять главных задач, которые были сочтены важными для обеспечения общедоступных услуг с учетом интересов женщин.

Мероприятие 3. Это мероприятие предусматривало увязывание служб и предъявляемых к ним требова-

ний в плане структуры, процесса и результатов с пятью задачами, деятельность по достижению которых должна быть ориентирована на пациентов. К этим задачам относятся следующие:

1. содействие повышению осведомленности о вопросах здоровья среди пациентов;
2. повышение в обществе осведомленности об особых нуждах пациентов;
3. содействие принятию пациентами мер по избавлению от роли жертвы;
4. расширение возможностей и содействие усилиям пациентов по созданию или восстановлению небольшого круга связей, обеспечивающих поддержку;
5. предоставление пациентам возможности обрести перспективы в отношении занятости и трудоустройства.

Применительно к каждой из задач был подготовлен перечень услуг, которые необходимо обеспечить для ее решения. Так, применительно к задаче, связанной с повышением осведомленности по вопросам здоровья среди пациентов, в перечень были включены следующие услуги:

- выделение отдельной комнаты исключительно для женщин;
- обеспечение спальных мест в приютах;
- регулярное проведение обходов гинекологом;
- обеспечение свободного доступа к информации по женской тематике;
- обсуждение с каждым пациентом вопросов профилактики СПИДа и гепатита;
- организация программ лечения опиатами или программ заместительной терапии при обеспечении отдельной комнаты для инъекций, санузлов отдельно для мужчин и женщин и условий для ухода за детьми;
- выдача шприцев, презервативов и санитарно-гигиенических средств;
- обеспечение отдельных душевых и прачечных;
- сопровождение клиентов в медицинские учреждения;
- консультирование по вопросам охраны здоровья женщин и/или установление их приоритетности.

По каждой из этих услуг в руководстве изложены требования в отношении структуры, процесса и результатов. Например, в отношении регулярного совершения обходов гинекологом предусматривается следующее:

- услуга: гинеколог присутствует в течение двух часов дважды в месяц;
- структура: наличие смотрового кабинета; оплата врача по возможности покрывается медицинской страховкой, а в общем плане оказания услуг указывается, что клиентам доступны основные гинекологические услуги;

- процесс: сотрудники информируют пациентов о новой услуге в срок не позднее одного месяца; сотрудники побуждают пациентов использовать новую услугу и оказывают им в этом поддержку; сотрудники систематически проводят опрос мнения всех пациентов о новой услуге и результаты регистрируются в письменной форме; по прошествии шести месяцев сотрудники проводят обсуждение мнений пациентов с врачом, результаты которого в дальнейшем учитываются при оказании услуг;
- результат: использование услуги хотя бы раз за 12 месяцев 60 процентами пациентов; снижение за год числа инфекционных заболеваний у пациентов на 30 процентов; за год 40 процентов пациентов регистрируются у гинекологов.

Сборник материалов по обеспечению качества, озаглавленный *Women Centred! Requirements for Low-threshold Drugs Services: a Toolkit for Practice*, в 2000 году был опубликован на французском и немецком языках, а в 2004 году – на английском языке. Этот сборник был использован 10 учреждениями при реализации последующего двухгодичного проекта (2001–2003 годы).

Результаты/достижения

Всеобъемлющий мандат ФУЗШ

Специалисты все более осознают необходимость того, чтобы наркологические службы учитывали интересы женщин, и растет понимание того, что для оказания качественных услуг требуются гендерные критерии. Так, гендерные критерии все более широко применяются в практике проведения спонсорами оценки проектов, а в принимаемых наркологическими службами подходах и мерах все чаще содержатся программные элементы, направленные на удовлетворение потребностей женщин.

Измерение вышеупомянутых результатов проводится на основе регулярных докладов о проделанной работе в рамках мандата (самооценка), опроса участвующих учреждений для определения востребованности услуг, учитывающих потребности женщин, и, наконец, на основе роста числа публикаций, касающихся женских и гендерных аспектов наркологической помощи в Швейцарии.

Мандат в отношении проекта, касающегося общедоступных служб

ФУЗШ оказывает официальную помощь в разработке руководства по общедоступным службам с учетом интересов женщин. В публикации *Women Centred! Requirements for Low-threshold Drugs Services: a Toolkit for Practice* данные научных исследований изложены в форме, позволяющей применять их на практике при оказании услуг. В реализации руководства участвуют 10 учреждений, которые обязались в течение двух лет быть участниками проекта. Повышению авторитет-

ности проекта способствует постановка реалистичных и достижимых целей в отношении организации наркологических служб с учетом потребностей женщин. К работе по проекту присоединились весьма заинтересованные и увлеченные специалисты-женщины. Было организовано и сочтено полезным обучение по таким вопросам, как управление проектом, методы и обеспечение устойчивости.

Проблемы

К числу проблем относятся: внесение изменений в кадровый состав; слабое знание методов управления проектами и самооценки в учреждениях; отсутствие уверенности в себе у специалистов-женщин в связи с представлением требований к своим учреждениям и обеспечения их выполнения.

Накопленный опыт

Важное значение имеет наличие центра связи по вопросам и проектам, касающимся наркологических служб, в деятельности которых учитываются потребности женщин. Непременным условием является непрерывность деятельности ФУЗШ и/или действия мандата в области развития наркологических служб, учитывающих интересы женщин; деятельности по передаче знаний, подготовке кадров и установлению связей между специалистами помогла преодолеть предубеждения и стимулировать готовность оказывать наркологическую помощь с учетом потребностей женщин; успешному осуществлению проекта способствовала разработка прикладной документации для определения конкретных возможностей организации наркологических служб с учетом потребностей женщин.

Швейцария: Применение руководящих принципов в проекте "Момент для женщин" в центре анонимной помощи Quai 9 ("Платформа № 9")

Название: "Момент для женщин" в Quai 9
Страна: Швейцария
Контактное лицо: Мюриель Лассер Бержеро
Контактная информация: Group sida Geneva, Secteur de la réduction des risques 6, rue de la Pépinière, 1201 Geneva, Switzerland
Телефон: +(41) (22) 344 1418 (домашний)
+(41) (22) 748 2878 (служебный)
Эл. почта: a.bergerioux@bluewin.ch
murielle.lasserre@groupesida.ch
Неправительственная организация.
Срок деятельности: 3 года

Эта общедоступная служба является примером того, каким образом руководство может применяться в рамках программы. В рамках проекта "Момент для женщин" назначается определенное время встречи для женщин в контексте службы, рассчитанной на клиентов обоого пола.

Справка

Quai 9 представляет собой общедоступный центр анонимной помощи, в котором имеется инъекционный инструментарий. На протяжении почти 10 лет социальные работники мобильной службы в Женеве обсуждали необходимость организации услуг с учетом интересов женщин. Кроме того, эта служба по работе с населением приняла участие в исследовании по проблеме женщин, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. В 2000 году была поставлена конкретная задача по установлению контакта с женщинами. Центр анонимной помощи Quai 9, который был создан в 2001 году, в 2002 году приступил к оказанию конкретных услуг для женщин, включая выдачу профилактического набора, предназначенного специально для женщин.

Задачи

Проект направлен на решение следующих задач: уменьшить число случаев, когда женщины оказываются в обстоятельствах, делающих их уязвимыми; ограничить число незащищенных половых контактов; улучшить гинекологическое наблюдение; и сократить масштабы насилия в семье и другие проявления агрессивного поведения.

Мероприятия

В рамках проекта "Момент для женщин" назначается время встречи для женщин, а именно каждую среду с 12 до 14 часов. В штат сотрудников входят только женщины из различных служб по уменьшению вреда, представляющие организацию Groupe sida Genève. На такие еженедельные встречи приходят в среднем 8–12 женщин (из 250 женщин, которые посещают Quai 9, что составляет 25 процентов от общего числа лиц, употребляющих психоактивные вещества).

Проект "Момент для женщин" не предусматривает групповой терапии, а направлен на решение проблем, с которыми приходят женщины. Один раз в месяц присутствуют представители группы жертв изнасилования и службы планирования семьи. Для содействия укреплению чувства собственного достоинства женщинам перед началом обсуждения проблем выдают профилактический набор, содержащий презервативы, смазку-гель, салфетки, полотенце, зеркало, пилку для ногтей, тампоны, список адресов и дезинфицирующий крем "Вита-Мерфен". Обсуждаются темы, касающиеся детей, материнства, насилия в семье, уличного насилия, проституции, контрацепции и жизни в целом.

Результаты/достижения

Женщины регулярно приходят на встречу в рамках "Момента для женщин" и в целом чувствуют себя более непринужденно, обсуждая интимные темы. Коллеги центра признали, что оказание услуг с учетом

интересов женщин является элементом обеспечения качества услуг, и сотрудники участвуют в дискуссиях по гендерной проблематике. Профилактический набор, включая презервативы, смазку и информационные листки, находит применение и пользуется большим спросом. Положительный вклад вносят стороны, помогающие проекту, а различные службы, включая Quai 9, предназначенные для уменьшения вреда, делегируют своих сотрудников для участия в проекте "Момент для женщин". Этот проект привлек к себе внимание средств массовой информации, в частности было опубликовано интервью, и добился признания в рамках сети наркологических служб. Клиенты-мужчины стали менее агрессивными.

Проблемы

К числу проблем, требующих решения, относятся следующие: обеспечение настоящей поддержки со стороны руководства и коллектива; получение финансовых средств; и интеграция проекта "Момент для женщин" в сектор служб по уменьшению вреда в Женеве.

Накопленный опыт

Для успешной организации услуг с учетом интересов женщин требуются поддержка и приверженность со стороны директора и других сотрудников. Именно на этой основе, а также благодаря терпению, убежденности и настойчивости, удалось добиться признания концепции оказания услуг с учетом гендерных факторов.

Европа: Наркологические службы и службы для женщин, подвергающихся избиению

Название: Наркомания как возможность выжить для женщин, сталкивающихся с насилием

Страна: Европа

Контактное лицо: Карин Гогер

Контактная информация: Gudrunstrasse 184/3-4,

1100 Vienna, Austria

Телефон: +(43) (1) 548 60 90

Факс: +(43) (1) 548 60 90/76

Эл. почта: Karin.goger@dialog-on.at

Веб-сайт: www.chance-of-survival.net

www.dialog-on.at

Проект осуществлялся с декабря 2001 года по март 2003 года при финансировании Европейской комиссией в рамках программы "Дафни" и Министерством по делам семьи и престарелых, женщин и молодежи Германии.

Справка

Исходными для данного проекта были следующие факторы: тесная связь между психологическими травмами от пережитого насилия и проблемами употребления психоактивных веществ; отсутствие поддержки и консультативной помощи в решении этих двух проблем; и неудовлетворительная работа структур по

установлению связей и сотрудничества между наркологическими службами и приютами для подвергающихся избиениям женщин, результатом чего является цикличность проблемы насилия и наркомании. В наркологических службах, которые, как правило, предназначены и для мужчин, и для женщин, опыт пережитого женщинами насилия часто не учитывается. В такой обстановке женщины могут сталкиваться со знакомой системой власти, насилия и зависимости, что ведет к прекращению ими лечения. В то же время приюты для подвергающихся избиениям женщин не способны решать наркологические проблемы, при этом большинство приютов отказываются принимать женщин, если они употребляют психоактивные вещества. Если обе проблемы не решать должным образом, женщины остаются в порочном круге насилия и наркомании с реальной перспективой вновь стать потерпевшими.

Задачи

Проект направлен на решение следующих задач: разработка международных и междисциплинарных критериев и методов с учетом гендерных аспектов в интересах работы с женщинами, которые сталкиваются с насилием; информирование специалистов о такой проблеме, как женщины, наркомания и насилие, и обеспечение учета гендерных аспектов в смешанных коллективах; совершенствование организации служб и повышение доступности помощи для столкнувшихся с проблемами женщин; разработка методов стимулирования мероприятий по развитию самопомощи; вовлечение руководства в процесс разработки и применения критериев и методов, учитывающих гендерные аспекты; и развитие сотрудничества между наркологическими службами и приютами для женщин.

Мероприятия

В рамках проекта сотрудничают службы из четырех стран (Австрии, Германии, Ирландии и Нидерландов) и шесть агентств: HeXenHaus-Hilfe für Frauen in Krisensituationen – консультация, женский приют и общежитие для престарелых; Drogenberatung Vierßen – традиционная общая наркологическая служба, проводящая консультирование, лечение и профилактику и осуществляющая уход за немощными; SAOL Project Dublin – территориальная наркологическая служба для женщин, призванная помогать женщинам, на основе эволюционирования и развития потенциала, избирать здоровый образ жизни в рамках своих общин; CAD Noord-en-Midden-Limburg, Венло, – общая служба наркологической помощи, осуществляющая консультирование, лечение, профилактику и заместительную терапию и предоставляющая амбулаторные услуги и услуги в условиях стационара; Verein Wiener Sozialprojekte, Вена, – общедоступная служба, которая предоставляет услуги по уменьшению вреда, условия для проживания немощных, помощь в реинтеграции и услуги центра анонимной помощи; и Verein Dialog, Вена, – наркологическая служба, кото-

рая осуществляет профилактику, консультирование, лечение и поддерживающую терапию.

На первых этапах в рамках проекта проводились встречи между сотрудничающими организациями, и была оформлена заявка в Европейский союз на получение финансирования; велись переговоры с местными учреждениями относительно реализации проекта и обмена опытом; и принимались меры для мобилизации политической поддержки.

На следующих этапах были разработаны модели "оптимальной практики" организации комплексной помощи страдающим наркозависимостью женщинам, которые сталкиваются с насилием, а также критерии и стандарты, касающиеся основы, содержания, методов и основных подходов применительно к практическим мерам по оказанию помощи женщинам, в том числе в рамках учреждений, предназначенных и для мужчин, и для женщин.

При завершении проекта в Билефельде, Германия, был проведен заключительный симпозиум, на котором были представлены результаты проекта.

Помимо организуемых специально для женщин индивидуальных консультаций, участвующие учреждения разработали меры групповой помощи, например в случае Verein Dialog, для женщин, занятых в секс-индустрии, для женщин, желающих вернуться к созидательному труду, и для женщин, содержащихся под стражей в Венском исправительном центре, которым было предложено заниматься общественно-полезной работой. Verein Dialog, совместно с Verein Wiener Sozialprojekte, также организует для женщин курсы самообороны.

Совместно с сотрудниками и клиентами участвующих учреждений была проведена оценка проекта. Сотрудникам были заданы вопросы относительно объединения усилий, принятия практических мер с учетом гендерных аспектов и уделения большего внимания гендерной проблематике. Клиенты-женщины были опрошены относительно приобретенного ими опыта.

Результаты/достижения

Проект содействовал активизации на основе новых подходов комплексного обсуждения темы, касающейся женщин, наркомании и насилия, а также развертыванию в участвующих учреждениях дискуссии относительно особых потребностей клиентов-женщин. Благодаря этому повысилась осведомленность о женщинах, значимых событиях в их жизни и особых потребностях. В результате проведенных обсуждений и анализа соответствующей литературы повысилось понимание гендерных аспектов.

Руководство стало участвовать в работе, связанной с тематикой проекта, и приступило к осуществлению стратегий учета гендерных аспектов, а специалисты

стали получать более обширную информацию по этому вопросу из региональных и отраслевых изданий.

Благодаря международному сотрудничеству модели "оптимальной практики" стали использоваться в практической работе участвующих организаций-партнеров, и были приняты меры по расширению и/или улучшению консультативных услуг для женщин, сталкивающихся с проблемами.

Предположение о том, что женщины употребляют психоактивные вещества, чтобы как-то справиться с ситуацией, сопряженной с насилием, привело к новому видению проблемы и оказанию поддержки расширению прав и возможностей женщин. С этой точки зрения женщины рассматриваются скорее не как жертвы насилия, а как лица, пережившие насилие, а употребление психоактивных веществ рассматривается как стратегия, позволяющая справиться с трудностями. Такое отнесение не к жертвам, а к сумевшим выжить может способствовать укреплению у женщин чувства собственного достоинства и ослаблению неприязненного и уничижительного отношения к себе.

Проблемы

Вначале было трудно установить контакт с местными учреждениями, занимающимися проблемами женщин, однако эту трудность удалось преодолеть путем регулярного распространения информации о проекте и приглашения их на презентацию при завершении проекта.

Трудно было также преодолеть конфликт между учреждениями, предназначенными для всех, и учреждениями, предназначенными только для женщин, в том что касается учета гендерных аспектов, особенно конфликт между руководством, в котором доминируют мужчины, и позицией феминисток; однако благодаря обсуждениям и критическому осмыслению различных точек зрения эта трудность была преодолена.

Многим сотрудникам участвующих учреждений требовалась специальная подготовка для работы с психологически травмированными женщинами. Например, в рамках Verein Dialog были организованы курсы повышения квалификации сотрудников.

Данный проект был осуществлен, несмотря на следующие трудности: отсутствие женских наркологических служб, учитывающих гендерные аспекты; отсутствие консультативных услуг, рассчитанных на женщин, и неосведомленность сотрудников относительно женской проблематики; вопросы обеспечения психологической и физической безопасности женщин в учреждениях для лиц обоих полов; отсутствие услуг по уходу за детьми на период посещения женщинами наркологических консультаций, часто объясняемое отсутствием спроса и ресурсов; и отказ в доступе в приюты для подвергающихся избиениям тем женщинам, которые употребляют психоактивные вещества.

Иногда было трудно сформировать группы помощи отдельно для женщин как из-за низкой посещаемости, так и из-за неприспособленности используемых женскими группами помещений, которые предназначены для различных целей. Возможным решением этой проблемы является выделение отдельных комнат для женщин (куда нет доступа мужчинам) и их переоборудование с учетом интересов женщин.

Накопленный опыт

Для обеспечения учета гендерной проблематики важное значение имеет подход "сверху вниз" (т. е. одобрение и поддержка руководства); объединение усилий служб, предназначенных для женщин (например, приютов для женщин, подвергающихся избиениям), и наркологических служб может содействовать снятию запретов, касающихся темы наркомании, и способствовать выявлению нуждающихся в лечении. С другой стороны, благодаря такому объединению усилий наркологические службы обращают более пристальное внимание на пережитое женщинами насилие.

Организация женских групп, даже если в начале их деятельности на встречи никто не приходит, служит указанием женщинам на то, что им есть куда прийти. Учитывая, что требуется некоторое время для развертывания деятельности в местной сети и среди контингента, возможен характеризуемый бездействием период, прежде чем женщины начнут приходить.

Для привлечения женщин наркологическим лечебницам необходимо организовать услуги по уходу за детьми, что будет восприниматься как знак признания женских забот и потребностей, как приглашение женщин с детьми и как стремление обеспечить для женщин доступ к услугам.

Южная Африка: Адаптация методов профилактики распространения ВИЧ, используемых в Соединенных Штатах Америки

Название: Южноафриканская инициатива: пробное исследование по профилактике распространения ВИЧ с уделением особого внимания женщинам

Страна: Южная Африка

Контактное лицо: Венди Вечсберг

Контактная информация: RTI International, 3040 Cornwallis Drive, Hobbs 142, North Carolina, 27709-2194

Телефон: +(1) (919) 541-6422

Факс: +(1) (919) 541-6683

Эл. почта: wmw@rti.org

Веб-сайт: <http://www.rti.org>

Статус: неправительственная организация. Это исследование, финансируемое Национальным институтом наркологии, дополняет более крупное исследование, проводимое среди жителей центральных районов в двух городах Америки.

Справка

Правительство Соединенных Штатов выразило желание проверить, можно ли адаптировать разработанные в Америке меры для оказания помощи женщинам в Южной Африке, которым угрожает опасность стать наркоманами и заразиться ВИЧ. Предварительный качественный анализ подтвердил, что женщины часто употребляют психоактивные вещества перед предоставлением сексуальных услуг, чтобы побороть сдержанность и найти смелость обращаться к клиентам. Быстрые темпы распространения ВИЧ и высокая смертность от СПИДа среди чернокожих южноафриканок репродуктивного возраста часто бывают связаны с употреблением психоактивных веществ и опасной сексуальной практикой; такое положение еще более усугубляют гендерные, классовые и расовые различия. Назрела необходимость в разработке и оценке эффективного решения комплексной проблемы, касающейся употребления психоактивных веществ, полового поведения, связанного с сексом насилия и опасности заражения ВИЧ для женщин.

Задачи

Задачи программы состояли в том, чтобы определить связанные с принадлежностью к разным культурам свойства и различия между жительницами американских городов и южноафриканками, для которых вследствие употребления психоактивных веществ существует повышенная опасность заражения ВИЧ и заболеваниями, передаваемыми половым путем; определить, можно ли программы по профилактике ВИЧ, предназначенные специально для афроамериканок, злоупотребляющих "крэком" и кокаином, адаптировать применительно к чернокожим южноафриканкам, занятым в секс-индустрии и употребляющим кокаин; а также повторить опыт и оценить эффективность перенятой практики по сравнению со стандартными мерами вмешательства, направленными на сокращение масштабов потребления психоактивных веществ и сдерживание поступков, связанных с опасностью заражения ВИЧ.

Мероприятия

На начальном этапе проекта было проведено исследование в форме тематического опроса групп, состоящих из представителей основных заинтересованных сторон, включая чернокожих южноафриканок, занятых в секс-индустрии и употребляющих психоактивные вещества, с тем чтобы определить наилучший подход к решению проблем, связанных с рискованным поведением, с учетом их социально-культурной среды и соответствующим образом адаптировать меры вмешательства. Был создан общественный консультативный совет, в который вошли неправительственные организации, недипломированные специалисты, поставщики услуг и исследователи.

К участию в исследовании были привлечены злоупотребляющие наркотиками проститутки из определен-

ных микрорайонов. Женщины, соответствующие критериям отбора, которые согласились участвовать в исследовании, сдали анализы в полевом врачебном кабинете, включая анализ мочи на содержание психоактивных веществ, и прошли оценку в плане употребления психоактивных веществ и опасного полового поведения. Затем для участниц в произвольном порядке был определен один из двух комплексов мер: стандартные меры или меры, ориентированные специально на женщин.

Что касается стандартных мер, то они предусматривали *проведение* с интервалом в две недели двух индивидуальных одночасовых встреч с сотрудником, который информировал по таким вопросам, как ВИЧ; опасности, связанные с наркотиками и сексом; методы снижения опасности, включая надлежащее использование мужских и женских презервативов; умение говорить с партнером относительно более безопасного секса; серодиагностический тест на ВИЧ; и меры, которые необходимо принимать участницам для профилактики распространения ВИЧ. Комплекс мер, ориентированных на женщин, включал проведение более индивидуальной оценки рисков, связанных с наркотиками и сексом, и выработку конкретных целей для содействия получению женщинами навыков по снижению риска.

Участницами проекта должны были быть чернокожие южноафриканские женщины в возрасте от 18 лет, в анализе мочи которых был выявлен кокаин, которые сообщили о еженедельном употреблении кокаина на протяжении предыдущих 90 дней, которые активно занимались проституцией на протяжении предыдущих 90 дней или имели многочисленных половых партнеров и которые на основе полученной информации согласились участвовать в проекте.

Результаты/достижения

Результаты исследования свидетельствуют об уменьшении доли женщин, которые вступают в незащищенный половой контакт с клиентами за плату или с приятелями, и о снижении масштабов ежедневного употребления алкоголя и кокаина. Уменьшение употребления ежедневно алкоголя и кокаина в большей степени было отмечено у тех, кому была оказана помощь с учетом интересов женщин, чем у тех, кому была оказана стандартная помощь; и наконец, хотя проблема насилия по-прежнему имеет место, участницы, получившие целенаправленную помощь, стали реже подвергаться насилию, чем женщины, получившие стандартную помощь.

Проблемы

В начале исследования основная проблема заключалась в том, чтобы завоевать авторитет и доверие с целью проведения информационно-просветительской работы; эта проблема была преодолена: после одного месяца под наблюдением осталось 80 процен-

тов участниц. Кроме того, набор участниц исследования и поддержание контактов с ними были затруднены присутствием полиции, которая часто совершала облавы в предполагаемых местах работы проституток. Так называемые "диспетчеры" – в основном женщины старшего возраста, которые заведуют финансовыми делами и/или обеспечивают защиту женщин, занятых в секс-индустрии, – иногда просили заплатить или дезинформировали проституток относительно проекта. На возможность женщин приходить на занятия влияла также необходимость выполнения обязанностей по уходу за детьми. В ходе исследования были выявлены также такие проблемы, как насилие в отношении женщин, отсутствие возможностей для занятия легальной работой и ограниченный доступ к качественным мужским и женским презервативам.

Накопленный опыт

Разработанные в Соединенных Штатах меры противодействия распространению ВИЧ и употреблению психоактивных веществ могут эффективно использоваться в условиях Южной Африки, в том числе меры, основанные на расширении прав и возможностей, которые учитывают гендерные и культурные аспекты и направлены на уменьшение употребления женщинами психоактивных веществ, сокращение опасной сексуальной практики и улучшение их социального положения; для более эффективного учета условий жизни женщин и удовлетворения их потребностей важное значение имеет установление общенациональных и общинных связей; для решения столь серьезной проблемы, как насилие, требуются ресурсы; женщины нуждаются в наркологической помощи и лечении, однако таковые труднодоступны.

Рекомендации в отношении успешно зарекомендовавших себя подходов и накопленного опыта

Изложенные ниже рекомендации в отношении успешно зарекомендовавших себя подходов и накопленного опыта отражают результаты обзора литературы, тематических исследований и дискуссий, состоявшихся в ходе совещания Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности по теме "Лечение наркомании у женщин: накопленный опыт", которое было проведено в Вене 15–17 декабря 2003 года.

Программно-пропагандистская деятельность и объединение усилий. Тематические исследования и дискуссии, состоявшиеся на совещании в Вене, свидетельствуют о необходимости программно-пропагандистской деятельности и объединения усилий потенциальных партнеров и заинтересованных сторон в целях повышения осведомленности о важности гендерных факторов. Программно-пропагандистская деятельность и объединение усилий могут содействовать также переходу от осуждения к осознанию необходимости ор-

ганизации лечения с учетом гендерных факторов в интересах как женщин, так и мужчин. Для достижения этого агитационно-пропагандистскую деятельность необходимо осуществлять на всех уровнях: международном, национальном и общинном. В ходе обсуждений на совещании в Вене были определены следующие стратегии:

- a) осуществление пропаганды в рамках совещаний и групп по вопросам политики на международном/национальном или местном уровне;
- b) использование таких структур, как Организация Объединенных Наций и Европейский союз, для разработки глобальных или региональных планов по вопросам финансирования;
- c) ясное изложение целей женщинами, занимающими видное положение в обществе, с целью уменьшить осуждение женщин, употребляющих психоактивные вещества;
- d) обеспечение постоянного привлечения внимания к проблеме с помощью исследований, подготовки кадров и выступлений женщин;
- e) повышение осведомленности групп, не обладающих достаточными знаниями, например местных средств массовой информации, и использование примеров лечения для демонстрации экономической эффективности;
- f) выражение женщинами-политиками идеи о том, что "женщины заслуживают инвестирования" и что успешные результаты сказываются не только на положении самих женщин, но и на положении их семей и общин;
- g) осуществление информационно-пропагандистской деятельности на совещаниях за круглым столом с участием представителей всех уровней ответственности, поскольку для обеспечения учета гендерной проблематики необходимо применять подход "сверху вниз";
- h) использование механизмов предоставления полномочий общественности в целях повышения осведомленности; установление связей на начальных этапах планирования с потенциальными партнерами/заинтересованными сторонами, которые могут повлиять на результаты осуществления проекта;
- i) разработка инициатив в области регионального сотрудничества в целях привлечения внимания людей и повышения осведомленности;
- j) использование на уровне общин пропаганды здорового образа жизни, помощи неформальных воспитателей, общественных консультаций и информирования о программах в целях привлечения пациентов и служб, направляющих на лечение.

Эпидемиологические исследования, программа оценки и исследование по моделям вмешательства. Как в литературе, так и в ходе обсуждения на совещании в Вене указывалось на отсутствие достоверной информации о жен-

щинах, употребляющих психоактивные вещества. Кроме того, не хватает оценочной информации о программах для женщин, которая требуется для получения финансирования, и отсутствуют фундаментальные исследования относительно эффективных методов лечения женщин. Была выявлена необходимость в проведении исследований на основе использования различных методов сбора данных (качественных и количественных) в следующих областях:

- эпидемиологические исследования: какие психоактивные вещества употребляются и каковы способы употребления (следует учитывать, что в различных социально-культурных средах могут существовать различные модели структуры и динамики употребления психоактивных веществ мужчинами и женщинами);
- качественный анализ для понимания соотношения мужчин и женщин среди лиц, употребляющих запрещенные психоактивные вещества, поскольку данные об использовании наркологических служб могут не отражать фактическую потребность;
- оценка потребностей с учетом гендерных факторов и разработка соответствующих инструментов и средств для использования в интересах женщин;
- исследование по вопросам лечения, касающееся:
 - обращения женщин за помощью и факторов, помогающих или препятствующих обращению за помощью;
 - мнений женщин относительно оказания услуг в целях повышения доступности лечения и соответствия услуг потребностям женщин;
 - гендерных различий и факторов/практических мер, которые содействуют приему на лечение, непрерывности лечения и его завершению;
 - процесса и результатов оценки лечения женщин с учетом гендерных факторов.

Адаптация моделей программ, основанных на доказательствах и оптимальной практике, к тем политическим и социально-культурным условиям, в которых находится относящаяся к клиентам группа населения. Тематические исследования свидетельствуют о том, что модели/руководства в отношении основанных на оптимальной

практике программ, разработанные в одной стране, можно успешно адаптировать для использования в какой-либо другой стране в ином политическом и социально-культурном контексте. В результате обсуждений на совещании в Вене были определены такие способствующие достижению успеха факторы, как повышение осведомленности, обмена сотрудниками, культурное наставничество, кропотливая работа по адаптации моделей из других стран и обеспечение соответствия языка, используемого при описании услуг, соответствующему культурному укладу. Применимость и адаптируемость научно обоснованных мер вмешательства и программных моделей к различным странам и культурам не обязательно связаны с передачей технологий из развитых в развивающиеся страны – такая передача возможна и в обратном направлении.

Основные положения

В главе 3 основными положениями являются следующие:

- стратегии содействия развитию услуг для женщин, учитывающих гендерные аспекты, предусматривают принятие во внимание гендерной проблематики при разработке национальных стратегий и политики по проблеме наркотиков, при выделении ресурсов, а также при разработке и осуществлении рекомендаций в отношении оптимальной практики и стандартов/руководств в отношении услуг, учитывающих гендерные аспекты;
- для развития услуг, учитывающих гендерные аспекты, требуется пропаганда и отстаивание этой стратегии, объединение усилий и установление связей на различных уровнях (на международном, национальном и общинном) и в рамках служб, включая привлечение руководства к деятельности по содействию обеспечению учета гендерной проблематики;
- развитию и повышению эффективности услуг, учитывающих потребности женщин, могут содействовать передача знаний, подготовка кадров и установление связей между специалистами;
- научно обоснованные меры вмешательства, разработанные в одной стране, могут быть адаптированы для использования в другой стране.

Ссылки

1. D. Hedrich, *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2002) (available at www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
2. N. Finkelstein and others, *Gender-Specific Substance Abuse Treatment* (National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997).
3. United States of America, Institute of Medicine, *Treating Drug Problems*, D. R. Gerstein and H. J. Harwood, eds. (Washington, D.C., National Academy Press, 1990) (available at <http://books.nap.edu/openbook/0309042852/html/index.html>).
4. J. Wallen, "Need for services research on treatment for drug abuse in women", *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1998), pp. 229-236 (available at <http://165.112.78.61/WHGD/DARHW-Download.html>).
5. Health and Welfare Canada, *Canada's Drug Strategy: Phase II: a Situation Paper: Rising to the Challenge* (Ottawa, Canada, 1994).
6. Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (available at www.cds-sca.com).
7. Health Canada, *Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 1999) (available at www.cds-sca.com).
8. Australia, Ministerial Council on Drug Strategy, *National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships* (Canberra, Australia, 1998) (available at www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/ndsf.pdf).
9. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse, *Models of Care for the Treatment of Drug Misusers* (London, 2002) (available at www.nta.nhs.uk).
10. D. Abdulrahim, D. Lavoie and S. Hasan, *Commissioning Standards: Drug and Alcohol Treatment and Care* (London, 1999) (available at www.nta.nhs.uk/programme/guidance/smas_comm_standards.pdf).
11. Germany, Drug Commissioner of the Federal Government, *Key points for the Action Plan on Drugs and Addiction* (Germany, 2002) (available at www.drugpolicy.org/docUploads/Eckpunkte_.pdf).
12. I. Vogt, "Drug dependent women in Germany", presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.

Библиография

Council of Europe, Pompidou Group. Pregnancy and drug misuse: up-date 2000. Proceedings of the seminar on pregnancy and drug misuse, Strasbourg, France, 29 and 30 May 2000.

_____. Pregnancy and drug misuse. Proceedings of the symposium on pregnancy and drug misuse, Strasbourg, France, 6 and 7 March 1997.

_____. Women and Drugs. Proceedings of the international expert seminar on women and drugs, Prague, 22-25 November 1993.

Women and opiate addiction; a European perspective. By P. Stocco and others. IREFREA and European Commission, 2002.

Women drug abuse in Europe; gender identity. By P. Stocco and others. IREFREA and European Commission, Venice, Italy, 2000.

4. Привлечение женщин к лечебным мероприятиям

В настоящей главе приводится описание стратегий для преодоления барьеров, упомянутых в главе 2, а также путей привлечения женщин к лечебным мероприятиям, которые включают:

a) повышение информированности на уровне общин о проблемах потребления психоактивных веществ женщинами, входящими в группу риска, и предоставление информации об имеющихся услугах;

b) расширение знаний и повышение навыков лиц, которые имеют возможность выявлять женщин, потребляющих психоактивные вещества, направлять их на лечение и оказывать им поддержку в получении доступа к лечению. Круг таких лиц может охватывать местных общественных деятелей, лиц одного круга, священников или духовников, сотрудников учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи и персонал таких более специализированных органов, как женские консультации, службы охраны детства и социально-го обеспечения, а также психиатрические службы;

c) расширение доступа к лечению на основе пропагандистской деятельности и услуг, оказываемых на низовом уровне. Последние описываются также в разделе "Общедоступные услуги" в выпущенном недавно издании *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide* [1] (Лечение злоупотребления наркотиками и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению деятельности).

Повышение уровня информированности и просвещение на уровне общин

В ряде выпущенных в последнее время докладов и статей, посвященных женщинам, потребляющим психоактивные вещества, подчеркивается необходимость повышения информированности на уровне общин как о женщинах и потреблении психоактивных веществ в целом, так и о женщинах, потребляющих психоактивные вещества, и вариантах лечения [2, 3].

Ниже изложены некоторые из предлагаемых стратегий:

- подготовка содержательных информационных материалов, не содержащих отрицательных оценок, доступных и ориентированных на поиск решений (например, информация о местонахождении наркологических центров, стоимости лечения, критериях поступления на лечение и способах получения направления на лечение);
- распространение сведений через средства массовой информации, в частности печатных материалов (плакаты и брошюры, статьи в журналах и газетах, телефонные справочники); радио и телевидение, а также Интернет;
- размещение информационных материалов в самых различных местах, в которых собираются женщины, таких как службы здравоохранения, магазины и киоски, общинные центры, места отправления религиозных обрядов, места работы и другие соответствующие в культурном отношении условия;
- организация общинных форумов для распространения информации и просвещения по таким вопросам;
- подготовка добровольцев в рамках общин, укрепление существующих услуг для женщин и обеспечение доступа к ним. (Такие мероприятия наиболее эффективны в тех случаях, когда соответствующие структуры для оказания помощи ограничены или отсутствуют.)

В настоящей главе дается описание деятельности по повышению уровня информированности и просвещения, которая направлена на устранение негативного отношения к лицам, злоупотребляющим наркотиками, и расширение возможностей общин решать проблемы женщин, потребляющих психоактивные вещества; примеры такой деятельности изложены в ряде тематических исследований, касающихся, в частности, работы с женскими ассоциациями в Сенегале, а также с афганскими женщинами в Афганистане и Пакистане. Эти проекты свидетельствуют о том, что пропагандистская деятельность в рамках общин, повышение уровня инфор-

мированности о проблемах женщин, потребляющих психоактивные вещества, и распространение информации об имеющихся службах лечения могут способствовать преодолению запретов и расширению доступа женщин к лечению.

Подготовка специалистов первичных медико-санитарных служб и других органов по оказанию помощи

В целом женщины используют службы охраны здоровья в большей степени, чем мужчины. Нередко женщины, потребляющие психоактивные вещества, первоначально вступают в контакт со службами, не входящими в число специализирующихся на лечении злоупотребления наркотиками. В частности, они могут обращаться на регулярной основе к своему врачу или другому сотруднику первичной медико-санитарной службы, консультироваться по семейным или психологическим проблемам, обращаться в специализированные медицинские службы, такие как женские консультации или гинекологические центры, либо на них могут обращать внимание органы по охране детства или органы системы уголовного правосудия.

В этих условиях подготовка персонала заключается в регулярном контроле над проблемами потребления психоактивных веществ, и упоминание таких проблем или ссылка на них, когда они выявляются, могут способствовать повышению результативности лечения, особенно если меры принимаются на ранней стадии потребления психоактивных веществ. В ходе подготовки следует не только распространять знания и повышать квалификацию, но и выработать подход и позиции в отношении женщин, потребляющих психоактивные вещества, и эффективности лечения. В результате обследования женщин, охваченных лечебными мероприятиями, было установлено, что большинство из них (74 процента) считают, что врачи или другие работники системы здравоохранения вполне могут задавать своим пациентам вопросы о потреблении алкоголя или других психоактивных средств, а также предлагать свои советы и поддержку. Лишь 8 процентов из них сочли, что такие вопросы неуместны, а 10 процентов указали, что это зависит от обстоятельств [4].

Одна из инициатив, осуществленных в Соединенных Штатах, описана во вставке 7.

Методы контроля могут включать в себя постановку ряда стандартных вопросов, касающихся потребления психоактивных веществ, или применение стандартного механизма контроля. Контроль может осуществляться в рамках регулярной физической или социально-психологической оценки либо в процессе обсуждения способов, используемых женщинами для снятия стресса. Вне зависимости от того, какой метод используется, контроль должен осуществляться на основе беспристрастного подхода к потреблению психоактивных веществ, что способствует обсуждению любых проблем. Один из примеров общего механизма контроля приведен в приложении IV к изданию *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide* [1]. Другие примеры механизмов

ВСТАВКА 7

ПОДГОТОВКА СОТРУДНИКОВ ПЕРВИЧНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ СЛУЖБ: ИНИЦИАТИВА СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ В ОБЛАСТИ ПЕРВИЧНОГО МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Уделение особого внимания первичным медико-санитарным учреждениям имеет важное значение, поскольку женщины чаще всего обращаются именно в такие службы. В Соединенных Штатах Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками недавно приступил к осуществлению инициативы в области первичной медико-санитарной помощи для решения вопросов, связанных с подготовкой кадров. Круг осуществляемых мероприятий включает в себя информационно-пропагандистскую инициативу врачей для привлечения учреждений первичного медико-санитарного обслуживания к выявлению на раннем этапе злоупотребляющих психоактивными веществами подростков и их семей, оценки существующего положения и принятия соответствующих мер.

контроля рассмотрены в серии протокола по совершенствованию лечения под названием "Лечение злоупотребления психоактивными веществами: учет конкретных потребностей женщин", который должен быть опубликован Центром по лечению злоупотребления психоактивными веществами в Соединенных Штатах. Как и в случае механизмов оценки, которые рассмотрены в следующей главе, механизмы контроля, разработанные для использования в какой-либо отдельной стране или культурных условиях, необходимо должным образом приспособлять для использования на других языках и в других культурных условиях.

Создание сетей и установление связей с другими службами

Как указано в предыдущей главе, лица, потребляющие психоактивные вещества, нередко испытывают самые различные потребности, которые невозможно удовлетворить в рамках отдельно взятой службы. Для женщин особое значение имеет сотрудничество и координация деятельности служб лечения злоупотребления психоактивными веществами, женских консультаций и акушерских/гинекологических служб, служб охраны детства и обеспечения благосостояния детей, кризисных служб, в частности женских приютов или служб для жертв полового насилия, а также служб психологической (в том числе травматической) поддержки. Кроме того, на различных этапах лечения пациентов, потребляющих психоактивные вещества, потребуются различные службы. Например, для стадии, следующей за оказанием помощи, важное значение имеют связи со службами повышения квалификации, занятости и обеспечения жильем, в то время как женщины, находящиеся на лечении в нестационарных условиях, нуждаются также в обеспечении безопасных вариантов жилья.

Один из подходов к созданию сетей и установлению связей заключается в обеспечении подготовки кад-

ров, которая может подкрепляться другими видами деятельности по установлению связей, такими как сотрудничество между секторами для выработки моделей оптимальной практики в целях решения двудеятельных проблем (например, в случае женщин, потребляющих психоактивные вещества, в отношении которых было совершено насилие); совместная или межсекторальная подготовка кадров (например, службы лечения ВИЧ/СПИДа и службы лечения злоупотребления психоактивными веществами); задействование сотрудников служб лечения злоупотребления психоактивными веществами для работы в учреждении здравоохранения или социального обеспечения или наоборот; посещение пунктов первичной медико-санитарной помощи или других учреждений по оказанию услуг для разъяснения потребностей и услуг, в которых нуждаются женщины – пациенты служб наркологического лечения; и разработка соглашений о партнерстве между службами, которые работают с одними и теми же пациентами. Бекер и Даффи [5], а также Шарно [6] обсуждают стратегии установления связей с другими службами. Примерами такого рода мероприятий служат некоторые тематические исследования, в частности "Наркозависимость как возможность выживания для женщин, сталкивающихся с насилием" и "Момент для женщин", о которых идет речь в предыдущей главе. Выход за рамки, охарактеризованные в предыдущей главе, служит примером "модели единого доступа", в рамках которой несколько различных учреждений объединяются для предоставления всеобъемлющих услуг беременным женщинам и женщинам, имеющим детей.

Пропагандистские услуги

Пропагандистские услуги могут быть определены как услуги, предоставляемые за пределами обычных рамок деятельности того или иного учреждения в целях информирования и охвата лиц, испытывающих наркозависимость или входящих в группу риска такой зависимости либо сталкивающиеся со связанными с этим проблемами здоровья. Основная направленность пропагандистских услуг зачастую заключается в охвате не имеющих контактов с другими службами лиц, с которыми трудно установить связи или о которых ничего не известно. В то же время пропагандистская деятельность может также разрабатываться с целью охвата лиц, уже имеющих контакты со службами оказания помощи, но нуждающимися в доступных услугах по лечению злоупотребления психоактивными веществами. Процесс разработки пропагандистских услуг должен основываться на тщательной оценке характерных особенностей, условий жизни и потребностей конкретной группы, которой будут предоставляться услуги. В определенных культурных условиях мужчины и женщины ведут более раздельный образ жизни, что должно приниматься во внимание при планировании пропагандистских услуг. В частности, в случае услуг, предназначенных для охвата женщин, занятых в секс-индустрии, или бездомных женщин главным соображением при планировании таких услуг должно быть обеспечение физической безопасности.

Пропагандистскую деятельность среди женщин можно проводить у них дома, на улице или в местах потреб-

ления наркотиков, в кафе, барах, внутри или снаружи магазинов, в полицейских участках, приютах, общинных агентствах, местах отправления религиозных обрядов, больницах, тюрьмах, центрах социального обеспечения и медицинских пунктах или в любых других естественных условиях, где собираются женщины.

Пропагандистскую деятельность можно осуществлять по телефону и/или с движущихся грузовых или легковых автомобилей либо в рамках программ спутникового телевидения в доступных местах.

Для установления доверительных отношений важное значение имеет последовательное предоставление пропагандистских услуг, особенно тем лицам, которые подвержены высокой степени риска, в частности женщинам, занятым в секс-индустрии и потребляющим наркотики внутривенно, или женщинам, условия жизни которых сопряжены с насильственными действиями.

Тематическое исследование по вопросам работы с афганскими женщинами в Кабуле, о котором идет речь ниже в настоящей главе, служит примером стратегий охвата женщин у них дома в таких условиях, когда жизнь женщин носит намного более ограниченный характер.

Во вставке 8 представлены различные виды пропагандистской деятельности, призванные обеспечить охват женщин лечением и регулярность такого охвата.

ВСТАВКА 8

СТРАТЕГИИ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Министерство внутренних дел Соединенного Королевства выпустило доклад, посвященный вопросам привлечения женщин к лечебным мероприятиям и обеспечения их продолжительного лечения в отношении женщин, испытывающих зависимость от психоактивных веществ [5]. В этом докладе изложены пять различных видов "пропагандистской" работы, осуществляемой организациями, охваченными этим тематическим исследованием, в том числе: организация посещения домов женщин, имеющих детей, или беременных женщин; предварительная и последующая работа с женщинами в процессе их подготовки к стационарному лечению, а также с женщинами по завершении стационарного лечения; услуги, направленные на работников секс-индустрии; работа в местных общинах по предоставлению связанных с наркотиками услуг с использованием помещений других общинных служб; и работа с женщинами в ходе судебного разбирательства.

В докладе изложены также стратегии работы с клиентами-женщинами и установления более эффективных связей с основными партнерами.

Пропагандистская деятельность среди лиц своего круга

Пропагандистская деятельность среди лиц своего круга может быть эффективным методом охвата женщин, не имеющих контактов со специализированными службами и живущих в таких социальных условиях, в которых действуют эффективные культурные запреты в отношении потребления наркотиков женщинами, или находящихся в более маргинальных условиях, в частности женщин, потребляющих наркотики внутривенно, или женщин, занятых в секс-индустрии. Судя по содержащимся в литературе сведениям по этому вопросу, среди некоторых групп лица одного круга могут считаться заслуживающими большего доверия, а потребляющие психоактивные вещества женщины, возможно, считают, что легче установить доверительные отношения и обсуждать личные вопросы с лицами своего круга. Пропагандисты из числа членов своего круга могут предоставлять пользователям информацию о путях снижения риска, связанного с тем или иным поведением, подавать пример и обеспечивать связи между потребляющими психоактивные вещества лицами и наркологическими лечебными центрами, а также другими службами здравоохранения и социального обеспечения.

Некоторые из приводимых ниже тематических исследований свидетельствуют о том, что лицами одного круга могут быть женщины, проживающие в той же общине, или женщины, ранее потреблявшие или

потребляющие наркотики. Примеры для подражания могут подавать женщины, успешно завершившие курс лечения, и они могут оказывать поддержку женщинам в процессе лечения. Члены организаций "Анонимные алкоголики" и "Анонимные наркоманы" осуществляют свою работу в рамках программы "Двенадцать шагов", которая представляет собой достаточно развитую форму пропагандистской деятельности среди лиц одного круга в странах, где созданы одноименные группы взаимопомощи.

Во вставке 9 представлена информация о двух исследованиях по вопросам ведения пропаганды среди лиц, потребляющих психоактивные вещества.

В ряде стран созданы организации лиц, потребляющих наркотики, которые занимаются предоставлением непосредственных услуг своим клиентам. Двумя примерами таких стран могут служить Австралия и Нидерланды. В Нидерландах фонд "Мэйнлайн", расположенный в Амстердаме, предоставляет информацию "лицам, потребляющим тяжелые наркотики", и издает журнал, причем один раз в год выпускается номер, специально предназначенный для женщин, потребляющих психоактивные вещества. В Австралии правительство финансирует деятельность групп потребителей наркотиков, которые предоставляют основные услуги на местах, выпускают регулярные бюллетени и представляют лиц, потребляющих психоактивные вещества, в различных правительственных и неправительственных комитетах и на соответствующую

ВСТАВКА 9

ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ПРОПАГАНДЫ

В ходе исследования, в рамках которого проводилось сопоставление мероприятий среди лиц одного круга и стандартных мероприятий по сокращению риска инфицирования ВИЧ среди злоупотребляющих психоактивными веществами лиц, не охваченных лечением в Соединенных Штатах Америки, было установлено, что в случае осуществления мероприятий среди лиц одного круга повышается вероятность изменения их поведения в отношении потребления кокаина и числа сексуальных партнеров, однако при этом не изменялся подход к использованию презервативов. В результате анализа по гендерным аспектам было установлено, что, хотя женщины, охваченные мероприятиями в рамках своего круга, в большей степени проявляли тенденцию к улучшению своего положения по сравнению с женщинами, охваченными стандартными мероприятиями в этих двух областях, со статистической точки зрения различия были незначительными, на основании чего авторы исследования высказали предположение, что мероприятия в интересах женщин должны разрабатываться на конкретной основе для удовлетворения их различных потребностей [7].

В рамках другого исследования вопросов об эффективности пропагандистских услуг в уличных условиях, в рамках которого предпринимались усилия по установлению связи лиц, потребляющих наркотики внутривенно, с медицинскими службами, результаты, в которых не учитывались гендерные аспекты, свидетельствовали о том, что лица, которые четыре или более раз вступали в контакт с уличными пропагандистами в течение шести предшествующих исследованию месяцев, с большей вероятностью могут воспользоваться предложениями об обращении за лечением. По мнению авторов, совместная подготовка кадров в рамках пропагандистских программ и учреждений социального обеспечения может повысить эффективность пропагандистских услуг с точки зрения направления охватываемых пропагандой лиц на лечение, и при этом в рамках подготовки кадров основное внимание должно уделяться таким аспектам, как: стратегии расширения контактов с теми лицами, потребляющими наркотики внутривенно, о которых имеется лишь незначительная информация; координация пропагандистской деятельности различных учреждений с точки зрения охвата и услуг; преодоление барьеров, с которыми сталкиваются лица, обращающиеся за медицинской помощью; методы отслеживания направлений на лечение; представление информации о физическом и половом насилии; распространение информации о таких услугах, как последующее лечение, стоматологическое обслуживание и женские консультации; учет конкретных случаев в пропагандистских программах, а также взаимосвязь между болезнями, передаваемыми половым путем, и распространением ВИЧ [8].

ВСТАВКА 10**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОПАГАНДИСТОВ ИЗ ЧИСЛА ЛИЦ ОДНОГО КРУГА В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ИРАН**

О роли таких пропагандистов и о преимуществах предоставления услуг на базе общин свидетельствует деятельность неформального центра в Керманшахе, Исламская Республика Иран, который называется клубом охраны здоровья Тупханех. Центру удается успешно обеспечивать охват женщин и преодолевать традиционные и культурные барьеры. Центр распространяет иглы/шприцы, презервативы и информацию, а также оказывает первичную медико-санитарную помощь лицам, потребляющим наркотики внутривенно, на местах. Он оказывает услуги как мужчинам, так и женщинам, и в настоящее время в центре в качестве неформальных пропагандистов работают пять женщин, ранее потреблявших наркотики внутривенно. Женщины, воздерживающиеся от потребления наркотиков в течение пяти–семи месяцев, получают поддержку для обеспечения дальнейшего воздержания в форме "сетевой терапии", обеспечиваемой в рамках "субкультуры" анонимного центра с помощью двух мужчин-наркоманов в качестве основных пропагандистов.

Неформальные пропагандисты занимаются такими вопросами, как распространение исходной информации и безопасное удаление использованных игл и шприцев в районе, прилегающем к центру. Кроме того, они принимают участие в групповой терапии в качестве клиентов и ассистентов врачей, оказывают санитарные услуги в течение периода дезинтоксикации пациентов, участвуют в совещаниях и дискуссиях, посвященных рассмотрению различных стилей жизни, а также создали терапевтическую сеть для лиц, потребляющих наркотики внутривенно, и бывших наркоманов.

Оказание поддержки в социальной интеграции за счет осуществления приносящей доход деятельности является одним из важных направлений работы женщин-пропагандистов, некоторые из которых используют других женщин, применяющих наркотики внутривенно. Одна из таких пропагандисток занимается изготовлением ковров в одном помещении с пятью другими женщинами, потребляющими наркотики внутривенно, а еще одна выступает в качестве работодателя для трех женщин, которые ранее применяли наркотики внутривенно и были заняты в секс-индустрии. Остальные консультанты-пропагандисты в своем кругу также заняты в сфере производства ковров. Исходные инвестиции для таких приносящих доход видов деятельности обеспечиваются местными коммерческими точками на базаре, где расположен анонимный центр. Преимущества такого центра как общинной службы по сравнению с традиционными службами включают в себя возможности последующей работы с женщинами, отсутствие отрицательного отношения к женщинам, потребляющим психоактивные вещества, и растущее уважение, которое женщины завоевывают в рамках общины, организовавшей их поддержку, в частности, с помощью инвестиций на осуществление проектов, обеспечивающих получение дохода.

ших форумах (например, Австралийская лига лиц, потребляющих наркотики внутривенно и потребляющих запрещенные наркотики (www.aivl.org.au/)).

Во вставке 10 содержится описание действующего в Исламской Республике Иран анонимного центра; в работе центра участвуют лица, потреблявшие в прошлом психоактивные вещества и относящиеся к категории лиц одного круга.

Службы, работающие на низовом уровне

Работающие на низовом уровне службы призваны обеспечивать максимально широкие контакты и доступ, поскольку они не требуют от своих клиентов прекратить применение психоактивных веществ, определяют места сбора лиц, потребляющих психоактивные вещества, предлагают свободные часы посещения вместо определенного времени приема, позволяют клиентам сохранять анонимность, предлагают элементарные услуги "для выживания" и работают в удобное время. Они также могут оказывать свои услуги на местах, используя фургоны или автобусы и пропаганду на местах. Как и в случае разработки параметров всех служб, необходимо оценивать характерные особенности и потребности целевой группы, а также

заручаться поддержкой со стороны ключевых заинтересованных сторон, таких как органы полиции. Федеральное управление здравоохранения Швейцарии разработало руководящие принципы предоставления услуг на низовом уровне (см. главу 3).

Данные, содержащиеся в специальной литературе, дают основание полагать, что услуги на низовом уровне используются, как правило, для работы с крайне уязвимой группой клиентов, которые на протяжении длительного времени злоупотребляют различными наркотиками и испытывают множество проблем медицинского и социально-психологического характера. Женщины нередко заняты в секс-индустрии, получают незначительную поддержку и не располагают существенными ресурсами. Если ранее они вступали в контакт с централизованными службами, то нередко они уже утратили такой контакт. Во многих случаях они не защищены от насильственных действий со стороны своих половых партнеров-мужчин или других мужчин, например сутенеров, и не имеют достаточно сил, для того чтобы заняться более безопасным делом.

Многие услуги на низовом уровне организовывались в связи с распространением ВИЧ/СПИДа среди лиц, потребляющих наркотики внутривенно, и работников секс-индустрии; основное внимание при этом уделяется отказу от связанных с большим риском видов

поведения (совместное использование игл или незащищенные половые контакты) путем распространения безопасных игл и другого стерильного оборудования для производства инъекций, сбора использованных игл и шприцев, распространения презервативов и информации о более безопасных способах инъекций и сексуального поведения. Некоторые из подобных служб работают с бездомными. Службы низового уровня могут предлагать и другие практические услуги, такие как продовольствие, жилье, бани и прачечные, медицинская информация, доступ к медицинскому обслуживанию (включая наркотикозаместительную терапию) и направления на лечение. В Германии, например, службы низового уровня распространяют метадон. Для удовлетворения столь различных потребностей службы низового уровня должны создавать активные сети по предоставлению таких услуг, которые они не оказывают на местах, например медицинское обслуживание (включая лечение ВИЧ/СПИДа и гепатита), социальные услуги, приюты и жилье в чрезвычайных ситуациях, службы профессиональной подготовки и консультирование по проблемам злоупотребления психоактивными веществами, причем такие услуги должны быть легко доступными и соответствовать потребностям их клиенток-женщин.

Во вставке 11 приведены цели услуг низового уровня, ориентированные на потребности женщин, которые

определены в рамках проекта "Группа Помпиду" Европейского союза.

Тематические исследования

Привлечение женщин к лечебным мероприятиям

Первые два тематических исследования служат примерами того, как может обеспечиваться мобилизация общин на основе информирования и просвещения для преодоления обусловленных культурой запретов и рассмотрения проблем потребления психоактивных веществ среди женщин в Афганистане, Пакистане и Сенегале. В рамках обоих проектов предусмотрены также эффективные компоненты профессиональной подготовки лиц, обеспечивающих предупреждение, лечение и последующий уход за соответствующими женщинами.

Следующие два тематических исследования служат примерами пропагандистской работы и мероприятий на низовом уровне. В Словакии пропагандистская служба "Самозащита" осуществляет свою деятельность с учетом гендерных аспектов в рамках пропагандистской работы с мужским и женским населением.

ВСТАВКА 11

ЦЕЛИ/УСЛУГИ НА НИЗОВОМ УРОВНЕ В ИНТЕРЕСАХ ЖЕНЩИН

В Европе "Группа Помпиду" [3] осуществила проект под названием "Проблема потребления наркотиков женщинами: уделение особого внимания мероприятиям на уровне общин". В рамках проекта были установлены контакты с выборкой из девяти служб низового уровня, которые определили следующие цели или услуги в интересах женщин:

- обеспечение безопасности/защиты от насильственных действий в местах, где женщины могут отдохнуть, не испытывая давления со стороны партнеров-мужчин или других мужчин в их жизни, например половых партнеров;
- охрана и укрепление здоровья женщин в рамках соответствующего центра, либо через действующие сети направления на лечение – подчеркивалось, что особо важное значение имеют гинекологические услуги;
- информация по вопросам смягчения ущерба, призванная снизить риск заражения женщин заболеваниями, передаваемыми с кровью, путем распространения конкретной информации о безопасных методах инъекций и безопасной половой практике;
- меры в кризисных ситуациях: сотрудники ряда служб прошли подготовку по вопросам оказания непосредственной помощи женщинам, подвергшимся половому или физическому насилию;
- мотивационное консультирование, рассмотрение конкретных случаев и "квалифицированное" направление на лечение с учетом важного значения установления доверительных взаимоотношений с клиентками-женщинами для работы в контексте определенных ими приоритетов и потребностей и направления в соответствующие инстанции. Отмечалось также важное значение установления взаимоотношений с конкретными работниками.

В докладе отмечалось, что сотрудники должны иметь представление о том, какую жизнь ведут женщины, потребляющие психоактивные вещества, а также проявлять уважительное отношение к "самостоятельным оценкам" своих клиенток-женщин. В качестве важных были отмечены также такие аспекты, как необходимые навыки для принятия мер в кризисных ситуациях, консультирование по вопросам полового насилия, консультирование по вопросам взаимоотношений и направление в другие инстанции, а также высокая степень профессионализма.

нием. В Германии проекты низового уровня "Frauenberatungsstelle" (Женский консультативный совет) и Frauencafé (Женское кафе) представляют собой часть службы, ориентированной исключительно на женщин. Оба эти проекта предусматривают работу с женщинами, подвергающимися высокой степени риска вследствие внутривенного потребления наркотиков и работы в секс-индустрии.

Афганистан и Пакистан: Создание общинных служб для афганских женщин

Название: Службы информации, консультирования и подготовки кадров по вопросам спроса на наркотики для афганских женщин в лагерях беженцев в Белуджистане и Северо-Западной пограничной провинции Пакистана и обеспечение лечения афганских женщин в центре Неджат в Кабуле.

Страны: 1. Пакистан; 2. Афганистан.

Контактное лицо: 1. Джаханзоб Хан, координатор проекта, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Афганистан. Контактная информация: House #95, Street #7G/2 Phase @ Nayatabad, Peshawar, Pakistan.

Телефон: +(92) (91) 822842, 812218

Факс: +(92) (91) 81481.

Эл. почта: jkhan@pes.comsats.net.pk;

Jehanseb_pk@yahoo.com; jehazeb68@hotmail.com2.

Д-р Станакзай, Центр Нейджат, Кабул, Афганистан.

Статус: оба проекта имеют статус неправительственных организаций с ограниченным во времени международным финансированием. Проект в Пакистане осуществляется в течение 18 месяцев, а проект в Кабуле – двух месяцев.

Справка

В ходе посещения лагеря афганских беженцев в Пакистане в 1999 году сотрудниками Организации Объединенных Наций по вопросам сокращения спроса на наркотики женщины, проживающие в этом лагере, обратились с просьбой об оказании помощи в решении их проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ. После этого обращения была подготовлена углубленная оценка положения афганских женщин, проживающих в лагерях беженцев в Белуджистане и Северо-Западной пограничной провинции Пакистана. В ходе оценки проводились опросы среди учителей, врачей, сотрудников неправительственных организаций, старейшин общин, религиозных наставников, членов общин, женщин, потребляющих психоактивные вещества, и членов их семей. При оценке потребностей было установлено, что злоупотребление запрещенными и фармацевтическими веществами является распространенной практикой. Вещества, являющиеся предметом злоупотребления, включали в себя опий, табак, транквилизаторы, болеутоляющие и снотворные средства.

Было выявлено три группы афганских женщин, которые приобщились к психоактивным веществам по различным причинам. В первую группу входили ков-

ровщицы, у которых во время работы возникала боль в спине, которую они подавляли опиумом. По сообщениям, у нескольких входящих в эту группу беременных женщин произошел выкидыш в период абстиненции, а у новорожденных детей других женщин наблюдался синдром отмены. Вторая группа женщин традиционно потребляла опиум для "лечения" самых различных проблем со здоровьем и для того, чтобы согреться в холодное зимнее время. В эту группу входили целые семьи, совместно курившие опиум. Некоторые женщины прекратили потреблять опиум в лагерях беженцев, восстановив свое здоровье. Третья группа женщин была серьезно травмирована военными действиями. Среди них распространенной практикой было злоупотребление опиумом и фармацевтическими препаратами. После дезинтоксикации они нередко испытывали травматические симптомы, в том числе сильную депрессию.

Необходимость организации служб для женщин стала очевидной также в Кабуле после изгнания Талибана. Центр лечения злоупотребления психоактивными веществами Неджат на протяжении уже нескольких лет предоставляет услуги афганским беженцам в Пешаваре, Пакистан, причем основной целевой группой клиентов являются афганские беженцы-мужчины; впоследствии в Кабуле был открыт центр для наркоманов-мужчин. В результате проведенной в кабульской общине оценки потребностей было установлено наличие проблемы потребления психоактивных веществ женщинами, которую необходимо решать.

Возраст большинства женщин, использующих услуги центра Неджат, составляет от 15 до 25 лет; некоторые из них принадлежат к более старшей возрастной группе. Как и в случае некоторых женщин в лагерях беженцев в Пакистане, потребление ими психоактивных веществ связано главным образом с опытом жизни в условиях войны или конфликта на протяжении многих лет. Многие женщины потребляют опиум и/или транквилизаторы; примерно 5 процентов из них потребляют смолу каннабиса и 5 процентов – алкоголь. Некоторые женщины потребляют путем инъекций анальгезирующее средство пентазоцин.

Задачи

Задачи заключаются в снижении уровня и предупреждении неправомерного использования психоактивных веществ или злоупотребления ими среди афганских женщин в отдельных лагерях беженцев в Пакистане, а также в Кабуле, в повышении потенциала специалистов сферы здравоохранения, социальных работников, учителей, работников по вопросам общинного развития и общинных групп, работающих с женщинами в определенных лагерях беженцев в Пакистане, в решении проблем неправомерного использования психоактивных веществ и злоупотребления ими, а также связанных со здоровьем проблем и в охвате потребляющих психоактивные вещества женщин в Кабуле и оказании им поддержки для изменения их поведения и реинтеграции в общество.

Мероприятия

В Пакистане после проведения первоначальной оценки потребностей было осуществлено пять основных проектных мероприятий:

Подготовка кадров и создание потенциала для предупреждения злоупотребления психоактивными веществами: данный проект включает масштабный учебный компонент – двухдневные учебные практикумы по повышению квалификации в предупреждении злоупотребления психоактивными веществами, в ходе которых предусматривается распространение информации о психоактивных веществах, жизненных навыках и предупреждении возникновения проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, об использовании таких методов, как лекции, групповое решение сложных проблем, работа в рамках небольших групп и ролевая игра. После проведения первоначальных практикумов организовывались дальнейшие мероприятия, оказывалась техническая поддержка и распространялись информационные материалы. Круг участников практикумов включал группы женщин-активисток, проживающих в лагерях беженцев, общинных работников, специалистов сферы здравоохранения, работников по вопросам общинного развития и школьных учителей.

Разработка информационных материалов: в рамках проекта были разработаны самые различные плакаты для женщин, потребляющих психоактивные вещества, и женщин, входящих в группу риска приобщения к психоактивным веществам, а также для репатрируемых беженцев.

Реабилитация в рамках общин: данный аспект проекта предусматривал вовлечение в процесс обучения общинных работников, работников сферы здравоохранения и сотрудников неправительственных организаций в области реабилитации женщин, потребляющих психоактивные вещества, в рамках общин. В процессе обучения охватывались такие аспекты, как методы предупреждения рецидивов, облегчения разработки реабилитационных услуг для женщин в лагерях беженцев и оказания постоянной технической поддержки для достижения устойчивости программ. В афганских общинах строго соблюдается ношение паранджи, и женщинам не разрешается покидать дом или направляться в другие места без сопровождения. Поэтому женщин, потребляющих психоактивные вещества, либо направляют в лечебные центры в Пакистане, где имеются специальные отделения для женщин, или процесс их дезинтоксикации проводится на дому. В рамках реабилитации в условиях общины ковровщицы приобретают также навыки и осваивают методы решения таких связанных с качеством проблем, как боли в спине, а также уход за детьми в течение того времени, когда они занимаются изготовлением ковров.

Деятельность, приносящая доход: данный аспект проекта, охватывающий деятельность, приносящую доход,

был разработан в целях удовлетворения потребностей прошедших дезинтоксикацию женщин и женщин, входящих в группу риска потребления психоактивных веществ, которые могут принимать участие в деятельности, приносящей доход. Осуществленные мероприятия включали первоначальную оценку потребностей, повышение имеющейся квалификации, обучение женщин новым профессиям для получения дохода, а также поддержку и облегчение предпринимаемых ими усилий по производству и сбыту продукции и созданию малых предприятий.

Создание сетей: создание сетей предполагает установление связей между службами здравоохранения и социального обеспечения и общинными группами беженцев в лагерях, координацию и облегчение осуществления совместных мероприятий, а также установление связей с такими работающими в Афганистане организациями, как Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), и с группами в Пакистане, имеющими возможность предоставлять специальные услуги, такие как помощь испытывающим опиийную зависимость беременным женщинам и их новорожденным детям.

В Кабуле центр Неджат предоставлял услуги женщинам главным образом в рамках четырех этапов:

- Первый контакт – широкому кругу женщинам предоставляется информация о последствиях потребления психоактивных веществ (базовое просвещение по вопросам, связанным с наркотиками), о путях улучшения семейной и экологической гигиены, а также информация по общим аспектам здравоохранения, в частности защита малолетних детей от диареи; предлагаются рекомендации о том, как согреть маленьких детей в холодное время года; о школьном образовании детей для предотвращения времяпрепровождения на улице; и рекомендации для беременных и кормящих женщин.
- Этап, предшествующий лечению, испытывающим зависимость от психоактивных веществ женщинам предоставляются мотивационные консультации в течение трех месяцев, когда обсуждаются краткосрочные и долгосрочные последствия и риски, связанные с потреблением психоактивных веществ, для здоровья, взаимоотношений в обществе и финансового положения. На этом этапе обсуждается также возможность лечения, хотя некоторые женщины снижают потребление психоактивных веществ или полностью прекращают их потребление.
- Этап дезинтоксикации и лечения – его продолжительность составляет один месяц и предусматривает симптоматическое лечение с применением, при необходимости, анальгетиков (бруфен/парацетамол/диклофенак), снабжение такими продуктами питания, как растительное масло, рис и сахар, при наличии ресурсов, распространение мыла и шампуней, а также постоянное мотивационное консультирование.

- Последующий этап – сотрудники-женщины в течение одного года осуществляют контроль. В первые три месяца организуется посещение женщин на дому каждые 10 дней; в течение следующих трех месяцев – каждые две недели; и в течение последних шести месяцев – раз в месяц. Основное внимание при этом уделяется поддержанию их нормального самочувствия, с тем чтобы женщины не чувствовали себя лишенными заботы. Высказываются рекомендации в целях улучшения отношений в семье, предупреждения рецидивов и решения других возможных проблем.

В рамках программы предпринимаются усилия, направленные на определение основополагающих причин потребления психоактивных веществ, и основное внимание уделяется позитивным примерам работы с другими клиентами-женщинами. Согласно оценкам, на медицинские аспекты приходится 20 процентов работы, а на социально-психологические – 80 процентов. В рамках программы занято семь сотрудников-женщин, проходящих подготовку по месту работы. Кроме того, в рамках проекта обеспечивается элементарная подготовка кадров и проводятся непродолжительные практикумы по вопросам преодоления стресса. В рамках проекта принимаются также меры по охвату женщин и общины программой повышения информированности о наркотиках и созданы группы добровольцев из числа выздоравливающих женщин и других членов общин для работы с женщинами, потребляющими психоактивные вещества, и их семьями.

Результаты/достижения

Пакистан

- Женщины-активисты в лагерях беженцев, а также социальные работники, работники сферы здравоохранения, общинные работники и работающие на местах сотрудники неправительственных организаций прошли подготовку по вопросам предупреждения злоупотребления психоактивными веществами и принимают участие в деятельности по повышению уровня информированности женщин о психоактивных веществах, особенно таких, как опиум и транквилизаторы: в целом подготовку по вопросам первичного предупреждения прошли 1304 человека (1269 женщин);
- подготовлено 35 специалистов сферы здравоохранения по вопросам, связанным с лечением злоупотребления психоактивными веществами в рамках общин и реабилитацией;
- зарегистрировано 85 женщин для прохождения курса лечения от злоупотребления психоактивными веществами в четырех лагерях беженцев в Пешаваре; 20 женщин были направлены в наркологические центры за пределами лагерей беженцев;
- в лагерях беженцев создано 80 женских советов для проведения профилактической работы и мероприятий, обеспечивающих получение дохода, и

230 женщин приняли участие в проектах по вопросам деятельности, приносящей доход;

- 23 коврощицы приняли участие в специальной программе подготовки кадров, разработанной в целях ознакомления их с методами и навыками, позволяющими снизить связанный с ткачеством риск для здоровья.

Кабул

- Установлены контакты с более чем 4 тыс. женщин, которым предоставлены рекомендации по общим аспектам охраны здоровья и общая информация о наркотиках;
- курс лечения прошли 325 женщин, потребляющих психоактивные вещества;
- женщины прекратили потреблять психоактивные вещества и воссоединились со своими семьями;
- в число особо успешных аспектов этого проекта входят мотивационное консультирование, информационная подготовка общинных лидеров и целенаправленная работа персонала.

Проблемы

Пакистан

Одной из нескольких серьезных проблем в Пакистане является традиционно племенной характер афганского общества, особенно в отношении потребления психоактивных веществ женщинами. Кроме того, отсутствовали какие-либо службы для решения проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, и других трудностей, с которыми сталкиваются женщины. Положение еще более усложнилось отсутствием служб профилактики злоупотребления психоактивными веществами для мужчин. В то же время позитивный подход и участие мужского населения в проекте помогли сотрудникам этого проекта преодолеть упомянутые проблемы.

Одной из проблем являлся также низкий уровень грамотности среди женщин в целом и среди участвовавших в проекте женщин-активисток. И наконец, зависимость афганской общины от внешней помощи затрудняла попытки убедить участников работать в своих интересах и в интересах своих общин.

Кабул

Одной из проблем в процессе осуществления этой программы являлась общая атмосфера подозрительности и недоверия, сложившаяся в постконфликтном Кабуле, в сочетании с тем, что женщины, потребляющие психоактивные вещества, испытывают чувство стыда и сталкиваются с презрительным отношением к себе, а также не хотят делиться своими проблемами с членами семей. Примерно 30 процентов мужей запрещают своим женам прибегать к помощи в рамках программы. С трудом удавалось преодолевать такие экономические проблемы, как отсутствие финансирования (и подготовленного персонала), нехватка

транспорта, облегчающего посещение на дому, и крайняя нищета клиентов-женщин, ожидавших, что в рамках программы они будут снабжаться такими товарами, как продукты питания и одежда.

Накопленный опыт

Пакистан

Высокая степень поддержки со стороны общины достижима на основе привлечения членов общины к оценке, разработке и осуществлению проектов. Приобщение общины к практической деятельности с самого начала создает чувство сопричастности решению проблемы. Важно также получать сведения о существующих в общине нормах и ценностях; для успешного осуществления программы необходимо обеспечивать соблюдение таких норм. Для решения проблем потребления психоактивных веществ афганскими женщинами и создания условий, позволяющих общинам предупреждать потребление женщинами таких веществ, необходимо, чтобы руководители лечебных центров поощряли лечение и реабилитацию в рамках общины и содействовали осуществлению проектов, предусматривающих овладение женщинами квалификацией, позволяющей получать доход. Отмечалось, что преждевременное прекращение финансирования проекта может привести к разочарованию всей общины.

Кабул

В работе с общиной в Кабуле необходимо применять различные меры предосторожности. До посещения какого-либо дома сотрудникам следует устанавливать предварительный контакт с семьей, и по соображениям безопасности сотрудника-женщину должен сопровождать социальный работник-мужчина. До обсуждения вопросов, связанных с потреблением психоактивных веществ, сотрудникам следует начинать с обсуждения общих проблем охраны здоровья (в течение нескольких дней или, при необходимости, недель), с тем чтобы завоевать доверие клиентов-женщин. Если установлено, что один из мужчин – членов семьи потребляет психоактивные вещества, следует привлекать работника-мужчину.

Сенегал: Преодоление культурных табу при поддержке женских ассоциаций

Название: Фангандику Дорог: защита от наркотиков – программа поддержки женских ассоциаций, ведущих борьбу со злоупотреблением наркотиками
Страна: Сенегал
Контактное лицо: г-н Абдула Диуф
Контактная информация: Association pour la Promotion du Centre de Sensibilisation et d'Information sur les Drogues (APSCID), Route des Niayes x Tally Diallo, B.P. 20540, Thiaroye, Dakar, Senegal
Телефон: +(221) 834 50 19 или +(221) 854 25 34
Факс: +(221) 834 50 19
Эл. почта: apscid@sentoo.sn
Статус: неправительственная организация, функционирующая в течение четырех лет на условиях постоянного международного финансирования

Справка

В ходе оценки положения со злоупотреблением психоактивными веществами в сенегальских общинах, проведенной Ассоциацией содействия созданию информационно-пропагандистского центра по наркотикам, отмечалась необходимость принятия эффективных мер в области предупреждения и лечения молодежи и женщин. В сельских районах этой страны нет лечебных центров и подготовленного персонала для просвещения общин в отношении опасностей для здоровья, связанных с потреблением психоактивных веществ и запрещенных местных алкогольных напитков. После проведения в этих общинах кампаний по повышению уровня информированности от женщин и членов их семей поступили сведения о растущей потребности в решении проблем женщин, потребляющих психоактивные вещества, о том, что адекватные услуги для женщин отсутствуют и что прошедшие курс лечения женщины зачастую возобновляют потребление таких веществ, поскольку не получают последующего лечения.

Возраст большинства женщин, потребляющих психоактивные вещества, составляет от 35 до 55 лет, причем основными предметами злоупотребления являются каннабис и запрещенные местные алкогольные напитки; распространенной практикой является потребление сразу целого ряда психоактивных веществ. Многие женщины проживают в городах, являются матерями-одиночками, а некоторые из них заняты в секс-индустрии.

Конкретные барьеры, с которыми сталкиваются женщины в процессе получения доступа к лечению, включают следующее:

- a) презрительное отношение к женщинам, потребляющим психоактивные вещества, со стороны работников органов здравоохранения и отрицание последними наличия таких проблем, что приводит к изоляции женщин и сокрытие ими своих проблем;
- b) проблематичность доступа к стационарному лечению из-за отсутствия наркологических центров в Сенегале, а также вследствие культурных норм, особенно в сельских районах, которые не допускают обращения женщин в лечебные центры;
- c) необходимость обращения женщин к своим мужьям или их семьям для получения средств на оплату лечения;
- d) нежелание обращаться в лечебные центры вследствие недоверия к врачам-мужчинам, что способствует также преждевременному прекращению лечения;
- e) распространенная среди потребляющих психоактивные вещества беременных женщин боязнь того, что у них отберут детей; в результате таких опасений они обращаются за помощью на позднем сроке беременности;
- f) матери не желают обращаться за лечением, опасаясь утратить родительские права на своих детей;

g) низкий уровень самооценки женщин и боязнь того, что общество будет считать их плохими женщинами и матерями.

Задачи

Задачи заключались в укреплении организационного и программного потенциала женских ассоциаций во всех районах Сенегала для обеспечения устойчивости мероприятий по предупреждению злоупотребления психоактивными веществами; в подготовке женщин по вопросам распространения информации о профилактике и лечении в своих общинах (подход, основанный на работе с равными по положению людьми); содействии изменениям в поведении женщин, потребляющих психоактивные вещества; вовлечении женских ассоциаций и женщин, проживающих в общине, к последующему лечению и реинтеграции женщин, потребляющих психоактивные вещества.

Мероприятия

Первым шагом, предпринятым вышеупомянутой Ассоциацией, стали организация встреч и дней повышения информированности общин с женскими и молодежными ассоциациями, а также разработка совместно с общинными лидерами планов информирования, просвещения и повышения уровня осведомленности. Затем Ассоциация выявила наиболее активные женские ассоциации для осуществления последующих мероприятий. Руководители таких женских ассоциаций принимали участие в практикумах по подготовке инструкторов, а впоследствии, в свою очередь, проводили инструктаж женщин в своих местных общинах в целях выявления женщин, потребляющих психоактивные вещества, и оказания им поддержки. Ассоциация способствовала также установлению связей и сотрудничества между врачами-специалистами в районе Дакара (куда женщины направляются на лечение) и местными женскими ассоциациями с целью оказания им помощи в направлении на лечение женщин, потребляющих психоактивные вещества. Кроме того, женские ассоциации вовлекались в процесс оказания последующей поддержки с помощью психиатрических больниц в районе Дакара, которые, когда это необходимо, организуют посещения местных общин.

Результаты/достижения

Женские ассоциации располагают основной информацией о профилактике и лечении; местные общественные и политические деятели общин информированы о необходимости обеспечения лечения женщин, особенно беременных; доступ к лечебным центрам получает все большее число женщин; меры по лечению злоупотребления психоактивными веществами принимаются с учетом потребностей женщин, а также обеспечивается последующий уход по завершении этапа дезинтоксикации. Принимаемые меры включают социально-психологическую поддержку, а

также, при необходимости, медикаментозное лечение. В результате осуществления проекта активизировалось также сотрудничество между секторами профилактики и лечения, которые в настоящее время рассматриваются как взаимодополняющие.

Ключевые факторы успеха проекта: его соответствие компонентам сокращения спроса, предусмотренным в Национальном плане действий по контролю над наркотиками в Сенегале; поддержка со стороны Межведомственного комитета против наркотиков; активное участие семей и общин (в том числе мужских и молодежных ассоциаций) в лечении женщин, потребляющих психоактивные вещества; возможность привлечения женщин к повышению уровня информированности и обеспечению послелечебного ухода в рамках общин для оказания поддержки женщинам, которые хотят прекратить потребление психоактивных веществ; участие женских ассоциаций в осуществлении национальной политики сокращения спроса; сотрудничество психиатрических лечебниц в Дакаре; и привлечение социальных работников-женщин.

Проблемы

Главной проблемой в рамках этого проекта было преодоление культурных, религиозных и социальных взглядов и подходов, ограничивающих права женщин. Еще одной серьезной проблемой была разработка стратегии и подхода к лечению женщин, потребляющих психоактивные вещества, в целях улучшения получаемого ими лечения.

Накопленный опыт

Повышение уровня информированности общин может способствовать преодолению презрительного отношения к женщинам, потребляющим психоактивные вещества, и создавать в общинах атмосферу доверия к предоставляемым лечебным услугам. Необходимо призывать местных общественных и политических деятелей играть определенную роль в содействии обсуждению проблем женщин, потребляющих психоактивные вещества, и преодолении общинных запретов. Права женщин, проживающих в сельских районах, могут быть расширены для обеспечения понимания ими своей ведущей роли в социальных и культурных вопросах и проведения активных обсуждений вопросов о профилактике, лечении и последующем уходе за лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, в рамках своих общин.

Меры по охране здоровья женщин по линии лечения от злоупотребления психоактивными веществами влияют не только на здоровье самих женщин, но и на здоровье и существование их семей и общин. Нужды женщин, потребляющих психоактивные вещества, носят индивидуальный характер, и их проблемы иногда трудно решить, однако женщины нуждаются в информации и поддержке, для того чтобы они могли сознательно пойти на изменение своего образа жизни.

Одной лишь дезинтоксикацией ограничиваться нельзя, и за ней должны последовать психосоциальная терапия и, возможно, реабилитация.

Германия: Постоянная забота о женщинах

Название: Frauenberatungsstelle (Женский консультативный центр), Frauencafé (Женские кафе)
Страна: Германия
Контактное лицо: Кристин Хайнрихс
Контактная информация: 60329 Frankfurt am Main, Germany
Телефон: +(49) (69) 23 33 61 или 43 95 21
Факс: +(49) (69) 23 18 63
Эл. почта: Christine.heinrichs@frankfurter-verein.de или Frauenberatungsstelle@vae-ev.de
Веб-сайт: www.vae-ev.de
Статус: неправительственная организация с непрерывным финансированием; срок деятельности: Консультативный центр – 15 лет и Женское кафе – 8 лет

Справка

В то время, когда создавались эти службы, общество было обеспокоено распространением ВИЧ/СПИДа, особенно вопросом о необходимости его профилактики среди потребляющих психоактивные вещества лиц, занятых в секс-индустрии, а также отсутствием организованной помощи для этой группы женщин. К тому же произошла серия нападений на занятых в секс-индустрии женщин, потребляющих психоактивные вещества, мотивом которых послужило представление о том, что именно с их стороны исходит угроза. Кроме того, многие из этих женщин были бездомными, что ограничивало их возможности следовать советам по профилактике ВИЧ. На начальном этапе работы основным контингентом были женщины, занятые в секс-индустрии, в настоящее же время речь идет о борьбе с наркозависимостью среди женщин в целом.

Цели

Общая цель проекта состоит в том, чтобы охватить зависимых от психоактивных веществ женщин всех возрастных групп, реабилитировать и reintegrировать их в общество путем поддержания с ними контакта, предоставления консультативной помощи и проведения с ними индивидуальной работы, воспитания у них заботы о своем физическом и психическом здоровье, формирования профессиональных навыков и привлечения к занятиям художественным творчеством, а также оказания им помощи в поисках места для ночлега или нового жилья.

Конкретные цели сводятся к следующему:

- сокращение поступков и деятельности, сопряженных с повышенным риском, а также профилактика инфекционных заболеваний и предотвраще-

ние других опасностей для здоровья вследствие употребления психоактивных веществ;

- уменьшение опасностей, связанных с работой в секс-индустрии;
- улучшение состояния здоровья клиентов за счет оказания таких услуг, как поддерживающее лечение опиоидами;
- формирование у клиентов мотивации к изменению образа жизни и оказание им поддержки в этих усилиях;
- содействие социальной реинтеграции всех страдающих зависимостью от психоактивных веществ женщин в целом, и в частности занятых в секс-индустрии, путем обеспечения жильем, медицинским обслуживанием (поддерживающее лечение метадон) и обучения навыкам жизни в обществе.

Мероприятия

Совместно с учреждениями, занимающимися вопросами злоупотребления психоактивными веществами, группой самопомощи из числа занятых в секс-индустрии женщин и муниципальными органами здравоохранения была проведена оценка потребностей занятых в секс-индустрии, потребляющих психоактивные вещества. Налажены контакты с полицией. Было разработано предложение, реализация которого финансировалась в качестве экспериментального проекта, а позднее на его осуществление на постоянной основе стали выделяться муниципальные и государственные средства. Получение начальных средств на финансирование экспериментального проекта имело решающее значение для его успешного выполнения, поскольку было сочтено необходимым создать самостоятельную службу для женщин, а не отделение по проблемам женщин в составе существующей службы, занимающейся вопросами как мужчин, так и женщин.

Frauenberatungsstelle предоставляет целый ряд услуг, включая оказание услуг на низовом уровне и помощи в дневное время на базе Женского кафе (Frauencafé) и осуществление информационно-разъяснительных мероприятий с использованием автобуса; проведение индивидуальной консультативной работы с женщинами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ; осуществление конкретного проекта по разъяснению опасности определенного поведения в интересах борьбы со СПИДом среди женщин, занятых в секс-индустрии; амбулаторное поддерживающее лечение метадон 30 женщин; обучение женщин с зависимостью от психоактивных веществ навыкам жизни в обществе, включая психотерапию на основе занятий художественным творчеством; оказание консультативной помощи по месту работы и поддержка усилий женщин по возвращению к трудовой деятельности; предоставление консультаций и обеспечение 27 женщин временным жильем.

Проект ориентирован на решение проблем исключительно женщин, и в первую очередь женщин, долгое

время страдающих зависимостью от психоактивных веществ, полинаркоманок, бездомных, среди которых широко распространены такие хронические заболевания, как гепатит С, ВИЧ/СПИД и другие проблемы физического и психического здоровья, а также женщин с зависимостью от психоактивных веществ, занятых в секс-индустрии.

Результаты/достижения

Frauenberatungsstelle (Женский консультативный центр) оказывает широкий спектр услуг женщинам с наркозависимостью, являющимся завсегдатаями мест распространения и потребления наркотиков и "района красных фонарей" во Франкфурте. Благодаря его работе они могут в условиях безопасности проводить время в таких местах, как Женское кафе, Консультативный центр и проживать в жилом комплексе. Все проекты Frauenberatungsstelle привлекают большое число женщин с зависимостью от психоактивных веществ, которые легко находят общий язык с женщинами-консультантами. Как показал опыт, женщины в течение длительного времени поддерживают контакты с Frauenberatungsstelle, особенно те из них, которые находятся в состоянии устойчивой ремиссии в результате поддерживающего лечения метадонном и участвуют в одном из проектов по обеспечению временным жильем.

С годами возросло число женщин, переводимых на лечение от злоупотребления психоактивными веществами по месту жительства. Повысилась роль групп по обучению навыкам жизни в обществе и профессиональной подготовке с целью оказания помощи в трудоустройстве.

Деятельность по проекту на ежегодной основе оценивается муниципалитетом, который составляет статистические данные и отчеты об индивидуальной работе с клиентами, а также подробные материалы о проведенных мероприятиях.

Проблемы

Основная проблема проекта состоит в его финансировании, которое обеспечивается муниципалитетом. В условиях сокращения ассигнований возрастает необходимость представления убедительных документальных данных о достигнутых результатах. Однако при использовании таких мер, как призывы к воздержанию от наркотиков или оказание финансовой поддержки, у женщин, которые потребляют психоактивные вещества на длительной основе, страдают хроническими заболеваниями или психическими расстройствами, положительные результаты появляются далеко не всегда. В результате проект ежегодно сталкивается с трудностями при возобновлении финансирования, и его приходится осуществлять в условиях сокращения финансовой поддержки со стороны муниципалитета.

Накопленный опыт

Приступать к осуществлению проекта в интересах группы женщин, к которым общество относится с резким осуждением, каковыми, в частности, являются страдающие наркозависимостью женщины, занятые оказанием за плату сексуальных услуг, целесообразно в условиях, благоприятствующих такому началу. Такая обстановка может быть создана, например, в каком-либо безопасном месте, где женщины могут встречаться, беседовать и общаться с женщинами-консультантами и где может сложиться атмосфера доверия; этому способствуют также обеспечение доступа к первичной помощи, предоставление средств для защищенных половых контактов и более безопасного потребления психоактивных веществ, а также таких медицинских услуг, как поддерживающее лечение метадонном. После того как работа по проекту будет налажена, его сферу можно расширить, включив в нее более широкий набор различных услуг, в том числе специализированных, в зависимости от изменения потребностей тех женщин, которым они предоставляются.

Наконец, клиентам требуется конкретная помощь в виде обеспечения жильем, обучения навыкам жизни в обществе, профессиональной подготовки на предприятиях и содействия в их социальной реинтеграции.

Словакия: Доверие на улицах

Название: "Защити себя"

Страна: Словакия

Контактное лицо: Катарина Йиресова

Контактная информация: Odyseus, Ukrajinska 10, 831 02 Bratislava 3, Slovakia

Телефон: + (421) 903 786 706; + (421) (2) 524 94 344

Факс: + (421) (2) 524 94 344

Эл. почта: katjir@yahoo.com; pkatka@yahoo.com;

jiresova@odyseus.sk

Веб-сайт: www.odyseus.net

Статус: неправительственная организация, финансируемая из различных источников, включая местные муниципалитеты, государство и фонды;

срок деятельности: шесть лет

Справка

В начале 1990-х годов в Словакии, и особенно в ее столице Братиславе, отмечалось резкое обострение проблемы потребления психоактивных веществ, причем структура потребления изменилась от потребления растворителей, гипнотических и седативных средств к внутривенному потреблению героина. С 1994 года в стране наблюдается стремительное нарастание числа обращающихся за медицинской помощью опиоманов. До 1995 года большинство из них составляли жители Братиславы, однако в дальнейшем героиновая эпидемия охватила всю страну, о чем свидетельствует рост числа пациентов за пределами столицы.

В 1997 году почти 80 процентов всех пациентов наркологических учреждений употребляли опиаты и/или героин; большинство из них потребляли наркотики внутривенным путем, и примерно две трети были в возрасте до 24 лет. В 1994 году в Братиславе была начата первая программа по организации пунктов обмена игл, а в 1997 году – первая программа лечения метадоном, однако никаких информационно-разъяснительных мероприятий или других услуг низового уровня не обеспечивалось. До развертывания проекта "Защити себя" его сотрудники посещали районы скопления уличных проституток и потребления наркотиков и устанавливали контакты с будущими клиентами. Стало очевидным, что существующие услуги были им либо неизвестны, либо недоступны. Поскольку других программ оказания помощи работающим в тяжелых условиях уличным проституткам не было, эта инициатива получила весьма положительный отклик. "Защити себя" является проектом неправительственной организации "Одиссей", которая проводит широкую работу по ограничению ущерба, просвещению, организации самопомощи, разъяснению и предоставлению информации, главным образом в интересах лиц, потребляющих психоактивные вещества и занятых в секс-индустрии.

Цели

Цели проекта заключались в следующем: уменьшение последствий для здоровья потребления психоактивных веществ и платного предоставления сексуальных услуг (ВИЧ/СПИД, гепатит В и С и другие передаваемые через кровь и половым путем заболевания) среди целевых групп; установление и поддержание контактов с целевыми группами; облегчение доступа к соответствующей информации о потреблении психоактивных веществ, ВИЧ/СПИДе и болезнях, передаваемых половым путем, а также о средствах защиты для лиц, употребляющих наркотики внутривенным путем, и работников секс-индустрии, сокращение частоты незащищенных половых контактов; содействие расширению контактов лиц, употребляющих наркотики внутривенным путем, и работников секс-индустрии с учреждениями системы здравоохранения и социальными службами.

Мероприятия

Услуги. Проект "Защити себя" был первым в Словакии, в рамках которого проводилась информационно-разъяснительная работа и предоставлялись услуги по обмену игл на улице. Эта работа проводится по воскресеньям, понедельникам и со среды по пятницу в четырех районах в центре Братиславы, включая два района распространения уличной проституции. С 2003 года соответствующие услуги предоставляются также в городе Пухов. В Пухове такая информационно-разъяснительная работа проводится с привлечением лиц, активно потребляющих наркотики, а в Братиславе ею занимаются лица, не входящие в целевую

группу (т. е. не являющиеся активными потребителями наркотиков). Помимо тех, кто проводит информационно-разъяснительную работу на улицах, в двух других районах Братиславы действует мобильная группа, а в Пухове создана специальная телефонная служба.

Сотрудники проекта работают на улицах парами, перенося свои материалы в двух больших черных сумках, которые стали своего рода сигналом для клиентов. Они также имеют при себе контейнер для использованных шприцев и игл, на котором написано название проекта. Работа на улицах ведется в конце второй половины дня и в вечернее время, причем районы, где наиболее распространена проституция, обычно посещаются группой по вечерам. Клиенты оценили надежность и постоянство сотрудников, а также то, в какие часы они проводят свою работу. Женщины, предоставляющие сексуальные услуги за плату, ценят возможность установления повседневного контакта с сотрудниками.

Предоставляются следующие услуги:

- распространение информационных материалов о безопасном сексе и использовании шприцев, а также презервативов и смазок;
- предоставление информации и обсуждение вопросов уменьшения вреда от потребления психоактивных веществ и опасных половых контактов;
- распространение и обмен использованных игл и шприцев на стерильные, а также распространение других материалов для более безопасных инъекций (например, пропитанных спиртом тампонов, сухих тампонов, фильтров, воды, аскорбиновой кислоты и талька) и изъятие из обращения использованных шприцев;
- направление в социальные и медицинские службы, с которыми заключаются специальные соглашения о предоставлении клиентам-женщинам соответствующих услуг и оказании социальной помощи;
- издание журнала *Intoxi* с постоянным разделом специально для женщин;
- распространение брошюр, в том числе "Chran sa sam" (Защити себя) по более безопасной практике инъекций; "Bezpecnost pri praci" (Безопасность на работе) для информирования занятых в секс-индустрии женщин о защищенных половых контактах; "Infekcia HIV ochorenie AIDS" (ВИЧ-инфекция, заболевание СПИДом); "Chlapci z ulice" для информирования занятых в секс-индустрии мужчин о безопасных половых контактах и использовании презервативов; и других брошюр в формате комиксов. Распространяются и многие другие пропагандистские материалы в иных форматах, которые касаются таких весьма актуальных проблем, как гепатит, пирсинг и татуировки, вдыхание наркотиков и сифилис;

- в рамках проекта "Защити себя" также предоставлялись возможности для сдачи анализов на ВИЧ (в качестве краткосрочных проектов в 1999–2000 годах и в 2002 году) и сифилис (проводится с 2002 года).

В 2003 году был создан клуб "Podchod" для работы с женщинами, занятыми в секс-индустрии. Цель клуба, расположенного в районе распространения уличной проституции, состоит в том, чтобы у этих женщин было безопасное и уютное место, куда они могли бы зайти на чашку чая или кофе, где они могли бы поговорить или просто немного посидеть. В планах работы предполагается предусмотреть отдельные часы только для женщин, а также оказать поддержку в создании группы или организации самопомощи.

Сотрудники. Группа состоит из 13 сотрудников, работающих непосредственно на улицах (4 мужчин и 9 женщин, включая координатора проекта и помощника), и помощника по социальным вопросам.

Клиенты. Средний возраст – 20–25 лет; предпочтительные психоактивные вещества – героин и первитин (метамфетамин); женщины составляют 5–53 процента клиентов в зависимости от места проведения работы. Для участия в программе не требуется каких-либо официальных документов.

Результаты/достижения

Со времени начала проекта сотрудники, занимающиеся информационно-разъяснительной работой, имели 38 327 контактов с целевыми группами, собрали 508 233 использованных иглы или шприца и распределили 626 302 стерильные иглы или шприца. Эти данные только по проекту в Братиславе; по Пухову имеются отдельные данные.

Проблемы

При оказании услуг с учетом гендерных особенностей в Словакии приходится сталкиваться со многими проблемами. Ощущается общая нехватка информационно-разъяснительных мероприятий на низовом уровне, причем в Словакии существует только одна организация, специализирующаяся на предоставлении таких услуг женщинам, а при доступе к социальным услугам действуют более жесткие критерии. Мало подготовленных и опытных сотрудников – как мужчин, так и женщин, а подготовки по гендерным вопросам на словацком языке не существует. Не хватает финансовых средств, выделяемых на женские проекты, особенно проекты, касающиеся женщин, потребляющих психоактивные вещества и занятых в секс-индустрии.

Женщины страдают от низкой самооценки, сталкиваются с отторжением со стороны своих семей и общин и, кроме того, вынуждены иметь дело с "экспертами"

по вопросам злоупотребления психоактивными веществами, которые часто являются мужчинами. Кроме того, проблемы потребления психоактивных веществ рассматриваются как медицинские проблемы без уделения надлежащего внимания социальным вопросам, а некоторые наркологические службы чаще применяют меры принуждения вместо оказания поддержки. Женщины также сталкиваются с общественным осуждением потребления психоактивных веществ, и им не разрешаются "отклонения" в поведении, включая потребление психоактивных веществ.

Наконец, необходимы соответствующие изменения в системе социального обеспечения и здравоохранения для облегчения финансового бремени людей, живущих на улице.

Накопленный опыт

Информационно-разъяснительная работа является эффективным способом установления контактов с лицами, употребляющими наркотики внутривенным путем и занятыми в секс-индустрии, а также распространения стерильного инъекционного инструментария и информации о безопасном использовании шприцев и ВИЧ среди групп, не охваченных другими программами. Необходимо иметь профессионально подготовленных и надлежащим образом оплачиваемых сотрудников, занимающихся такой работой на улице, и постоянно осуществлять подготовку сотрудников и наблюдение за их работой, в частности, чтобы не допустить с их стороны разочарования в своей деятельности.

Важно, чтобы состав сотрудников был постоянным на протяжении всего осуществления программы для формирования у клиентов доверия и чувства безопасности. Целесообразно также начинать с небольшой группы по осуществлению проекта и расширять ее только тогда, когда работа по проекту по-настоящему налажена. Группа, которая начинает работу по проекту, должна как можно больше времени проводить на улице, чтобы о ней узнали лица, употребляющие инъекционные наркотики и занятые в секс-индустрии, что будет способствовать реализации проекта и завоеванию доверия и уважения среди клиентов.

В целях создания благоприятных и безопасных условий для информационно-разъяснительной работы важное значение имеет формирование местных сетей. О планируемом проекте следует информировать другие ключевые заинтересованные структуры на местном уровне (например, органы местного самоуправления, медицинские и другие социальные службы, неправительственные организации). Кроме того, о мероприятиях по проекту необходимо поставить в известность полицию, чтобы заручиться ее поддержкой и добиться недискриминационного подхода к лицам, употребляющим наркотики внутривенным путем и занятым в секс-индустрии.

Рекомендации в отношении успешных подходов и накопленного опыта

Рекомендации в отношении успешных подходов и накопленного опыта отражают обзор соответствующей литературы, тематических исследований и обсуждений в ходе совещания в Вене. Помимо приводимых ниже общих рекомендаций рабочие группы в ходе совещания в Вене вынесли некоторые конкретные рекомендации по этому вопросу. Они в краткой форме излагаются во вставке 12.

- Подключение членов общины, политических лидеров, местных сетей и потенциальных клиентов к оценке потребностей, планированию и разработке проекта. В описанных в этом разделе тематических исследованиях и в ходе обсуждений на совещании в Вене была подчеркнута важность вклада со стороны широкого круга "заинтересованных сторон", таких как руководители общин и политические лидеры (как мужчины, так и женщины), женщины, сталкивающиеся с проблемами потребления психоактивных веществ, и члены их семей, полиция, медицинские и социальные службы и наркологи.

ВСТАВКА 12

РЕКОМЕНДАЦИИ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН К ЛЕЧЕНИЮ

1. Заблаговременная помощь и привлечение к лечению

- Программы, предназначенные только для женщин
- Ранняя диагностика наркозависимости при оказании первичной медицинской помощи
- Ознакомление с проблемой и предоставление реалистичной и точной информации
- Использование неконфронтационных методов формирования мотивации к лечению на основе доброжелательного подхода к пациенту и обеспечение гибких вариантов реализации программы

2. Отсутствие связи с психиатрическим лечением, необходимой для решения проблем женщин с сопутствующими расстройствами

- Руководящие принципы для наркологических или психиатрических лечебниц
- Оказание комплексных, а не разрозненных услуг
- Своевременное признание взаимосвязи проблем, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами, и психических расстройств и потребностей в мерах по стимулированию прохождения полного курса лечения
- Перекрестная подготовка специалистов по наркологии и психическим расстройствам, а также работников сферы здравоохранения и социального обеспечения
- Сотрудничество и создание сетей
- Индивидуальная работа и совместный уход

3. Учет культурных традиций

- Услуги на уровне общин
- Дезинтоксикация на дому
- Адаптация методов лечения к культурным условиям с соблюдением традиций и использованием родного языка
- Привлечение в некоторых культурах мужчин к планированию и развитию услуг для преодоления отчужденности и культурных табу, с которыми сталкиваются женщины

4. Принятие соответствующих мер в тех случаях, когда некоторые вещества разрешены культурными традициями

- Признание алкоголя и табака наркотиками
- Информационно-просветительская работа применительно к законным психоактивным веществам
- Изменение обычаев употребления психоактивных веществ на основе признания причиняемого ими ущерба
- Разъяснительная работа по вопросу о том, что проблемы социального характера создают в основном лица, употребляющие алкоголь "за компанию"

5. Полинаркомания среди женщин

- Оценка и комплексное наркологическое лечение
- Объединение подходов, направленных на уменьшение вреда
- Оказание помощи женщинам в определении приоритетов
- Проведение исследований с целью выявления характерных особенностей женщин, страдающих от злоупотребления алкоголем или незаконными наркотическими средствами

- ческие учреждения, в процессе планирования и разработки проектов. Участие заинтересованных сторон дает возможность получить информацию для разработки мер по проекту, в том числе получить представление о нормах и ценностных установках в той или иной общине. Оно также способствует формированию у них чувства "причастности" к проекту и его результатам. В районах с жесткими культурными запретами на потребление женщинами психоактивных веществ участие таких сторон может также помочь их преодолению.
- *Создание культурных условий для профилактической и просветительской работы.* В условиях резкого осуждения женщин, потребляющих психоактивные вещества, деятельности по повышению информированности о наркотических средствах, охватывающая все сегменты общины, может использоваться в качестве механизма повышения информированности о женщинах и потреблении психоактивных веществ и ослабления этого осуждения. Такой подход использовался в рамках проекта в Сенегале и при работе с афганскими женщинами-беженцами. Из специальной литературы и тематических исследований, представленных на совещании в Вене, и состоявшихся на этом совещании обсуждений следует, что такие ознакомительные материалы должны содержать реалистичную информацию, приспособленную к соответствующей аудитории. Помимо плакатов и брошюр для повышения информированности о психоактивных веществах и проблемах, связанных с их потреблением, могут использоваться радио, телевидение и кино. Для женщин, сталкивающихся с проблемами потребления психоактивных веществ, ключевым компонентом соответствующих услуг является просвещение по вопросам охраны здоровья, касающимся конкретно женщин, включая более защищенные половые контакты и более безопасное потребление психоактивных веществ в целях предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа и гепатита.
 - *Подготовка/перекрестная подготовка (совместная подготовка) сотрудников при оказании первичной помощи и других медицинских и социальных услуг.* Из специальной литературы следует, что женщины с проблемами потребления психоактивных веществ не выявляются в ходе предоставления первичных и других услуг, поскольку вопросы о потреблении ими психоактивных веществ обычной процедурой не предусмотрены. Подготовка работников этих служб по вопросам выявления, направления на лечение или краткосрочного вмешательства при выявлении проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, может повысить возможности женщин в получении помощи и расширить лечебную базу. Регулярная проверка получила поддержку на совещании в Вене, где было отмечено, что она является успешным подходом к решению проблемы. Другим способом обмена знаниями и опытом, установления партнерских связей и сотрудничества и преодоления негативного отношения к женщинам, страдающим наркозависимостью, может быть перекрестная подготовка или совместная подготовка работников наркологических, социальных или медицинских служб.
 - *Работа с маргинализированными женщинами и женщинами, с которыми трудно вступить в контакт, а также с нуждающимися в более доступных наркологических услугах.* Из специальной литературы и тематических исследований следует, что информационно-разъяснительную работу можно построить таким образом, чтобы охватить ею женщин, не поддерживающих контактов ни с какими службами, и женщин, нуждающихся в помощи на дому или в каких-либо учреждениях, например в больницах и других медицинских учреждениях, социальных учреждениях или приютах.
 - *Просветительская деятельность с привлечением лиц своего круга и информационно-разъяснительная работа среди женщин с наркозависимостью.* Привлечение к просветительской работе лиц из среды клиентов получило поддержку при осуществлении трех компонентов проекта в качестве стратегии охвата особенно маргинализированных групп женщин, таких как лица, употребляющие наркотики внутривенно, и занятые в секс-индустрии. В рамках проекта в Исламской Республике Иран женщины, ранее употреблявшие наркотики внутривенным путем, с успехом привлекались к работе с испытывающими аналогичные проблемы женщинами и к оказанию им поддержки. Опыт привлечения людей из той же среды оказался успешным при осуществлении проектов в Сенегале и работе с афганскими женщинами-беженцами в Пакистане, когда женщины – активистки из общины проходили соответствующую подготовку по проведению профилактических мероприятий в своих общинах и оказанию поддержки женщинам с наркозависимостью.
 - *Предоставление услуг, предназначенных только для женщин, или выделение компонента таких услуг при проведении информационно-разъяснительной работы и предоставлении общедоступных услуг.* Из специальной литературы и тематических исследований следует, что женщины, на которых ориентированы проводимая непосредственно на улицах информационно-разъяснительная работа и услуги низового уровня, как правило, находятся в чрезвычайно уязвимом положении. Они могут быть бездомными, жить в обстановке насилия и надругательств, оказаться без крыши над головой, будучи беременными; их поведение может быть связано с повышенной опасностью, например они могут обмениваться инъекционным инструментарием и вступать в незащищенные половые контакты. Предоставление услуг, предназначенных только для женщин, дает возможность разместить женщин в безопасном месте, где они не могут подвергнуться насилию со стороны мужчин, и оказать им помощь с учетом их конкретных нужд. Примерами могут служить наблюдение у гинеколога, выработка умения настоять на защищенном половом контакте и более безопасных инъекциях, а также возможность

обсудить такие вопросы, как насилие, беременность и отношения с людьми. Услуги, предоставляемые только женщинам, могут также помочь им в преодолении чувства униженности и стыда, которые они испытывают в связи с потреблением психоактивных веществ.

- *Применение подходов, при которых во главу угла ставятся нужды клиентов и которые отвечают приоритетам и выявленным потребностям женщин.* Из специальной литературы и тематических исследований следует, что женщины могут испытывать самые различные потребности в еде, приюте или жилье, безопасном месте, где можно было бы провести время вне улицы, в уходе за ребенком, в психиатрической и другой медицинской помощи. Удовлетворение этих насущных потребностей может начать процесс приобщения их к комплексу лечебно-реабилитационных мероприятий.
- *Установление сотрудничества и создание сетей.* Женщины, охваченные информационно-разъяснительной работой на улице и услугами низового уровня, часто находятся в чрезвычайно уязвимом положении и испытывают различные и многочисленные нужды. Они могут иметь крайне негативный опыт обращения за медицинской и другой необходимой им помощью, в результате чего у них выработалось недоверчивое отношение к работникам, занимающимся ее оказанием. Специальная литература и тематические исследования свидетельствуют о необходимости активного создания сетей и установления партнерских связей в интересах направления нуждающихся женщин на соответствующее лечение и обеспечения им надлежащего приема и обслуживания. Этот тезис также получил поддержку со стороны участников совещания в Вене.
- *Поощрение политики и мероприятий, способствующих приверженности сотрудников своему делу и их непрерывной работе, а также рассмотрение случаев, когда сотрудники разочаровываются в своей работе.* В тематических исследованиях и в ходе обсуждений на совещании в Вене подчеркивалось, что непрерывность работы сотрудников, занимающихся информационно-разъяснительной работой и предоставляющих услуги низового уровня, может быть очень важна для клиентов. Для этого консультантам должна постоянно оказываться поддержка, они должны находиться в поле внимания и проходить подготовку в целях поощрения непрерывности работы, недопущения разочарования в своей работе и оказания им помощи в преодолении тех трудных и мучительных ситуаций, которые связаны с их клиентами.

Ключевые моменты

Ниже перечисляются ключевые моменты главы 4:

- Подключение заинтересованных сторон общины, как мужчин, так и женщин, способствует причаст-

ности общины к проекту и его успешному осуществлению.

- Общинные проекты должны основываться на тщательной оценке потребностей целевой группы, в том числе на понимании культурных норм и ценностей общины.
- Информационно-разъяснительная и просветительская работа в интересах всей общины в целом может способствовать формированию более терпимого отношения к женщинам с наркозависимостью и решению их проблем силами общины.
- Обучение сотрудников служб первичной помощи и других занимающихся оказанием помощи медицинским специалистам методам проведения регулярной проверки на злоупотребление психоактивными веществами и направлению больных на лечение или принятию краткосрочных мер может способствовать улучшению результатов работы, особенно если наркозависимость у женщин выявляется на ранней стадии возникновения проблемы.
- Создание сетей и установление связей между наркологическими службами и такими службами, как учреждения по оказанию родовых и акушерских/гинекологических услуг, службы по оказанию социальной помощи детям и их защите, службы по оказанию помощи в кризисных ситуациях, например женские приюты или службы по оказанию помощи в случае сексуального посягательства, и службы по охране психического здоровья (включая случаи травм), имеет первостепенное значение для предоставления всего диапазона услуг и помощи, в которых нуждаются женщины. Это особенно важно в случае женщин, имеющих негативный опыт обращения за помощью.
- Информационно-разъяснительная работа является важным направлением охвата женщин, которым трудно получить доступ к основным услугам. Информационно-разъяснительная работа может вестись у женщин на дому, на улице или в любом помещении, где собираются женщины. Информационно-разъяснительная работа должна быть приведена в соответствие с конкретными обстоятельствами целевой группы. В дополнение к профессиональным работникам для проведения информационно-разъяснительной работы и оказания помощи женщинам в получении доступа к лечению можно организовать подготовку людей из той же среды.
- Службы низового уровня работают с очень уязвимыми группами клиентов, которыми часто являются лица, употребляющие наркотики внутривенно, которые рискуют стать ВИЧ-инфицированными и заразиться другими переносимыми через кровь заболеваниями, а также занятые в секс-индустрии. Общедоступные службы, которые учитывают гендерные факторы, предоставляют женщинам возможность получить помощь по уменьшению вреда и удовлетворению практических потребностей с учетом их конкретных нужд и жизненных обстоятельств, а также предоставляют безопасное место, куда можно обратиться.

Ссылки

1. *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.03.XI.И).
2. Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (available at www.cds-sca.com/).
3. D. Hedrich, *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2000) (available at www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
4. W. Swift, J. Copeland and W. Hall, *Characteristics and Treatment Needs of Women with Alcohol and Other Drug Problems: Results of an Australian National Survey*, National Drug Strategy Research Report Series, No. 7 (Canberra, Australia, 1995).
5. J. Becker and C. Duffy, *Women Drug Users and Drugs Service Provision: Service-level Responses to Engagement and Retention*, Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17 (London, Home Office, 2002) (available at www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf).
6. A.B. Charnaud, "Service innovation in drug misuse services", *Psychiatric Bulletin*, vol. 25, No. 5 (2001), pp. 187-189.
7. L.B. Cottler and others, "Peer-delivered interventions reduce HIV risk behaviors among out-of-treatment drug abusers", *Public Health Reports*, vol. 113, Supplement 1 (1998), pp. 31-41.
8. J.B. Greenberg and others, "Linking injection drug users to medical services: role of street outreach referrals", *Health and Social Work*, vol. 23, No. 4 (1998), pp. 298-309.

Библиография

Подготовка специалистов первичной медицинской помощи и других специалистов по оказанию помощи

Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. By Katharine A. Bradley *and others*. *Journal of the American Medical Association*. 280:2:166-171, 1998.

Dawe, Sharon, and Mattick, Richard P. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.

Gender-specific substance abuse treatment. By N. Finkelstein *and others*. National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998. NIAAA Treatment Handbook Series No. 4.

United States of America, Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women. Rockville, Maryland, 2004. In press.

Создание сетей и установление связей с другими службами

Price, A., and Simmel, C. Partners' influence on women's addiction and recovery; the connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships. Berkeley, California, National Abandoned Infants Assistance Resource Center, School of Social Welfare, University of California at Berkeley, 2002.

Информационно-разъяснительная работа

Coppel, Anne. The outreach method; the difficult art of reaching the very fringes of society. Drugtext, 1998.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for the evaluation of outreach work; a manual for outreach practitioners. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001.

Trautmann, F. Peer support; Dutch experience with AIDS prevention by drug users for drug users. Drugtext.

Услуги низового уровня

Burrows, Dave. Starting and managing needle and syringe exchange programs: a guide for Central and Eastern Europe and the Newly Independent States of the former Soviet Union. A. Preston and J. Derricott, eds. New York, International Harm Reduction Development, 2000.

5. Лечебно-наркологические службы, предоставляющие услуги с учетом гендерных особенностей

О методах привлечения женщин к лечению говорилось в общих чертах в главе 4. В главе 5 рассматриваются вопросы о том, что нужно сделать, чтобы в ходе структурированного лечения учитывались интересы женщин исходя из методик, описанных в предыдущей главе, а также в других публикациях серии "Материалы по вопросам лечения наркомании", особенно в издании *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* [1]. Для их применения при планировании и разработке индивидуальных программ или систем услуг, предоставляемых женщинам, необходимо знать факторы, влияющие на возникновение и развитие в различных социально-культурных условиях проблем, связанных с потреблением женщинами психоактивных веществ, понимать, как в различных странах организованы и финансируются службы, осуществляющие лечение от злоупотребления психоактивными веществами, и насколько приемлемы различные методы лечения. Например, в некоторых странах "разговорной психотерапии" уделяется меньше внимания, чем фармакотерапии, поэтому использование некоторых из этих методов может быть ограниченным.

В издании *Лечение наркомании и реабилитация* излагаются следующие элементы комплексной системы лечения: общедоступные службы (предоставляющие информационно-консультационные услуги прямо на улицах или на уровне общин), о которых говорилось в предыдущей главе; и структурированное лечение, которое включает дезинтоксикацию как стабилизационный этап лечения, реабилитацию как этап профилактики рецидива (в том числе фармакологическое лечение) и обслуживание после окончания лечения. В рамках структурированного лечения имеется возможность выбора между лечением в стационаре и амбулаторным лечением.

В этой главе после общего обзора теоретических положений и принципов рассматриваются организационные вопросы, этапы лечения, вопросы оценки и планирования лечения, психосоциальные и фармакологические лечебные меры и особые по-

требности беременных женщин и женщин с детьми.

Как уже упоминалось выше, лечение с учетом гендерных особенностей связано с программами, в которых учитываются потребности женщин по всем вопросам разработки и осуществления программ. Перечень того, что понимается под "учетом гендерных особенностей", приводится во вставке 13. Одни службы смогут, вероятно, включать различные аспекты этого перечня в свои программы, другие пожелают, очевидно, определить приоритетность аспектов, которые они могли бы включить в свою работу с учетом сложившихся обстоятельств и наличных ресурсов.

Теория и принципы

Возможно, эклектичные с точки зрения методики консультирования программы лечения строятся на общих теоретических положениях и принципах, которые определяют рамки программирования, наполнение программ содержанием и подготовку программных материалов, и обеспечивают "единообразное информирование пациентов со стороны всех сотрудников, а также лечение пациентов исходя из общих философских воззрений и ценностей в том, что касается женщин" [4].

В последнее время на лечение женщин от злоупотребления психоактивными веществами оказывают влияние теории психического развития женщин и признание центральной роли межличностных отношений и связей в самооценке женщин; признание целесообразности применения таких методик консультирования, которые расширяют права и возможности женщин и укрепляют их уверенность в себе; и необходимость признания психических травм, пережитых женщинами, и лечения от них. Во вставке 14 в качестве примера приводятся принципы учета гендерных особенностей. О практическом применении этих принципов сообщается в тематических исследованиях, указанных в данной главе.

ВСТАВКА 13

ЧТО ОЗНАЧАЕТ "УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ"

"Учет гендерных особенностей" предполагает [2, 3]:

- создание безопасной обстановки, способствующей учету интересов женщин, оказанию им поддержки и поощряющей укрепление доверия и установление контактов и связей;
- теоретическое обоснование, отражающее жизненный опыт женщин и реальную действительность;
- разработка программ с учетом психологических и социальных потребностей женщин;
- использование методов и подходов в области лечения (например, межличностных), которые затрагивают такие вопросы, как физическое, сексуальное и эмоциональное насилие, отношения в семье, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства питания и другие сопутствующие расстройства;
- возможность получить знания в ряде общеобразовательных и специальных областей (включая нетрадиционную профессиональную подготовку);
- подход к лечению и подготовке исходя из сильных сторон и возможностей женщин, уделение особого внимания деятельности, ориентированной на расширение прав и возможностей женщин, и повышение эффективности лечения благодаря работе над собой;
- наличие персонала, отражающего состав пациентов с точки зрения пола, расы, этнической принадлежности, языка и результатов лечения;
- наличие образцов для подражания и наставников-женщин аналогичной расовой, этнической и культурной принадлежности;
- использование инструментов оценки с учетом гендерных особенностей и разработка индивидуализированных планов лечения, обеспечивающих соответствие курса лечения выявленным потребностям или возможностям каждого пациента;
- просвещение и консультирование по вопросам физического здоровья (беременности, питания, устранения стресса, лечения ВИЧ/СПИДа, гепатита, заболеваний, передаваемых половым путем) и психического здоровья (посттравматического нервно-психического расстройства, депрессий);
- уделение особого внимания просвещению родителей, воспитанию и поддержанию связей (либо восстановлению связей) с детьми (в соответствующих случаях);
- обеспечение окружения, благоприятного для детей, и проведение мероприятий для детей (в зависимости от возраста), а также, в случае лечения в стационаре, уход за детьми по месту лечения;
- связь с общинными учреждениями в целях обеспечения благоприятного и свободного от наркотиков домашнего окружения, работы, наркологического лечения, создания групп взаимопомощи, охраны детства, борьбы с насилием в семье, просвещения родителей, ухода за детьми, создания групп помощи со стороны сверстников, охраны здоровья, психического здоровья, лечения от ВИЧ/СПИДа, дневного лечения и последующего обслуживания;
- подготовка персонала по месту работы с учетом гендерных и культурных особенностей.

ВСТАВКА 14

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

В гендерной области: признать, что гендерный подход должен быть особым.

Применительно к среде: создать атмосферу безопасности, уважения и достоинства.

В области межличностных отношений: разработать политику, определить практические шаги и подготовить программы, в которых учитываются межличностные отношения и которые содействуют установлению здоровых отношений с детьми, семьей, близкими и с общиной.

В области услуг: решать вопросы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, психическими травмами и психическим здоровьем, путем предоставления всеобъемлющих и комплексных услуг на соответствующем культурном уровне.

В области социального и материального положения: обеспечить женщинам возможность улучшения их социального и материального положения.

Применительно к общине: создать систему общинного наблюдения за пациентами с предоставлением им всеобъемлющих услуг на основе сотрудничества [5].

Организация программ

При планировании и проведении лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами предстоит решить некоторые организационные вопросы. Решение этих вопросов будет зависеть от условий, в которых будет разрабатываться программа, и наличия ресурсов.

Структура программы

К программам, учитывающим гендерные особенности женщин, относятся:

- предназначенная только для женщин автономная программа со своей собственной структурой управления (совет директоров);
- предназначенная только для женщин программа, осуществляемая в рамках более крупной организации; или
- программа, предназначенная как для женщин, так и мужчин, некоторые компоненты которой ориентированы только на женщин.

Указанные в настоящей публикации проекты охватывают все указанные административные структуры. Программы могут также предусматривать представительство женщин в структурах управления и руководства в зависимости от культурного контекста, в рамках которого они разрабатываются. Например, автономные предназначенные только для женщин программы могут предусматривать ведущую роль женщин в системе управления, а их устав может содержать положения, предусматривающие, что большинство членов совета должны составлять женщины и/или что определенные должности в совете должны занимать женщины.

Независимо от структуры, программы могут также предусматривать, что некоторые управленческие должности предназначаются только для женщин. Пациенты-женщины могут рассматривать женщин на руководящих должностях как образец для подражания. Программы в рамках более крупной административной структуры могут предусматривать создание консультативного комитета. Консультативный комитет по программе может выражать мнение общественности о целесообразности предоставления женщинам услуг или о необходимости их дальнейшего предоставления и выполнять функцию по сетевой связи с другими общинными учреждениями и заинтересованными сторонами. Как советы директоров, так и консультативные комитеты по программам позволяют женщинам, завершившим предусмотренный лечебный курс, участвовать на постоянной основе в разработке и оценке программы.

Решение вопросов безопасности

Вопрос обеспечения безопасности важен для всех женщин, особенно для тех, кто подвергся физиче-

скому или сексуальному насилию. К сожалению, судя по литературе, некоторые женщины сообщают об агрессивном поведении или сексуальных домогательствах мужчин, участвующих в программах совместного лечения [6].

Ниже приводятся соображения по обеспечению безопасности:

- обеспечить закрытость программ смешанного лечения с помощью таких структурных элементов, отделяющих мужчин от женщин, как отдельные входы, отдельные жилые и спальные и лечебные помещения;
- включать во все рабочие смены женский персонал;
- обеспечить максимальную безопасность внешнего окружения с помощью необходимого освещения и открытости территории (без темных деревьев и кустов) и близость к остановкам транспорта для участников программ без проживания;
- обеспечить, чтобы в результате уличной информационно-консультативной работы с женщинами они не подвергались агрессивному поведению со стороны своих сексуальных партнеров-мужчин или других знакомых мужчин, которые могут угрожать им;
- разработать политику и создать условия, не допускающие по отношению к женщинам агрессивного поведения или сексуальных домогательств со стороны сотрудников или пациентов-мужчин.

Укомплектование кадрами

При наличии необходимых ресурсов по программам, предназначенным только для женщин, в принципе возможен набор только сотрудников женского пола; по другим программам – сотрудников как мужского, так и женского пола. На проведенном в Вене 15–17 декабря 2003 года совещании Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности "Лечение женщин от наркотиков: полученные результаты" было отмечено, что в случае наличия выбора и ресурсов необходимо тщательно взвешивать возможность привлечения к работе сотрудников-мужчин с точки зрения того, какую роль они могут сыграть в лечении женщин. Например, более целесообразно сотрудников-мужчин привлекать к работе на последующих этапах лечения женщин либо в качестве дополнительных лечащих врачей в лечебных группах или на занятиях по вопросам семейной терапии. Имеющийся опыт свидетельствует о том, что нецелесообразно использовать сотрудников-мужчин в качестве дополнительных врачей по женским вопросам или для работы с женщинами с психическими травмами. Следует также отметить, что, судя по данным ряда исследований, женщины, у которых основным лечащим врачом является женщина, в меньшей степени склонны употреблять "опасные" психоактивные вещества в течение шести месяцев после окончания лечения, чем женщины, у которых им является мужчина [7, 8].

Желательно, чтобы женщинам была предоставлена возможность выбора: будет ли у них консультантом по индивидуальным вопросам мужчина или женщина. Однако, судя по некоторым тематическим исследованиям, на начальных этапах разработки программы должным образом подготовленных сотрудников-женщин может не хватать. В таких случаях может возникнуть необходимость в тщательном контроле сотрудников мужского пола, работающих с пациентами-женщинами, с целью обеспечить соответствующие отношения с точки зрения профессионального консультирования. Необходимо рассмотреть также следующие вопросы:

- Некоторые женщины, особенно те из них, которые в свое время подвергались насилию, рассматривают других женщин как конкурентов, поэтому женский персонал должен соответствующим образом строить с ними отношения, не основанные на конкуренции, а в программах следует пропагандировать отношения между сотрудниками и пациентами, основанные на равенстве, а не на власти и подчинении.
- Если позволяют ресурсы, следует нанимать сотрудников, имеющих необходимую профессиональную подготовку и навыки решения различных проблем, с которыми сталкиваются пациенты, например в области межличностных отношений, просвещения родителей, опеки над детьми и психического и физического здоровья.
- Часть сотрудников должна как-то отражать состав пациентов (например, язык, культуру, возраст, излечение от потребления психоактивных веществ) и являться образцом для подражания. Эффективную роль могут сыграть сверстники-консультанты, однако для них могут потребоваться дополнительные поддержка и контроль.

О некоторых важных особенностях персонала с точки зрения пациентов сообщается во вставке 15.

ВСТАВКА 15

ОСОБЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Нельсон-Злупко и другие [6] провели опрос выздоравливающих женщин об их отношении к лечению. Хотя ряд опрошенных отметили желательность выбора консультанта исходя из его или ее демографических данных, в основном было подчеркнуто, что консультант должен относиться к пациентам с уважением. Судя по результатам другого исследования, посвященного анализу семи программ лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами, наиболее важным качеством, которым должен обладать персонал, является умение сотрудников "прислушиваться" к пациентам и их проблемам и создавать у пациентов ощущение, что о них заботятся, их уважают и понимают – важнейшее условие завершения клиентами курса лечения [9].

Компетентность, подготовка и контроль

Важным фактором обслуживания с учетом потребностей женщин является наличие должным образом подготовленного и компетентного персонала. При этом характер знаний и навыков может варьироваться в зависимости от культурных особенностей и страны, а также от видов и уровней услуг. Хотя квалификация и подготовка персонала, занятого в сфере лечения от злоупотребления психоактивными веществами, позволяет им работать с пациентами как мужского, так и женского пола, имеются некоторые особенности, в большей степени характерные для работы с женщинами. К ним относятся:

- знание условий жизни женщин, возникновения проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, последствий и продолжения злоупотребления ими;
- роль межличностных отношений в жизни женщин;
- воздействие психических травм на жизнь женщин и их последствия;
- гендерные вопросы, связанные с сокращением числа поведенческих рисков (более безопасное потребление наркотиков путем инъекций, более безопасная сексуальная практика);
- гендерные вопросы, связанные со здоровьем женщин, включая ВИЧ, гепатит и другие инфекционные заболевания;
- знание имеющихся на местах возможностей и их применение в интересах женщин, особенно в связи с насилием в семье и обеспечением безопасности.

Кроме того, они включают:

- вопросы, связанные с детьми, например просвещение родителей и охрану здоровья детей;
- посттравматическое нервно-психическое расстройство и другие сопутствующие расстройства, особенно расстройства, более частые среди женщин, такие как расстройства питания, беспокойство и депрессия, социальные фобии;
- профилактику самоубийств;
- сексуальность.

Может также возникнуть потребность в специальных знаниях или подготовке применительно к конкретным группам женщин, таким как женщины в заведениях системы уголовного правосудия, женщины с инвалидностью, лесбиянки, бездомные или живущие на улице женщины и женщины, принадлежащие к культурной среде, отличной от господствующей в обществе. Перечисленные выше потребности в знаниях и подготовке характерны для общественных систем, которые, как правило, располагают необходимыми ресурсами. Если таких ресурсов немного, можно использовать другие варианты предоставления требуемых знаний, например прикомандирование сотруд-

ников, совместную подготовку или взаимодействие с другими учреждениями, располагающими необходимыми ресурсами.

Совершенно очевидно, что обеспечение контроля над персоналом, повышающего качество ухода и удовлетворенность персонала результатами своего труда и не допускающего, чтобы персонал работал до "изнеможения", касается не только программ, предназначенных для женщин. В то же время в ходе консультирования могут возникать ситуации, чаще в связи с оказанием услуг женщинам, уладить которые консультантам бывает достаточно трудно, и в этой связи могут возникать вопросы этического характера. Это касается охраны здоровья ребенка и защиты детей, консультирования беременных женщин, которые продолжают потреблять психоактивные вещества и поведение которых является весьма рискованным, консультирования пациентов, межличностные отношения которых характеризуются унижением и жестокостью, консультирования в случае наличия психических травм и возникновения неприемлемых отношений между сотрудниками-мужчинами и пациентами-женщинами.

Оценка потребностей и оценка и мониторинг программ

Об особенностях и опыте лечения женщин известно значительно меньше, чем о лечении мужчин, и прежде всего в странах, в которых существует табу на потребление женщинами психоактивных веществ. Осуществление проектов позволяет расширить наши знания о проблемах, с которыми сталкиваются женщины, потребляющие психоактивные вещества, если планирование и разработка программ осуществляются на основе систематической оценки потребностей и программ, установленных процедур непрерывного мониторинга целей программы и клиентов и результатов работы. Судя по ряду тематических исследований, привлечение женщин, страдающих от проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, в качестве основных источников информации на этапе оценки потребностей и, как пациентов, к оценке и мониторингу программы позволяет обеспечить востребованность и актуальность программы для целевой группы женщин.

Услуги, предоставленные в ходе структурированного лечения

Лечебные учреждения

Лечение от злоупотребления психоактивными веществами в целях достижения абстиненции может проводиться в больницах, в общинных стационарных лечебных учреждениях либо в условиях амбулаторного лечения с учетом таких факторов, как обстоятельства жизни пациента, серьезности проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, и истории ле-

чения синдрома отмены. В некоторых регионах лечебных учреждений амбулаторного типа и стационарных служб детоксикации не имеется либо они не соответствуют предъявляемым требованиям. С другой стороны, службы детоксикации в стационаре могут быть недоступными для женщин с детьми. В указанных ниже в этой главе тематических исследованиях называются службы, например Джарра-хаус и Сахара-хаус, которые обеспечивают уход за детьми в случае обращения к ним женщин за помощью в детоксикации.

Хотя во многих районах мира лечение в стационаре на этапе профилактики рецидива является широко распространенным, для женщин, выполняющих обязанности в семье или в домашнем хозяйстве или не имеющих финансовых средств для оплаты расходов на лечение, уход за детьми и доставку до места лечения, такое лечение может быть весьма проблематичным. В то же время некоторым женщинам необходим круглосуточный контроль и поддержка, которую они могут получить лишь в условиях стационара, в связи с потреблением психоактивных веществ, тяжестью связанных с этим проблем и отсутствием необходимой поддержки и возможностей для лечения в амбулаторных условиях. Кроме того, для некоторых женщин может быть необходимо стационарное лечение с целью изменить ту жизненную ситуацию, в которой они оказались и которая может быть связана с насилием в семье, проживанием в условиях злоупотребления психоактивными веществами или отсутствием жилья.

Общинное амбулаторное лечение или дневное лечение является более приемлемым и менее затратным вариантом для женщин, которые располагают достаточными средствами на жизнь между приемами у врача. Во вставке 16 описаны виды услуг, предоставляемых в условиях амбулаторного лечения и указанных в

ВСТАВКА 16

ПРИМЕРЫ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ АМБУЛАТОРНОГО ТИПА

- Индивидуальное и групповое консультирование
- Лечение в группах только для женщин с терапевтом-женщиной (в условиях смешанного амбулаторного лечения)
- Различные методы лечения, включая терапию социально-феминистской направленности
- Всесторонняя оценка планирования лечения и ухода, включая потребности в медицинском и психосоциальном лечении, историю болезни и вопросы, связанные с детьми
- Непрерывный уход, посещение пациентов в тюрьме, больнице и на дому
- Долгосрочная работа с пациентом, включая направление на другие уровни лечения от злоупотребления психоактивными веществами и, при необходимости, в другие лечебные учреждения
- Заместительное лечение метадонот [10]

докладе *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-Based Interventions* (Потребление женщинами психоактивных веществ и связанные с этим проблемы: уделение особого внимания мерам общинного характера) [10].

Амбулаторное лечение имеет следующие преимущества:

- является менее регламентированным (у женщин остается больше времени на личную жизнь), чем лечение в стационаре;
- может проводиться в различной обстановке, не обязательно связанной со злоупотреблением психоактивными веществами, и может быть в меньшей степени стигматизирующим для женщин (например, в учреждениях социальной помощи, женских консультациях или в других местах поблизости от их местожительства);
- может носить мобильный характер и предоставляться в различных местах и/или общинах на ротационной основе;
- является менее дорогостоящим, чем стационарное лечение;
- возможен гибкий график лечения (днем/вечером/в субботу-воскресенье);
- в условиях смешанного лечения возможна организация на постоянной основе групп амбулаторного лечения только для женщин (при наличии достаточного числа пациентов) или на ротационной основе, если женщин немного; и
- легче обеспечить уход за детьми.

Амбулаторное лечение описано также в публикации *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse* (Интенсивное амбулаторное лечение алкоголизма и наркомании) Центра по вопросам лечения расстройств, связанных со злоупотреблением ПАВ [11].

Продолжительность лечения

Исследования по вопросам продолжительности лечения дают основания утверждать, что более длительные периоды лечения и/или более частые сеансы лечения (амбулаторное лечение три или четыре раза в неделю вместо одного или двух раз) позволяют получить лучшие результаты [12]. Эксперты, участвовавшие в подготовке доклада Министерства здравоохранения Канады, озаглавленного *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Наилучшие виды практики: лечение и реабилитация женщин, страдающих наркозависимостью) [13], рекомендуют, чтобы стационарное лечение проводилось в течение не менее четырех недель, а амбулаторное – трех-шести месяцев. При этом следует проявлять гибкость, исходя из индивидуальных потребностей пациентов, и не придерживаться жесткой регламентации. В публикации Национального института наркомании Соединенных Штатов Америки, озаглавленной *Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-*

Based Guide (Принципы лечения наркомании: руководство по результатам исследований) [14] указывается, что для большинства лиц, проходящих лечение, порог значительного улучшения достигается по прошествии приблизительно трех месяцев лечения.

Последующее или непрерывное обслуживание

Последующее или непрерывное обслуживание является важным компонентом поддержки, оказываемой пациентам, и может иметь решающее значение для тех пациентов, завершающих программу интенсивного лечения в стационаре, которые возвращаются к себе в общину. Последующее обслуживание может осуществляться различными способами, индивидуально или в группе, в рамках личного общения или по телефону, в ходе регулярных приемов у врача или незапланированных посещений. В странах, в которых действуют организации "Анонимные алкоголики", "Анонимные наркоманы" или другие группы взаимопомощи, они могут играть важнейшую роль, оказывая пациентам, в целях их выздоровления, необходимую поддержку. Тематическое исследование, в котором описывается работа с женскими ассоциациями в Сенегале, свидетельствует об инновационном подходе к предоставлению услуг по послелечебному уходу путем привлечения с этой целью имеющихся в общине женщин, завершивших курс лечения. В этой работе им помогают профессионалы-медики, посещающие пациентов "в случае необходимости" (см. главу 4).

Меры социальной реинтеграции

Работа в области социальной реинтеграции приходится на этап последующего обслуживания. Как указывается в недавнем докладе Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании [15], основное внимание в рамках работы в области социальной реинтеграции направлено на профессиональную подготовку, образование и развитие профессиональных навыков; трудоустройство; и обеспечение жильем. Результаты исследований свидетельствуют о необходимости уделения внимания этим важным для женщин практическим вопросам. Ряд указанных в этом издании проектов включают компоненты социальной реинтеграции, особенно получение профессиональной подготовки в целях трудоустройства, содействие реализации проектов, направленных на обеспечение дохода, и предоставление временного жилья. Для женщин, желающих вновь получить возможность заботиться о своих детях, одним из важнейших условий является получение жилья на длительный срок. Возможно, потребуется установить тесные связи с организациями, которые занимаются вопросами просвещения и профессиональной подготовки, а также предоставления жилья. Кроме того, на этом этапе лечения может понадобиться помощь в установлении новых дружеских связей и проведении досуга, что позволяет найти альтернативу потреблению психоактивных веществ.

Поэтапное лечение

Системы комплексного лечения или службы индивидуального лечения, предоставляющие полный диапазон лечебных услуг, предусматривают возможность "поэтапного подхода" к лечению, что позволяет пациентам переходить к менее или более интенсивному лечению в зависимости от изменения их состояния. Ряд тематических исследований, включенных в настоящую главу, в частности Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) (Бразилия) и Marin Services for Women, являются примерами многокомпонентных услуг.

Оценка и планирование лечения

Оценка

Комплексная оценка позволяет разработать план лечения, ориентированного на пациента, изучить характер потребления психоактивных веществ и связанных с этим проблем, сильные и слабые стороны пациента, его готовность изменить образ жизни, а также препятствия, которые могут удерживать женщин от лечения или от его продолжения. Комплексная оценка позволяет составить план лечения, соответствующий целям, которые ставит перед собой пациент, и выбрать оптимальный способ лечения. Оценка – это не одновременное мероприятие, а процесс, который необходимо повторять в течение всего курса лечения для выявления изменений и определения готовности пациента перейти к менее интенсивному этапу лечения или, наоборот, чтобы активизировать лечение или усилить предоставляемую поддержку. Собираемая в ходе оценки информация может быть также использована для мониторинга программы и проведения перспективной оценки.

Существует широкий диапазон средств, с помощью которых можно проводить оценку, однако большинство из них не предназначены исключительно для оценки положения женщин. В Европейском центре мониторинга наркотиков и наркомании имеется банк данных о средствах, которые можно использовать для проведения оценки, а также для контроля за пациентами и составления перспективной оценки. Однако необходимо проверить, можно ли их использовать применительно к женщинам в контексте различных культур и стран.

В качестве одного из таких средств широко используется показатель степени тяжести наркомании (ASI), текст материалов по которому переведен на ряд языков, в том числе на фарси. Он также приводится в издании *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* [1]. Вашингтонский университет разработал ASI, предназначенный для беременных женщин и рожениц [16]. Подготовлен также расширенный вариант ASI для женщин, включая вопросы, которые касаются непосредственно женщин [17].

Расширенным вариантом ASI является также психо-социальная история [18], разработанная специально для использования применительно к беременным женщинам и женщинам с детьми, потребляющим психоактивные вещества. Этот инструмент описан в публикации Национального института наркомании *Treatment for Drug Exposed Women and Their Children: Advances in Research Methodology* (Лечение подверженных наркомании женщин и их детей: достижения в области научной методологии).

Некоторые дополнительные средства оценки, которые можно использовать применительно к женщинам, включая методы оценки подверженности психическим травмам, посттравматического нервно-психического расстройства и сопутствующих расстройств, описаны в публикации Центра Соединенных Штатов по вопросам лечения расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women* (Лечение от злоупотребления психоактивными веществами: учет конкретных потребностей женщин) [19]. В главе 1 этой публикации под заголовком "Гендерные различия" указаны следующие области, которые следует включать в комплексную оценку с учетом того, что сами вопросы могут различаться в зависимости от культурного и социального контекста:

- поддерживаемые межличностные отношения, особенно потребление психоактивных веществ партнерами и другими членами семьи или лицами, с которыми пациент проживает;
- беременность;
- семейные обязанности, включая уход за находящимися на иждивении детьми или другими родственниками, и различные аспекты просвещения родителей, касающегося физического и психического здоровья детей;
- история физического или сексуального насилия либо других психических травм, особенно осознание необходимости в помощи со стороны служб, оказывающих помощь и поддержку в случае сексуального насилия;
- состояние психического здоровья, особенно чувство беспокойства и депрессии, посттравматическое нервно-психическое расстройство, нарушения питания и фобии;
- риск суицида и другие формы поведения, направленные на нанесение себе увечий;
- формы поведения, связанные с риском инфицирования ВИЧ и гепатитом (совместное использование инъекционного инструментария, незащищенный секс);
- насилие в семье и/или небезопасные условия жизни;
- образование, работа, финансовое положение, жилье;
- опасность серьезных симптомов отмены;
- выявленные препятствия, не позволяющие приступить к лечению или продолжить его, такие как

семейные обязанности, несогласие семьи на лечение, финансовые проблемы и трудности с проездом к месту лечения.

Такая оценка может оказаться первой возможностью для женщины обсудить вопросы потребления психоактивных веществ и связанные с этим проблемы с кем-либо, кто проявляет понимание и не осуждает ее. Однако консультанту следует быть осторожным, задавая некоторые вопросы, особенно о перенесенных психических травмах. Для этого необходима специальная подготовка, с тем чтобы спокойно и должным образом обсудить эти вопросы с пациентом и оказать помощь в преодолении тревожных симптомов, которые могут быть вызваны задаваемыми на предмет оценки вопросами.

Цели лечения

Учитывая интенсивность потребления психоактивных веществ и тяжесть связанных с этим проблем, основной целью лечения является, очевидно, абстиненция, хотя некоторые женщины, вероятно, не рассматривают потребление психоактивных веществ в качестве приоритетной проблемы, которую необходимо решить, или считают, что они не в состоянии перестать в данный момент потреблять эти психоактивные вещества. К сожалению, программы, как правило, нацелены на абстиненцию либо на снижение вредных последствий, что ограничивает число женщин, которых можно охватить лечением и которым оно может помочь. В этой связи можно было бы рекомендовать оказывать услуги на постоянной основе, в том числе с целью уменьшения вреда и достижения абстиненции, поскольку для многих женщин, страдающих от тяжелых проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, для выздоровления необходимо достигнуть абстиненции.

Предлагая пациентам услуги по снижению вредных последствий, перед ними ставятся вполне достижимые цели, связанные с улучшением их здоровья, даже если они сами не придают приоритетности лечению от потребления психоактивных веществ. При этом женщины могут поддерживать контакт со службами помощи и следить за появлением позитивных перемен. В более долгосрочном плане женщины могут подготовиться к тому, чтобы попытаться достигнуть целей абстиненции. Хотя услуги по снижению вредных последствий чаще всего предоставляются в рамках амбулаторного лечения или общего обслуживания, службы, обеспечивающие более интенсивное лечение, также могут содействовать снижению вредных последствий: путем занятия более гибкой позиции и оказания поддержки в случае рецидива; предоставления информации и просвещения по вопросам более безопасной практики введения наркотиков путем инъекций, предохранения во время полового акта и наличия стерильных игл/шприцев и презервативов; предоставления информации о ВИЧ, вирусе ге-

патита С и других заболеваниях, передаваемых через кровь, и направления на консультации и анализы; путем поддержки и направления пациентов на заместительное лечение опиоидами; и просвещения персонала о путях снижения вредных последствий.

Критерии назначения курса лечения

В ряде юрисдикций разработаны стандартизированные критерии классификации пациентов и их направления на лечение соответствующего уровня и интенсивности. Хотя эти критерии специально для женщин не разрабатывались, они тем не менее позволяют определить некоторые принципы, которые следует рассмотреть. В Северной Америке большинство таких критериев основано на принципах, разработанных Американским обществом аддиктивной медицины [20]. В соответствии с критериями классификации пациентов признается, что ко всем пациентам один и тот же подход неприменим и что при прочих равных условиях следует выбирать такой уровень/интенсивность лечения, который меньше всего будет отрицательно сказываться на жизни пациента. Это особенно важно для женщин, которым часто трудно проходить курс стационарного лечения из-за необходимости заботы о детях и других семейных обязанностей, а также из-за культурных ограничений в некоторых странах, препятствующих женщинам выходить из дома. Критерии классификации пациентов вместе с данными текущей оценки позволяют также определить, когда лечение пациента можно прекратить или перевести его на менее интенсивное лечение.

Ведение пациента в течение всего курса лечения/координация обслуживания

Концепция ведения пациента в течение всего курса лечения или координация обслуживания описана, в частности, в издании *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* [1]. Координация обслуживания включает оценку и планирование лечения, контакты с необходимыми службами, содействие в обеспечении доступа к требуемым услугам, мониторинг и поддержку. Это особенно касается женщин, которые часто нуждаются в различных услугах лечебного и социального характера и, кроме того, нередко уже сталкивались с трудностями при получении требуемых услуг. Так, в справочной литературе и исследованиях отмечается, что привлечение подготовленных параспециалистов по вопросам ведения пациентов в течение всего курса лечения позволяет получить хорошие результаты по беременным женщинам, страдающим от потребления психоактивных веществ, по вопросам планирования размера семьи и социальной реинтеграции [21, 22]. Там, где услуги в области комплексного лечения от злоупотребления психоактивными веществами не предоставляются, специалист, ведущий своих пациентов, может посоветовать и помочь им получить те

услуги лечебного и социального характера, которые можно получить. Работа по ведению пациентов в течение всего лечения может проводиться в рамках специализированного наркологического лечебного учреждения либо другой организацией.

Психосоциальные меры воздействия

Введение

Для удовлетворения потребностей женщин, страдающих от проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, требуется целый ряд терапевтических мер и компонентов лечения, как это видно на примере многих тематических исследований, указанных в настоящей главе. В программах, описываемых в этих исследованиях, используются различные методы и подходы, включая индивидуальное и групповое консультирование, сочетание когнитивно-поведенческих и психодинамических подходов, формирование навыков и уделение внимания практическим потребностям.

Комплексные или расширенные программы

Результаты исследований позволяют предположить, что женщины, желающие пройти курс лечения, сталкиваются с более серьезными проблемами, чем мужчины. В частности, они могут страдать от психических травм и сопутствующих психических расстройств, их возможности в плане трудоустройства и получения доходов могут быть более ограниченными, они могут в меньшем объеме получать социальную помощь, необходимую для лечения, и нести более широкие обязанности в семье или по хозяйству.

Работающим с женщинами клиницистам уже давно известны эти многочисленные сложные проблемы, для решения которых разрабатываются различные инновационные программы. Однако научные исследования отстают от клинических новшеств. Лишь недавно стали проводиться научные исследования, призванные содействовать повышению эффективности расширенного или комплексного лечения женщин. Судя по результатам недавно проведенного исследования, подробно описанного ниже (см. вставку 17),

ВСТАВКА 17

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИТОГАМ УЧАСТИЯ ЖЕНЩИН В ПРОГРАММАХ С УЧЕТОМ КОНКРЕТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЖЕНЩИН

На основании проведенного Оруином и коллегами метаанализа 33 программ лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами можно сделать вывод о том, что расширенное лечение женщин с дополнительными компонентами, специально ориентированными на удовлетворение потребностей женщин, повышает и расширяет ожидаемую эффективность стандартных лечебных программ только для женщин [23]. Отмеченные в рамках этого метаанализа случаи улучшения касаются предоставления услуг по уходу за детьми, подготовки родителей, эффективности лечебных групп только для женщин, воспитания самоуважения и уверенности в себе, просвещения по вопросам секса и планирования размера семьи.

Равным образом, проведенный Эшли и коллегами [24] обзор 38 исследований по результатам лечения (7 рандомизированных контрольных исследований и 31 нерандомизированного исследования), посвященный эффективности программ лечения женщин от злоупотребления психоактивными веществами, позволяет говорить об улучшении результатов лечения, в частности об улучшении показателей воздержания, о меньшем потреблении психоактивных веществ, улучшении показателей в перинатальный период и при рождении (по программам для беременных, потребляющих психоактивные вещества) и о снижении поведенческих рисков инфицирования ВИЧ, повышении самоуважения и ослаблении депрессий благодаря задействованию следующих компонентов: уход за детьми, наблюдение за беременными, прием на лечение только женщин, предоставление дополнительных услуг и организация практикумов для обсуждения вопросов, касающихся женщин, программ психического здоровья и комплексных программ.

На основании еще одного обзора результатов психосоциального лечения женщин, страдающих расстройствами вследствие потребления психоактивных веществ [25], был сделан вывод об ограниченности данных, свидетельствующих о менее успешных результатах лечения среди женщин по сравнению с мужчинами, за исключением, возможно, данных о занятости. В то же время есть сведения о том, что эффективность лечения повышается, когда женщины имеют возможность широко пользоваться дополнительными услугами в ходе лечения, в том числе помощью по уходу за детьми, по просвещению родителей и в области индивидуальной терапии. Эти данные позволяют также утверждать, что мужчины, выполняющие некоторые свойственные женщинам обязанности (например, по уходу за находящимися на их иждивении детьми или перенесшими психические травмы), могут также пользоваться такими же дополнительными услугами.

В ходе проведенного в Австралии сопоставления данных лечения, ориентированного исключительно на женщин, с данными традиционного смешанного лечения было установлено, что в первом случае значительно больше вероятность того, что курс лечения будут проходить женщины, имеющие на своем иждивении детей, лесбиянки, женщины, потреблявшие наркотики или алкоголь во время беременности, и женщины, подвергшиеся сексуальному насилию в детстве. Результаты сопоставления позволяют предположить, что, очевидно, лечение с учетом гендерного аспекта способствует привлечению женщин, которые в обычных случаях не стали бы обращаться за лечением от проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами [8, 26]. Кроме того, в отношении лесбиянок, женщин, подвергшихся сексуальному насилию в детстве, и женщин, имеющих на своем иждивении детей, введение специализированного курса лечения только для женщин позволяет сократить процент отсева [27].

ВСТАВКА 18

КАК ПАЦИЕНТЫ ВОСПРИНИМАЮТ ЛЕЧЕНИЕ

Обратная связь с пациентами является важным механизмом выбора программы, которая может помочь женщинам. Оценка женщинами эффективности и полезности различных видов лечения рассматривается в исследовании, проведенном Нельсоном-Злупко и другими [6]. В ходе исследования были опрошены 24 женщины, прошедшие специализированное и неспециализированное лечение от злоупотребления психоактивными веществами. Хотя результаты этого исследования не следует в обязательном порядке распространять на женщин, находящихся в других условиях или в других странах, они, тем не менее, совпадают с данными, содержащимися в публикациях по вопросам эффективности лечения. Услуги, названные 75 и более процентами опрошенных женщин как полезные или очень полезные, включают: помощь с транспортом (86 процентов), помощь в приобретении продуктов питания, жилья, одежды и т. д. (83 процента), организацию досуга (83 процента), предоставление медико-санитарной помощи на месте (82 процента), курс лечения, состоящий из 12 этапов (81 процент), обсуждение женских вопросов (80 процентов), медикаментозное лечение (76 процентов), предоставление срочной финансовой помощи (76 процентов), создание групп только для женщин (75 процентов) и просвещение по вопросам охраны здоровья беременных и рожениц (75 процентов). Наименее полезными были названы группы совместного обучения (6 процентов). В этом же исследовании были перечислены некоторые актуальные вопросы, возникающие в ходе собеседования с женщинами. Важнейшим элементом лечения от злоупотребления психоактивными веществами является индивидуальное консультирование (потребность в специалисте, которому можно довериться); в рамках обычных лечебных программ случаются попытки сексуального домогательства со стороны консультантов-мужчин; уход за детьми – важнейший фактор успешного лечения женщин с детьми. Лечебные группы совместного просвещения, как правило, не могут обеспечить форум для открытого обсуждения потребностей женщин и обмена опытом; эффективность лечения с учетом гендерных факторов снижается в тех лечебных учреждениях, которые не обеспечивают поддержку и защиту интересов женщин [6].

можно говорить об улучшении итогов реализации программ, в которых учитываются конкретные потребности женщин.

Судя по результатам исследований, рассмотренных в главе 1, можно утверждать, что с точки зрения образования, наличия работы и доходов возможности женщин, страдающих наркозависимостью, как правило, являются более ограниченными. Некоторые женщины живут в условиях крайней нищеты и вынуждены вести ежедневную борьбу за свое выживание и за выживание своих семей. Это положение усугубляется в общественных системах, в которых женщины не располагают достаточными возможностями, для того чтобы изменить условия своей жизни. Результаты исследований свидетельствуют также о том, что женщинам необходима помощь в приобретении продуктов питания, одежды, жилья, в транспортных услугах, получении образования, в трудоустройстве, получении дохода, правовой помощи, медицинского обслуживания, социальных услуг, социальной поддержки, а также семейной терапии. В некоторых общественных системах меры по удовлетворению этих потребностей могут быть связаны с более общей стратегией предоставления женщинам дополнительных прав и полномочий. Кроме того, проблемы женщин следует решать с учетом наличия возможностей, существующих вне системы лечения; например, задействуя имеющиеся ресурсы, женщинам можно помочь повысить свои знания или приобрести навыки, необходимые для трудовой деятельности. Они могут также получить доступ к услугам, предоставляемым в рамках родового медицинского обслуживания.

Исследование, проведенное Нельсоном-Злупко и другими [6] по вопросам оценки пациентами курса лече-

ния, о чем говорится во вставке 18, свидетельствует о необходимости предоставления комплексных услуг.

Методы когнитивной поведенческой терапии

Методы когнитивной поведенческой терапии, в основе которых лежит теория познания, призваны изменить негативный образ мышления или негативные представления, приводящие к опасному поведению, и выработать новые стереотипы поведения или навыки психологической адаптации. Когнитивная поведенческая терапия носит, как правило, структурированный и целенаправленный характер и предусматривает привлечение пациентов к такой работе, как постановка задач, мониторинг потребления психоактивных веществ, а также его непосредственных предпосылок и последствий, выявление и использование новых возможностей в области психологической адаптации во избежание рецидива потребления психоактивных веществ и, в частности, приобретение умения или навыков замены негативного образа мышления или негативных воззрений на позитивные решения проблем, снятия стресса и улучшения межличностного общения.

Методика когнитивной поведенческой терапии получила всестороннее освещение в научной литературе в связи с изучением лечебных выборок, включающих женщин. Кроме того, эта методика рассматривается специалистами в области лечения как эффективный вид терапии для женщин. В большинстве случаев когнитивная поведенческая терапия должна дополняться, например, работой в области межличностных отношений, вниманием к вопросам психического здо-

ровья и практическим потребностям. Примерами методики когнитивной поведенческой терапии, получившей освещение в научной литературе, являются ситуационный менеджмент; поведенческая супружеская терапия; формирование навыков, включая предупреждение рецидива; общинные меры воздействия; и снятие стресса. В некоторых исследованиях рассматривались вопросы применения когнитивной поведенческой терапии к конкретным группам женщин; например, было показано, что ситуационный менеджмент позволяет повысить посещаемость и усилить абстиненцию от потребления незаконных психоактивных веществ среди беременных женщин, проходящих курс заместительного лечения метадонном.

Как и другие методики, когнитивную поведенческую терапию следует, очевидно, проводить с учетом потребностей конкретных групп пациентов. Например, есть основания считать, что у мужчин и женщин рецидив наступает по разным причинам и что женщины в большей степени склонны к рецидиву в случаях негативных эмоций или межличностного конфликта. Бихевиоральные меры профилактики рецидива следует разрабатывать с учетом этих различий.

Национальным институтом наркомании Соединенных Штатов Америки издается серия справочников по поведенческой терапии на основе эмпирических методов лечения (www.nida.nih.gov/DrugPages/Treatment.html).

Ступени модели изменения поведения и мотивационный опрос

Прохазка и Дикленте в своей работе, посвященной "ступеням модели изменения поведения" [28], признают, что пациенты находятся на различных ступенях готовности изменить свое поведение и что консультантам следует использовать стратегии и меры, соответствующие той или иной ступени изменения поведения пациента. Мотивационный опрос – это консультирование пациента по методу, разработанному Миллером и Роллником, которые определяют его как консультирование пациента в директивном стиле с целью изменить поведение пациента путем выявления и устранения у него двойственного отношения [29].

Методика мотивационного опроса резко отличается от конфронтационной методики, применявшейся в прошлом в целях изменения поведения, которая, по мнению многих клиницистов, является особенно вредной для женщин, страдающих от проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ, от заниженной самооценки, беспокойства или депрессии. Мотивационная поощрительная терапия предусматривает краткий курс лечения, призванный стимулировать изменения на основе принципов и способов мотивационного опроса. Установлено, что такая

ВСТАВКА 19

ШАГИ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН

В ходе исследования ступени модели изменения поведения были преобразованы в так называемые "шаги, предусматривающие изменение модели поведения женщин" и охватывающие четыре области, в которых женщины могут быть готовы изменить свое поведение: насилие в семье, рискованное сексуальное поведение, поведение, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами, и эмоциональные проблемы [31]. Браун и ее коллеги предлагают считать, что помощь, получаемая женщинами, злоупотребляющими психоактивными веществами, свидетельствует об определенной степени готовности к изменениям с учетом неотложности или безотлагательности лечения. Так, судя по их исследованию, можно предположить, что некоторые женщины готовы сначала изменить ситуацию, которая приводит к насилию в семье, или свое рискованное сексуальное поведение, прежде чем изменить свое поведение, связанное с потреблением психоактивных веществ.

терапия эффективна для лиц, испытывающих опиоидную зависимость. Методы мотивационного опроса описаны в публикациях Лечебного центра по злоупотреблению психоактивными веществами [30] и в Интернете (www.motivationalinterviewing.org).

Женщины, страдающие наркозависимостью, часто сталкиваются с другими сложными и острыми проблемами, которые необходимо учитывать при планировании лечения. Браун и коллеги [31] переработали ступени модели поведения в так называемые шаги, которые должны предпринять женщины с целью изменить свое поведение. Эти шаги изложены во вставке 19.

Теория межличностных отношений

Теория межличностных отношений выдвигается в работе Джини Бейкер Миллер, в которой первичная мотивация женщин определяется как потребность утвердить чувство связи с другими, и отмечается, что она лежит в основе личного самосознания и самооценности женщин, поскольку женщины несут ответственность за поддержание и развитие отношений. Предлагаемая модель предусматривает учет как сильных сторон, так и проблем, с которыми сталкиваются женщины в своих межличностных отношениях [32], что отличает ее от традиционных теорий психологического развития, отождествляющих обособление и индивидуализацию с психологической зрелостью. Как указывают Финкельштейн и другие [33], наличие или отсутствие межличностных отношений является центральным фактором потребления женщинами психоактивных веществ. Межличностные отно-

шения многих женщин, страдающих наркозависимостью, характеризуются жестокостью, насилием и потреблением психоактивных веществ. Женщины могут потреблять психоактивные вещества для поддержания межличностных отношений (например, с партнером, потребляющим психоактивные вещества); чтобы заполнить пустоту, образовавшуюся в результате неудовлетворительных или несложившихся отношений; либо чтобы приглушить боль от жестоких отношений. В рамках традиционной индивидуальной терапии часто предпринимаются попытки прервать такие отношения, которые зачастую имеют важнейшее значение для самоуважения женщин. В результате женщинам часто приходится прекращать лечение, так как они вынуждены вернуться к своим партнерам, семьям или детям, поэтому такие меры следует рассматривать как неприемлемые.

Включение теории межличностных отношений в программы лечения женщин является признанием того, что установление и поддержание межличностных отношений играют ведущую роль в жизни женщин и что их прерывание может привести к утрате самоуважения или вызвать другие негативные эмоции. Это также свидетельствует о том, что для женщин важно поддерживать отношения со своими детьми; и что позитивная социальная поддержка может сыграть важную роль в лечении женщин от потребления психоактивных веществ. Лечебные программы для женщин должны включать компоненты и материалы, которые позволяют женщинам взглянуть на свои отношения в прошлом и настоящем и научиться устанавливать и поддерживать здоровые отношения. Более подробно теория межличностных отношений и ее применение в лечении женщин от злоупотребления психоактивными веществами описаны в других публикациях [4, 19, 32, 33, 34, 35]. Способы и приемы, используемые для оказания помощи женщинам в анализе своих отношений, подробно рассматривает Наявитц [36].

Наряду с конкретными программными компонентами и временем, необходимым для того, чтобы женщины могли проанализировать свои межличностные отношения и вопросы, связанные с просвещением своего партнера или членов семьи, семейной терапией, обеспечением ухода за детьми по месту лечения или временем на посещение членами семьи, еще одним способом признания важности существующей системы межличностных отношений и оказания женщинам поддержки в этой области являются просвещение родителей и групповая терапия.

Теория межличностных отношений и ее включение в программы лечения женщин противопоставляется популярной в 1980-х годах точке зрения о том, что женщины и другие члены семьи наркомана страдают созависимостью. Члены семьи, страдающие созависимостью, также нуждаются в лечении, с тем чтобы они могли изменить дисфункциональный характер семьи и выработать навыки психологической адапта-

ции. Поэтому считалось, что роль женщины в качестве "опекуна" является негативной.

Групповая терапия

Групповая терапия может помогать женщинам строить межличностные отношения с другими женщинами. Судя по некоторым исследованиям, к групповой терапии женщины прибегают чаще, чем мужчины. Исследования также показывают, что эффективность групповой терапии в смешанных группах ниже, чем в группах только для женщин, что вполне объяснимо, так как в смешанных группах женщины составляют, как правило, меньшинство и, вероятнее всего, не смогут поставить и обсудить волнующие их вопросы, так как мужчины и женщины по-разному ведут себя в ходе группового обсуждения. Мужчины, как правило, доминируют и чаще прерывают выступающего, а женщины склонны больше прислушиваться к мнениям мужчин – членов группы, а в некоторых случаях конкурируют между собой за их внимание. В смешанных группах женщины, которые злоупотребляли или злоупотребляют психоактивными веществами, могут чувствовать себя особенно уязвимо.

В случаях, когда на лечение поступают лишь несколько женщин и их числа недостаточно для создания отдельных женских групп, следует определить условия включения женщин в совместные группы. Например:

- включать женщин в группы с мужчинами только тогда, когда их число составит определенную долю группы, например 30 процентов, и не допускать, чтобы в группе была только одна женщина;
- назначать для работы в совместных группах терапевтов мужчину и женщину; или
- предоставлять индивидуальную помощь женщинам в случае отсутствия соответствующей группы.

Сопутствующие расстройства психического здоровья

Сопутствующие расстройства психического здоровья, в частности волнение и депрессия, посттравматическое нервно-психическое расстройство, расстройства питания (особенно булимия и булимическое поведение), фобии и некоторые личностные расстройства (например, пограничные личностные расстройства), как правило, чаще возникают у наркозависимых женщин, нежели у мужчин. Консультантам следует использовать скрининг, чтобы выявить проблемы, связанные с психическим здоровьем, и при наличии ресурсов направлять пациентов на соответствующие анализы, диагностику и специализированное лечение. Они должны также знать, что последствия потребления психоактивных веществ (как на этапе потребления, так и абстиненции) могут напоминать симптомы некоторых психиатрических расстройств и затруднять решение вопроса о том, связа-

на ли та или иная проблема с психическим здоровьем или это симптомы потребления наркотиков. Помочь в этом может абстиненция в течение определенного периода времени. Кроме того, употребление даже незначительного количества психоактивного вещества может лишь усложнить некоторые проблемы, связанные с психическим здоровьем. На вероятность диагностирования того или иного психиатрического расстройства влияют также культурные нормы, в том числе гендерного характера.

Женщины, страдающие наркозависимостью и психическими расстройствами, часто не получают надлежащей помощи. Проблема наркозависимости может быть не выявлена и, как следствие, не устранена системой психиатрической помощи, а психические расстройства не входят в компетенцию наркологической системы. Исследования показывают, что наркозависимые пациенты с психическими расстройствами чаще прерывают лечение и хуже ему поддаются.

В интересах исправления такого положения в недавно разработанных руководящих принципах [37] лечения наркозависимых с психическими расстройствами рекомендуется решать обе проблемы в рамках комплексного плана лечения, независимо от того, проводится ли терапия одновременно или последовательно и осуществляется ли она в рамках одной программы или на основе координации различных программ. В настоящее время проводятся исследования комплексных методов лечения распространенных среди наркозависимых женщин психических расстройств, включая связанные с посттравматическим стрессом и пограничные личностные расстройства [36, 38, 39].

В рамках программ, касающихся женщин с наркозависимостью, следует также уделять внимание тому факту, что многие женщины прошли по крайней мере через одно травматическое событие в своей жизни, и если вызванные травмой проблемы останутся нерешенными, то у них может развиваться расстройство, связанное с посттравматическим стрессом, или другие нарушения настроения или проявления повышенной тревожности (которые могут сочетаться с посттравматическим стрессом). После травмы потребление психоактивных веществ может увеличиться или же они могут использоваться для самолечения при симптомах расстройства, связанного с посттравматическим стрессом. В случае прекращения потребления психоактивных веществ симптомы посттравматического стресса могут повторяться или усиливаться, что повлечет за собой рецидив и может привести к отказу от лечения. Потребление психоактивных веществ может также сделать женщин более уязвимыми к повторной виктимизации и травматизации.

Посттравматический стресс (ПТС) возникает после травматического события или событий, связанных с реальной или возможной кончиной либо серьезным

увечьем пациента или других лиц, включая сексуальное надругательство, при которых пациент испытал сильный страх, чувство незащитности и ужас. Для ПТС характерны три вида симптомов:

- *повторное переживание события*, сопровождающееся повторными галлюцинациями, кошмарами или физиологической реакцией на воспоминания;
- *избегание людей или предметов*, способных вызвать навязчивые мысли о событии, включая оцепенение, деперсонализацию и замкнутость;
- *перевозбуждение*, выражающееся, например, в повышенной настороженности, вздрагиваниях или повышенной агрессивности, а также в нарушении сна или концентрации.

Из специальной литературы следует, что в отличие от наркозависимых мужчин зарегистрировано больше случаев, когда женщины с наркозависимостью, особенно в детстве, становились жертвами жестокого обращения и сексуального надругательства, а также страдали ПТС. Хотя большая часть появившейся в последнее время специальной литературы по травмам, ПТС и проблемам потребления психоактивных веществ связана с жестоким обращением и сексуальным надругательством, некоторые пациенты получили серьезные травмы в ходе конфликтов или войн. Это относится к некоторым афганским женщинам, охваченным тематическим исследованием, о котором говорится в главе 4.

Терапия последствий травматического опыта женщин все больше рассматривается в качестве ключевого аспекта предоставления услуг с учетом гендерных особенностей. Существенно важно, чтобы при предоставлении услуг женщинам создавались безопасные условия и пострадавшие женщины обучались тому, как себя вести непосредственно при возникновении травматических симптомов и ПТС. В то же время следует осторожно подходить к разработке программ, касающихся травм, поскольку в специальной литературе указано, что, когда неподготовленные сотрудники стараются решать проблемы сексуального надругательства над детьми и просят женщин подробно рассказать о своих переживаниях, без оказания им соответствующей поддержки, рецидивы более вероятны, чем в тех случаях, когда эти проблемы совсем не рассматриваются [8].

Хотя большинство наркологических служб не обладают специалистами и ресурсами для оказания специализированной консультативной помощи в целях устранения последствий травм и ПТС, их работа была бы более эффективной, если бы они были "информированы о травмах", т. е. располагали бы информацией о насилии в отношении женщин и последствиях травм. Такие службы:

- признают, что их пациенты могли пережить травму и имеют отношение к потреблению психоактивных веществ;

- избегают инициирования травматических реакций и/или нанесения травмы пациенту;
- строят поведение консультантов, других сотрудников и организаций таким образом, чтобы поддержать способность пациента справиться с ситуацией;
- предоставляют возможность пережившим травму успешно справиться со своими травматическими симптомами путем предоставления им информации/проведения с ними разъяснительной работы, с тем чтобы они могли получить пользу от наркологического лечения.
- включение подходов и процедур, связанных с отказом от курения, в программные области;
- оценка потребления табака в качестве составной части общей оценки потребления психоактивных веществ;
- предоставление информации и просвещение по вопросам последствий курения для здоровья;
- проведение на дому или с помощью направления на лечение целенаправленных программ для женщин по отказу от курения.

В ходе обсуждений на совещании в Вене была высказана мысль о том, что в ситуациях, когда сотрудники не получили соответствующей подготовки, а у пациента обнаруживается травма, сотрудники должны для валидации опыта пациента проявлять сочувствие и применять базовые навыки психотерапии, умение выслушивать и утешать. (См. Ковингтон [3], Финкельштейн [40] и Хиберт-Мерфи и Лойткиу [41] по вопросу о возможностях решения проблем, связанных с травмами и потреблением психоактивных веществ.)

Преращение курения

Курение является вопросом, имеющим как организационные, так и терапевтические аспекты. Число курящих среди потребляющих другие психоактивные вещества с ущербом для своего здоровья весьма высоко. Кроме того, по данным Всемирной организации здравоохранения, на фоне сокращения числа курящих среди мужчин число курящих женщин, если только не будет достигнуто крупных изменений в вопросах профилактики этой вредной привычки и отказа от нее, на протяжении XXI века будет еще долго возрастать. Среди курильщиков гораздо больше распространены серьезные проблемы со здоровьем и преждевременная смерть, чем среди некурящих, и есть основания считать, что если говорить о последствиях для здоровья, связанных с курением, то женщины, возможно, более уязвимы, нежели мужчины. Примерно одна из пяти беременных женщин курит, а курение во время беременности может причинить вред плоду. Вместе с тем появляются свидетельства того, что методы и программы прекращения курения вполне могут быть включены в программы лечения зависимости от других психоактивных веществ. Оказание помощи женщинам в их желании бросить курить тем более крайне важно потому, что, как показывают исследования, женщинам труднее бросить курить, нежели мужчинам. Отказ от курения может снизить риски рецидива и повысить возможности выздоровления. В рамках соответствующих программ могли бы, в частности, быть рассмотрены следующие подходы и методы:

К эффективным мерам относятся поведенческая групповая терапия и никотинозамещающая терапия, хотя оценки воздействия последней на беременных женщин не проводилось [42].

Фармакологические меры

Препараты, используемые при лечении наркозависимости, действуют различным образом. Агонистические препараты относятся к тому же классу, что и проблемные психоактивные вещества, но имеют более продолжительное время действия. Они могут снимать симптомы при воздержании и навязчивом желании приема наркотика; например, метадон используется для лечения зависимости от героина и других опиоидов. Препараты-антагонисты блокируют подкрепляющий эффект (эйфорию), связанный с потреблением проблемных психоактивных веществ; например, в случае опиоидной зависимости используется налтрексон. Бупренорфин является частичным агонистом, поскольку может вызвать как агонистический, так и антагонистический эффект. При аверсионной терапии препарат вызывает неприятную реакцию, если одновременно с ним применяется проблемное психоактивное вещество, например, если клиент пьет при принятии дисульфирама (антабус®).

Опиоидная зависимость

Лечение, основанное на опиоидном замещении, встретило в научной литературе широкую поддержку как эффективное фармакологическое лечение в целях ограничения потребления незаконных психоактивных веществ и устранения связанных с этим проблем, таких как передача ВИЧ и гепатита, смерть от передозировки и преступная деятельность, а также для улучшения жизненных функций. Заместительная терапия является оптимальным видом лечения для беременных женщин. Наиболее часто используемыми заместителями наркотических средств для целей фармакологического лечения от опиоидной зависимости являются метадон и бупренорфин. Эти средства могут также использоваться для дезинтоксикации, хотя, если меры по дезинтоксикации не сопровождать психосоциальной терапией, случаи рецидивов бывают весьма частыми. В некоторых странах

для лечения опиоидной зависимости используются также налтрексон, морфин пролонгированного действия и кодеин. Левоалфацетилметадол (ЛААМ), форма метадола, имеющая пролонгированное действие, недавно был изъят из употребления в Австралии, Европе и Соединенных Штатах в силу его возможно негативного воздействия на сердце.

Лечение опиоидным замещением должно дополняться другими услугами, связанными с конкретными потребностями женщин в медицинском лечении, дорожном уходе, наркологическом и психосоциальном лечении, и уделением внимания таким практическим вопросам, как уход за детьми, транспорт, обеспечение безопасным жильем и информационно-разъяснительная работа. Принятие таких мер может продлить действие положительного эффекта от лечения. Например, в одном из исследований Бартоломеу и его коллегами [43] сделан вывод о том, что участие женщин в семинаре, на котором рассматривались проблемы уверенности в себе и сексуальности, положительно отразилось на продолжительности лечения метадоном.

Психосоциальная терапия особенно важна для женщин, жизненные обстоятельства которых сказываются на их способности стабилизировать потребление ими психоактивных веществ; в качестве примера таких обстоятельств можно привести насилие со стороны партнера, занятость в секс-индустрии, полинаркомания, небезопасное парентеральное введение наркотиков и незащищенные половые контакты. Сотрудники программ наркологической помощи должны работать в тесном контакте с прописывающими лекарства врачами и/или отпускающими лекарства медицинскими учреждениями для обеспечения того, чтобы клиенты получали скоординированное и последовательное лечение.

В клиниках, проводящих лечение методом опиоидного замещения, следует учитывать вопрос физической и психологической безопасности, особенно в том случае, если партнер женщины или другой мужчина, играющий важную роль в ее жизни, также проходит лечение в этой же клинике. Поскольку процедура лечения опиоидным замещением может потребовать ее ежедневного посещения, в соответствующих программах следует особо обращать внимание на такие вопросы, как необходимость присмотра за детьми, транспорт и гибкие часы работы, особенно в отношении женщин, сочетающих работу и выполнение семейных обязанностей, в частности по уходу за ребенком.

Поддерживающее лечение метадоном

Поддерживающее лечение метадоном является, вероятно, наиболее широко используемой заместительной терапией в отношении людей с зависимостью от опиоидов. Более успешные результаты достигаются

при более длительном лечении, особенно при условии правильной дозировки лекарственных средств и возможности получать консультативную помощь. Проведенные исследования показали, что по сравнению с методами лечения, не применяющими опиоидное замещение, лечение метадоном оказалось более эффективным в том, что касается удержания проходящих лечение пациентов и сокращения потребления героина, нежели нефармакологические подходы [44]. В целом исследования показали, что поддерживающее лечение метадоном имеет одинаковые положительные последствия как для женщин, так и для мужчин.

Беременные женщины с опиоидной зависимостью должны получать первоочередной доступ к поддерживающему лечению метадоном, которое признано в качестве стандартного лечения. Хотя идеальным решением для беременных женщин, возможно, была бы дезинтоксикация, с ней связана очень большая степень вероятности рецидива, что ставит под угрозу здоровье матери и плода. Важно тщательно следить за уровнем метадола у беременных женщин для обеспечения надлежащей индивидуальной дозировки и недопущения преждевременного синдрома отмены и рецидива незаконного потребления наркотиков у женщин. В ходе третьего трехмесячного периода может возникнуть потребность в увеличении дозы или ее разделении на две ежедневные дозы в целях поддержания уровня метадола. Сокращение дозировки метадола среди женщин не снимает остроты проявления абстинентного синдрома в неонатальный период. Метадон может также безопасно применяться кормящими матерями. Поддерживающее лечение беременных женщин метадоном имеет следующие преимущества, особенно если оно предоставляется в рамках других необходимых услуг, таких как дорожное наблюдение [42, 45]:

- оно представляет собой безопасное потребление опиоидов под наблюдением врачей;
- лечение носит более непрерывный характер;
- могут быть предоставлены такие услуги, как дорожное наблюдение, лечение от ВИЧ и других заболеваний, передаваемых через кровь;
- достигаются лучшие результаты как для матери, так и для плода;
- предоставляется возможность для подключения к замещающему лечению метадоном партнеров, потребляющих психоактивные вещества;
- существует большая вероятность того, что мать сможет ухаживать за младенцем;
- такое лечение является недорогостоящим.

Бупренорфин

В некоторых странах, например во Франции, бупренорфин используется шире, чем метадон. Некоторые практикующие врачи предпочитают его применять при лечении более молодых пациентов, и с ним свя-

зываются определенные надежды в отношении его использования для лечения беременных женщин. Последние исследования показали, что в неонатальный период бупренорфин дает менее интенсивные симптомы отмены, чем метадон. В обзоре Библиотеки Кокрейна [46] делается вывод о том, что бупренорфин является эффективным средством поддерживающего лечения опиоидной зависимости, по своей эффективности он не превосходит метадон, если последний принимается в правильной дозировке. Некоторые исследования, в которых сравниваются бупренорфин и метадон, указывают на более высокие показатели непрерывности лечения и более низкие показатели потребления незаконных наркотиков среди женщин, проходящих поддерживающее лечение бупренорфином. В ряде стран (например, в Австралии и Соединенных Штатах) бупренорфин был одобрен в качестве препарата для опиоидного замещения, который можно принимать на работе.

Зависимость от стимуляторов амфетаминового ряда

На данный момент не существует достаточных свидетельств эффективности какого-либо препарата для лечения зависимости от кокаина или амфетамина, однако были проведены определенные исследования использования антидепрессантов для лечения при отказе от потребления кокаина.

Проблемы беременных женщин и женщин, воспитывающих детей

Из специальной литературы следует, что для женщин с проблемами потребления психоактивных веществ существует большая вероятность ухаживания за находящимися на их иждивении детьми, чем для мужчин, и отсутствие ухода за детьми, возможно, является одним из самых серьезных препятствий для охвата женщин соответствующим лечением. Беременность не только связана с несопоставимой ни с чем опасностью для здоровья матери и плода, но и дает единственную в своем роде возможность для вмешательства, поскольку она нередко сопровождается высокой мотивацией и озабоченностью состоянием плода. Беременные женщины, потребляющие психоактивные вещества, зачастую сталкиваются с самыми различными жизненными проблемами, в том числе с проблемами физического здоровья, связанными с ВИЧ, гепатитом и другими заболеваниями, передаваемыми через кровь; болезнями, передаваемыми половым путем; недоеданием и нехваткой витаминов или минералов; проблемами эмоционального или психического здоровья, связанными, например, с низким самоуважением, тревожностью и депрессией или травмой. Кроме того, они могут проживать в условиях жестокого обращения со стороны своих близких и иметь членов семьи с проблемами потребления пси-

хоактивных веществ. Среди них встречаются бездомные и проживающие на улице, а для некоторых может быть характерно такое сопряженное с повышенным риском поведение, как парентеральное введение наркотиков или незащищенные половые контакты.

Привлечение к лечению беременных женщин и женщин, воспитывающих детей, и поддержание такого лечения требуют тесного сотрудничества со стороны работников по оказанию помощи, особенно тех, кто лечит от злоупотребления психоактивными веществами, занимается дородовым наблюдением и оказывает социальные услуги детям. У этих различных секторов имеется различный круг ведения, и они могут также по-разному понимать и подходить к женщинам с проблемами потребления психоактивных веществ, которые являются беременными и обеспечивают основной уход за детьми, находящимися на их иждивении. Для преодоления этих препятствий наркологические учреждения должны рассмотреть вопрос о выработке соглашений или надлежащих процедур между собой и с другими секторами, в которых был бы прописан порядок их совместной работы по удовлетворению потребностей их общих клиентов. Разработка таких соглашений может также представлять собой процесс обучения, помогающий каждому сектору лучше понять возможности другого и его подходы к лечению. Она предоставляет возможность обсудить правовые и этические вопросы, а также другие стратегии, такие как совместная подготовка специалистов для преодоления встречающихся препятствий и расширение сотрудничества.

Принятие надлежащих мер в отношении беременных женщин, потребляющих психоактивные вещества, может уменьшить потребление психоактивных веществ и улучшить результаты родов. Исследования результатов работы с другими контингентами лиц, потребляющих психоактивные вещества, показали, что важнейшим фактором, способствующим положительным результатам лечения, являются не условия осуществления программы, а количество часов, проведенных при осуществлении программы в контакте с клиентами. Однако одни беременные женщины могут быть не готовы или не способны прекратить потребление психоактивных веществ, а другие могут не потреблять их во время беременности, но быть неготовыми к тому, чтобы продолжать абстиненцию после родов. Контакты на ранних стадиях беременности увеличивают возможность создания доверительных отношений при лечении, а также убеждения женщин измениться для самих себя, а не только для того, чтобы иметь здорового ребенка. Лица, предоставляющие услуги по дородовому наблюдению, могут способствовать созданию доверительных отношений на ранней стадии, показывая женщинам, как развивается плод, путем использования ультразвука.

Проведенные исследования также показали, что матери, которые продолжают заботиться о своих детях

ВСТАВКА 20**КЛЮЧЕВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ УСЛУГ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ОЦЕНКИ ПРОГРАММ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫМ**

Ниже перечисляются ключевые вопросы, разработанные на основании программ, финансируемых правительством Соединенных Штатов в рамках Программы оказания помощи женщинам во время беременности и после родов и их младенцам [47, 48].

- Уважительный подход к предоставлению услуг, при котором рассматриваются вопросы, связанные с женским стыдом и виной, потерей контроля над своей жизнью и недоверием к системам их изучения, путем создания таких условий, при которых не даются оценки, а развивается взаимодействие, проводится работа по наделению женщин возможностями и в основу кладутся сильные стороны женщин.
- Всестороннее и практическое наблюдение, при котором лечение злоупотребления психоактивными веществами сочетается с целым рядом таких услуг, как дородовое наблюдение, медицинское обслуживание, обучение вопросам воспитания детей, планирование размера семьи, уделение внимания питанию и потребностям в жилье и консультирование по вопросам насилия или взаимоотношений с окружающими, а также оказывается практическая поддержка, например по вопросам оплаты расходов на сиделок для детей и проезд в лечебные учреждения. Эффективности программы способствует также применяемый подход, при котором женщинам оказывается поддержка в тех аспектах их жизни, в которых они хотят добиться изменений к лучшему, и им предоставляется сразу целый комплекс надлежащих услуг.
- Межучрежденческое сотрудничество и координация в интересах привлечения женщин к лечению, их устойчивого участия в программе и оказания им комплекса необходимых услуг. В процессе межучрежденческого сотрудничества и координации могут решаться вопросы, связанные с различиями в подходах к предоставлению услуг, развитием совместной подготовки специалистов, коллективным использованием ресурсов, совместным планированием и, в частности, поощрением взаимодействия между системами наркологической помощи, социальной помощи детям и патронажа.
- Широкий и гибкий подход к обеспечению непрерывности процесса лечения, включая оказание поддержки женщинам при поступлении, повторном поступлении на лечение и его завершении.
- Проведение информационно-разъяснительной работы в целях преодоления таких психологических барьеров, как стыд и страх, и ознакомление беременных женщин с предоставляемыми услугами на основе личного контакта, например в ходе пропагандистских мероприятий на улицах или в рамках взаимодействия с другими структурами, оказывающими соответствующие услуги. Важными факторами, способствующими тому, чтобы женщины следовали курсу лечения и достигались благоприятные результаты, являются работа с клиентами на дому и оплата транспортных расходов.
- Наблюдение за больными и гибкий график, что может включать визиты на дом, контакты по телефону, разъяснительную работу специалистов или людей из той же среды, оказание помощи с транспортом и прохождением необходимых процедур, позволяющие женщинам поступать и повторно поступать на лечение и учитывающие их другие потребности, например связанные с посещением врача или служб, оказывающих социальную помощь детям.
- Уделение внимания семейным вопросам путем охвата при лечении женщин, детей и партнеров и оказания женщинам помощи в принятии решений о воссоединении или разрыве с теми, с кем они жили раньше, является существенно важным компонентом предоставления эффективных услуг беременным женщинам и женщинам, воспитывающим детей.
- Продолжение оказания поддержки или последующее наблюдение существенно важны для женщин в силу тех многих изменений, с которыми они сталкиваются после интенсивной фазы лечения. Сюда следует отнести формирование новых социальных связей, вопросы отношений с родственниками, изменения в семейной роли, работа над тем, чтобы не допустить рецидива, и т. д.

и/или находятся на лечении вместе с ними, проходят более длительное лечение, чем матери, отлученные от своих детей, и большинство исследований указывают на существенную связь между непрерывностью лечения и позитивными результатами.

Во вставке 20 на основе результатов исследований в рамках Программы оказания помощи женщинам во время беременности и после родов и их младенцам Центра по лечению злоупотребления психоактивными веществами Соединенных Штатов описаны некоторые важнейшие элементы надлежащих услуг бере-

менным женщинам и женщинам, воспитывающим детей.

Передача ВИЧ и гепатита от матери к ребенку

Беременные женщины часто обращаются за лечением с целым рядом проблем со здоровьем, включая ВИЧ и гепатит. Во вставке 21 приводятся руководящие принципы, разработанные Университетской больницей в Вене для снижения риска передачи ВИЧ и вируса гепатита С от матери к ребенку.

ВСТАВКА 21

СНИЖЕНИЕ РИСКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ И ВИРУСА ГЕПАТИТА С ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

В Университетской больнице Вены предоставляются амбулаторные услуги беременным женщинам, потребляющим психоактивные вещества, через клинику факультета общей психиатрии, занимающуюся вопросами беременности и наркомании. Она разработала следующие руководящие принципы для беременных женщин с ВИЧ и гепатитом С [42]:

1. ВИЧ:

- запланированное родоразрешение путем кесарева сечения: 38-я неделя
- антиретровирусное лечение (с учетом наркотиков/взаимодействия между наркотиками)
 - во время беременности (после 14-й недели: роды)
 - для новорожденных с негативной ВИЧ-реакцией: 4 недели лечения с позитивной ВИЧ-реакцией: непрерывное лечение
- кормление грудью исключается

2. Гепатит С:

- нормальные роды
- кормление грудью возможно в зависимости от вирусной нагрузки
- во время беременности или кормления грудью начальное лечение от гепатита С не осуществляется

Тематические исследования

В описанных ниже тематических исследованиях приводятся различные модели программ, ориентированных на потребности беременных женщин и женщин, воспитывающих детей. Большинство программ, за исключением осуществляемой в Кении, предназначены только для женщин. Они также представляют различные уровни и виды медицинских услуг: по линии амбулаторных медицинских учреждений (поддерживающее лечение без применения наркотиков и поддерживающая заместительная терапия), стационарных лечебных учреждений и психотерапевтических клиник.

Австралия: Дезинтоксификация и стационарное лечение женщин с детьми

Название: "Джарра-хаус"
Страна: Австралия
Контактное лицо: Барбара Рич
Контактная информация: P.O. Box 6026 Adelaide, Malabar, New South Wales 2046
Телефон: +(61) 296616555
Факс: +(61) 2996 16595
Эл. почта: info@jarrahhouse.com.au
Веб-сайт: www.jarrahhouse.com.au
Статус: неправительственная организация; непрерывное финансирование; срок деятельности: 20 лет

Справка

В Австралии отсутствовали услуги для женщин, и женщины не могли получить доступ к лечению, если

они не могли оставить своих детей дома (в силу отсутствия учреждений по уходу за детьми). Кроме того, многие женщины, сталкивавшиеся с насилием или сексуальным домогательством в быту, не хотели обращаться в лечебные учреждения, где принимали и мужчин, и женщин.

Цели

Цели состоят в медицинской дезинтоксификации и краткосрочной реабилитации женщин и их детей.

Мероприятия

Начало осуществления проекта. На первой конференции по вопросу о женщинах и наркотиках, состоявшейся в Аделаиде, была выявлена необходимость такого вида обслуживания. Руководящий комитет непосредственно вышел на одного из министров правительства и получил субсидию. После положительного рассмотрения этого вопроса непрерывное финансирование было предоставлено департаментом здравоохранения штата и соответствующим федеральным министерством. Серьезная проблема состояла в том, чтобы найти соответствующее здание. В этом году "Джарра-хаус" получил целевую субсидию на строительство.

Программа лечения. "Джарра-хаус" представляет собой стационарное лечебное учреждение с 12 койками для пациентов, проходящих дезинтоксификацию, и 12 койками для пациентов, проходящих реабилитацию. Курс дезинтоксификации составляет 21 день, курс реабилитации – шесть недель. В программу входят: наблюдение за больными, семейная терапия, предоставление индивидуальных консультаций, про-

грамма воспитания детей, когнитивная поведенческая терапия и работа амбулаторных психодинамических групп. Серьезное внимание уделяется таким распространенным проблемам, как бытовое насилие и сексуальное домогательство, а также выполнению родительских обязанностей. Программа придерживается социального взгляда на охрану здоровья, и для повышения содержательности программы при наблюдении за больными учитываются такие проблемы, как бедность, бездомность и оказание поддержки уходу за детьми. Клиенты привлекаются к оценке всех аспектов программы и участвуют во всех совещаниях по планированию для обеспечения того, чтобы она и далее откликалась на нужды групп клиентов.

Что касается женщин с детьми, то "Джарра-хаус" может разместить восемь детей в возрасте до восьми лет, чьи матери проходят курс дезинтоксикации или реабилитации. Некоторые из детей являются новорожденными, поступившими вместе со своими матерями непосредственно из неонатальной интенсивной терапии. Для беременных женщин в "Джарра-хаусе" обеспечиваются одновременное наблюдение различными специалистами, процедуры специального доступа для специализированного родового наблюдения, работа групп по воспитанию детей и индивидуальное наблюдение со стороны воспитателей детей дошкольного возраста и семейных врачей.

Обслуживаемые клиенты. Клиентами являются женщины в возрасте от 16 до 65 лет, причем без различия психоактивных веществ. Программа осуществляется на уровне штата, но, поскольку это единственная детоксикационная служба в Австралии, принимающая женщин с детьми, не отказывается в приеме и клиентам из других штатов.

Сотрудники. Все сотрудники являются женщинами, прошедшими подготовку по вопросам охраны здоровья женщин и другим проблемам, касающимся женщин.

Результаты/достижения

Среди достижений следует отметить: сокращение числа детей, изъятых из-под опеки их матерей; более высокие показатели непрерывности лечения, чем в среднем по стране; в три раза более высокое представительство коренного населения, чем в среднем по стране; принятие мер в отношении беременных женщин на более ранней стадии. Кроме того, индивидуальное наблюдение за больными и программа групповой терапии получили весьма высокий отклик со стороны клиентов, которые назвали их самыми полезными.

"Джарра-хаус" использует ряд методов для измерения воздействия своей программы, в том числе: национальный сбор данных, включающий демографическую статистику и информацию об отдельных случаях лечения; проведение собеседований через месяц по-

сле выписки с уделением особого внимания соблюдению данных при выписке рекомендаций и успеху выполнения этих рекомендаций; обзоры отзывов клиентов; создание групп по делам клиентов; проведение обследований клиентов. Оценка программы также проводилась независимыми исследователями [8] с использованием квазиэкспериментальных проектов.

Проблемы

На системном уровне самой большой проблемой обслуживания женщин, которые являются беременными или имеют детей, является сохранение терапевтического нейтралитета в условиях, когда направляется уведомление об обязательной защите детей и оказывается давление со стороны Департамента по обслуживанию общин. Успеху в разрешении этих проблем способствовали письменные материалы, подробно разъясняющие различные проблемы защиты детей, индивидуальное наблюдение за больными, организация совещаний с учреждениями по защите детей и создание эффективных партнерских связей с такими учреждениями.

К другим системным проблемам относятся нехватка медицинских специалистов и отсутствие непрерывности наблюдения за женщинами из отдаленных географических районов.

Кроме того, предоставляемые услуги пользуются огромным спросом, и одной из проблем являются сроки ожидания, а также ограниченное число мест для размещения детей. В "Джарра-хаусе" имеется лист ожидания, и сотрудники поддерживают ежедневные контакты с возможными будущими клиентами для предоставления соответствующей поддержки. Действует также система уделения приоритетного внимания клиентам из группы повышенного риска. "Джарра-хаус" также разработал меморандумы о взаимопонимании с учреждениями, направляющими на лечение.

На уровне клиентов одной из основных проблем является профилактика рецидивов среди малообеспеченных женщин, поскольку программа не занимается вопросами предоставления жилья, ухода за детьми и т. д. В рамках программы делаются попытки решить эти вопросы с помощью вынесения более проработанных рекомендаций при выписке и обеспечения непрерывности наблюдения, с тем чтобы повысить вероятность получения клиентами доступа к соответствующим ресурсам в своих собственных общинах. "Джарра-хаус" также создал на уровне общины группу из своих бывших подопечных и принимал меры по установлению связей со службами оказания социальной помощи и обеспечения жильем.

Накопленный опыт

Женщины нуждаются в специализированном лечении для удовлетворения своих особых нужд.

Бразилия: Программа амбулаторного лечения, предназначенная только для женщин

Название: Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (Drug-Dependent Women Treatment Center) (PROMUD), Institute of Psychiatry, Clinic Hospital, São Paulo University Medical School
Страна: Бразилия
Контактное лицо: Патрисия М. Хохграф/Сильвия Бразилиану
Контактная информация: PROMUD-IPq-HC-FMUSP-R. Dr. Ovidio Pires Campos, s/n-3 andar-Cerqueira Cesar-05403-010, São Paulo, SP, Brazil
Телефон: +(55) (11) 3069-6960
Факс: +(55) (11) 3069-6960
Эл. почта: hochgrafp@uol.com.br или promud@hcnet.usp.br
Статус: правительственная организация с непрерывным финансированием; срок деятельности: 7 лет

Справка

Программа была создана в 1996 году на основе опыта работы с людьми, сталкивающимися с проблемами потребления психоактивных веществ. Исследование конкретных особенностей бразильских женщин с проблемами потребления психоактивных веществ и обзор специальной литературы Бразилии и других стран показали, что женщины имеют особые потребности и получают большую пользу от терапевтических услуг, предназначенных только для женщин. На то время в Бразилии такой программы для женщин не существовало.

Цель

Цель состоит в обеспечении бесплатного лечения женщин с учетом их гендерных особенностей.

Мероприятия

Программа лечения. Бразильская Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) является программой амбулаторного лечения с учетом гендерных особенностей. Стационарное лечение с учетом гендерных особенностей предоставляется женщинам с серьезными медицинскими или психиатрическими проблемами или женщинам, которые отказываются от амбулаторного лечения. Женщины могут сами обратиться за лечением, их может направить на лечение Психиатрический институт, в состав которого входит PROMUD, или же другие отделения больницы, обслуживающей главным образом население с низким доходом. После направления на лечение женщины проходят индивидуальное обследование. В рамках программы имеются возможности для приема до четырех новых клиентов в неделю. Для того чтобы быть принятыми, у женщины должна быть диагностирована зависимость от психоактивных веществ на основании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV).

PROMUD сочетает когнитивно-поведенческие подходы к некоторым аспектам лечения, таким как профилактика рецидивов, с психодинамическими подходами для оказания женщинам помощи в изучении своих более глубоких эмоций и своего горя и в изыскании ненаркотических способов справиться с такими состояниями, как ярость или депрессия. Составными частями лечения являются медико-психиатрическая терапия и направление, в случае необходимости, к специалистам, еженедельное посещение в течение периода до трех-четырех лет группы психотерапевтического лечения, занятия в группе психотерапии на основе художественного творчества, предоставление консультаций по питанию, занятие видами деятельности, связанными с физической нагрузкой, предоставление консультаций по правовым вопросам, создание группы для беременных женщин и их партнеров, а также осуществление плана принятия на ранней стадии мер в интересах женщин с детьми (в силу нехватки финансовых средств два последних вида деятельности временно не осуществляются). Большинство этих мероприятий проводятся еженедельно или раз в две недели.

В рамках программы стационарного лечения предоставляются психиатрическое наблюдение, индивидуальная психотерапия, семейная психотерапия, индивидуальная производственная терапия и проводится диетологическое консультирование женщин с сопутствующими нарушениями в питании. В рамках PROMUD имеются также научно-исследовательский отдел и программа обучения, включая курсы для лиц с высшим образованием.

Сотрудники. В рамках программы работает многопрофильная группа специалистов. Первым шагом при развертывании программы были набор многопрофильной группы психиатров, врачей-клиницистов, психолога, специалистов по трудовой терапии, диетологов и социальных работников и проведение их подготовки по наркологическим вопросам.

Клиенты. PROMUD предоставляет услуги женщинам с зависимостью от психоактивных веществ (согласно DSM-IV), достигшим возраста 18 лет и проживающим в районе большого Сан-Паулу.

Результаты/достижения проекта

В рамках программы PROMUD женщины с алкогольной зависимостью и зависимостью от наркотиков наблюдаются дольше, чем женщины, охваченные трех-, шести- и двенадцатимесячными программами с участием мужчин и женщин.

Семьдесят процентов женщин, прошедших курс лечения по программе PROMUD, продемонстрировали частичное или полное улучшение по всем показателям, сократили потребление алкоголя и других психоактивных веществ или стали абстинентами.

Проблемы

Одной из основных проблем является нехватка финансовых ресурсов, причем многие члены группы работают на добровольной основе; ощущается также нехватка помещений для ведения работы со всеми группами, которые в этом нуждаются.

Клиенты по-прежнему сталкиваются с факторами, препятствующими их доступу к программе. К таким факторам относятся страх дискриминации, который программа пытается преодолеть путем предоставления услуг только для женщин и подключения специально подготовленных сотрудников; страх потери опеки над своими детьми (в рамках программы обеспечиваются услуги юриста, специализирующегося на вопросах консультирования женщин) и отсутствие средств для оплаты расходов на проезд до PROMUD, который расположен в центре большого города Сан-Паулу.

Накопленный опыт

Было отмечено, что программа, предназначенная только для женщин, способствует привлечению к лечению женщин с зависимостью от наркотиков, однако женские программы могут сталкиваться с теми же предрассудками и с той же дискриминацией, с какой сталкиваются женщины-клиенты в своей повседневной жизни. Более того, существует потребность в таких программах, как PROMUD, в рамках которых подготовленная и мотивированная многопрофильная группа учитывает особые потребности женщин (питание, юридическая помощь и т. д.) и делается упор на амбулаторное лечение с применением психотерапии.

Программа PROMUD продемонстрировала успех подхода, при котором учитываются конкретные потребности женщин с зависимостью от психоактивных веществ, путем уделения внимания таким компонентам, как зависимость от психоактивных веществ, семейные, социальные и индивидуальные проблемы; создания групп психотерапии с участием только женщин; формирования большинства профессиональных сотрудников из женщин; и набора сотрудников с большой мотивацией.

Кения: Предоставление услуг женщинам в рамках программы стационарного лечения мужчин и женщин

Название: проект "Омари"
 Страна: Кения
 Контактное лицо: Сюзан Бекерлег
 Контактная информация: P.O. Box 438 Watamu, Malindi, Kenya
 Телефон: +(254) 733 591434
 Факс: нет
 Эл. почта: susan.Beckerleg@warwick.ac.uk или theomariproject@yahoo.com
 Статус: неправительственная организация с ограниченным во времени финансированием; срок деятельности: 9 лет

Справка

Причина развертывания проекта "Омари" состоит в том, что потребление героина вызывало большие страдания среди молодых людей и их семей в таких туристических центрах, как Малинди и Ватаму. Соответствующих услуг не было, и практически не было представления о том, как можно было бы лечить этих наркоманов. Проект ориентирован конкретно на лиц, потребляющих героин.

Цели

Цели состоят в оказании поддержки потребляющим героин кенийцам в освобождении от наркотической зависимости и профилактике инфицирования и передачи ВИЧ и других заболеваний, передаваемых через кровь и половым путем.

Мероприятия

Начало. Были получены средства на покупку земли для строительства стационарного лечебного центра, предназначенного для 20 пациентов (как мужчин, так и женщин). Этому предшествовали инициативы по профилактике наркомании среди молодежи при финансировании по линии Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и Британского совета.

Программа лечения. В рамках программы проводится бесплатная шестимесячная стационарная реабилитация. Она включает отказ от потребления героина, предоставление групповых и индивидуальных консультаций, проведение семейных семинаров и посещений, физические упражнения и подготовку к трудоустройству.

На пациентов с более длительным сроком пребывания, прошедших не менее трех месяцев курса лечения в рамках программы, ложится большая часть обязанностей по ведению ежедневных дел центра. Места в центре пользуются большим спросом, и всегда составляется лист ожидания. Осуществляется также информационно-разъяснительная программа, в рамках которой проводится последующая работа с прошедшими курс стационарного лечения и завязывающими контакты с лицами, недавно приобшившимися к героину, в целях направления их на лечение или охвата их услугами по ограничению ущерба. В рамках проекта "Омари" недавно были открыты два центра анонимной помощи, где предоставляются информация, консультации и услуги по направлению на лечение в связи с потреблением психоактивных веществ и проблемами сексуального здоровья.

Сотрудники. В стационарном центре работают 10 человек. Было трудно найти женщин, способных и готовых заниматься такой работой. В течение прошедших двух лет женщина-англичанка на добровольной основе предоставляла индивидуальные консультации женщинам, говорящим на английском языке. Перво-

очередное внимание уделяется набору дополнительных сотрудников из числа женщин, и в 2003 году удалось найти женщину для работы в качестве вспомогательного сотрудника. Она получила подготовку по работе с женщинами, потребляющими героин, и вопросам, связанным с тем, как подходить к их физическим, эмоциональным и социальным нуждам.

Клиенты. 90 процентов клиентов являются мужчинами, что отражает наблюдающееся в общине соотношение между мужчинами и женщинами, потребляющими героин. Клиентами обычно являются люди в возрасте от 20 до 40 лет, большинство из них мусульмане и потребляют героин, а также такие другие психоактивные вещества, как каннабис, кат, валиум® и другие препараты, выдаваемые по рецепту, и алкоголь.

Достижения/результаты

Информация местной общины и органов власти осуществлялась через проведение серии практикумов, которые организовывались для медицинских работников, сотрудников полиции, органов местного самоуправления, религиозных групп и женских групп в целях обеспечения их поддержки программы.

При осуществлении проекта был использован самый передовой международный опыт, адаптированный применительно к культурным условиям прибрежных районов Кении. Он представляет собой хорошо налаженную программу предоставления услуг людям, семьи которых не могут заплатить за лечение.

Женщины, потребляющие героин, знают, что они могут воспользоваться соответствующими услугами и не будут при этом подвергнуты осуждению или дискриминации. Был принят гибкий подход к индивидуальным нуждам женщин; например, принимались на лечение беременная женщина и женщина с новорожденным ребенком.

Были установлены связи с местной неправительственной организацией, обеспечивающей возможности профессиональной подготовки для "женщин в беде", главным образом для женщин, занятых в секс-индустрии.

Со времени начала осуществления программы стационарного лечения наблюдалось значительное изменение отношения со стороны сотрудников, которые теперь стремятся уделять первоочередное внимание нуждам женщин, потребляющих героин.

Проблемы

Для повышения эффективности проекта необходимо преодолеть ряд препятствий. Например, потенциальные источники финансирования должны признать наличие серьезной проблемы злоупотребления героином в прибрежных районах Кении, причем особые потребности ощущаются не в профилактике, а в не-

прерывном предоставлении услуг, поскольку вопросы охраны здоровья лиц, потребляющих героин, не встречают широкой поддержки; ощущаются потребности в подготовке специалистов, особенно женщин, для работы в Кении с лицами, потребляющими героин; необходимо преодолеть сопротивление местной общины тому, чтобы соответствующие услуги предоставлялись не только мужчинам, но и женщинам.

В целом женщины, употребляющие героин, сталкиваются с более жесткой дискриминацией, нежели мужчины. Некоторые члены общины считают таких женщин подрывающими моральные устои и антисоциальными и придерживаются мнения о том, что лечение женщин имеет менее важное значение по сравнению с лечением мужчин. В силу этого женщины, потребляющие героин, зная о возможности воспользоваться соответствующими услугами, не решаются обратиться за медицинской помощью и поступить на лечение в стационар.

Накопленный опыт

Основной вывод состоит в том, что отсутствие возможностей трудоустройства препятствует успешному завершению курса лечения. Следует также отметить медленное изменение поведения и необходимость оказания последующей поддержки после завершения программы.

Швеция: Терапевтическая программа на уровне общины, предназначенная только для женщин

Название: Sofia behandlingshem

Страна: Швеция

Контактное лицо: Лотта Ланне

Контактная информация: S:a Grängesbergsgat 43, 214 48 Malmö, Sweden

Телефон: +(46) (40) 345576

Факс: +(46) (40) 345571

Эл. почта: lotta.lanne@malmo.se

Веб-сайт: www.malmo.se/sofia (Швеция)

Статус: правительственная организация с непрерывным финансированием; срок деятельности: 14 лет

Справка

В 1980–1990 годах в Швеции было проведено несколько научных исследований с целью изучения различных программ лечения. Эти исследования показали, что при лечении наркозависимых женщин в рамках смешанных программ для мужчин и для женщин достигаются недостаточно удовлетворительные результаты, поскольку лечение завершают менее 20 процентов женщин. На основании выводов этих исследований правительство выделило городу Мальмё средства для изучения потребности в разработке целевой лечебной программы для женщин, и в 1990 году было начато осуществление программы "София".

Цели

Управление служб социальной помощи южных районов в Мальмё в 1990 году определило следующие цели программы "София":

- оказание женщинам помощи в излечении от наркозависимости и в решении связанных с ней проблем, с тем чтобы они могли жить без наркотиков;
- обеспечение раннего медицинского вмешательства, поскольку оно благотворно влияет на самую беременную женщину и на ее ребенка;
- выработка у женщин эффективных навыков формирования позитивных взаимоотношений со своими детьми, партнерами, родственниками, друзьями и другими близкими людьми на основе целостного подхода;
- оказание женщинам помощи в максимальной реализации своих способностей как основы самостоятельной жизни в обществе;
- расширение границ психосоциальной терапии женщин и дальнейшее развитие знаний в этой области.

Мероприятия

Начальный этап проекта. В 1989 году и в 1990 году, соответственно, были наняты директор и заместитель директора для организации планирования программы "София" и набора сотрудников. С целью привлечения к осуществлению лечебной программы служб социальной помощи с участием их представителей была сформирована референтная группа. Директор также провел встречи с политическими деятелями и руководителями муниципальных социальных служб, чтобы они тоже внесли свой вклад в становлении программы. Впоследствии эти контакты оказались весьма полезными. Во время планирования и осуществления программы "София" проблема медицинской помощи женщинам была "злободневным" вопросом, которому уделялось повышенное внимание со стороны руководства, а также рядовых сотрудников служб социальной помощи. Однако с тех пор заинтересованность в нем ослабла, и возникли сомнения в целесообразности финансирования программы "София". И тогда дальнейшему осуществлению программы помогли первоначальные связи с политическими деятелями и другими высокими должностными лицами.

Программа лечения. "София" является долгосрочной целевой программой для женщин, предусматривающей стационарное лечение от наркозависимости по модели Максвелла Джонса. Лечение продолжается до одного года, за которым следует год последующего наблюдения. На стадии последующего наблюдения "София" может взаимодействовать с какой-либо программой замещающего лечения, однако цель лечения в рамках программы "София" состоит в том, чтобы помочь женщинам научиться жить, не употребляя никакие препараты.

Методика работы основана на психодинамических особенностях психологического развития человека. В рамках программы, направленной на удовлетворение нужд женщин, проводится лечение, ориентированное на те аспекты их жизни, которые связаны с их отношениями с окружающими. Программа разработана на основе концепции, предполагающей, что личность женщин определяется ее взаимоотношениями, причем особое внимание уделяется в рамках программы:

- детям и отношениям с детьми;
- беременности и выработке у матери понимания особенностей ухода за новорожденным и встречи с ним;
- осознанию женщинами того факта, что они являются объектом эксплуатации со стороны партнеров и подавления в патриархальном обществе; и
- гендерным ролям как важному вопросу в целом и в частности в контексте наркозависимости.

При осуществлении программы проявляется терпимое отношение к рецидивам, которые не рассматриваются как основание для отказа пациенту в лечении. Пациенты, у которых происходят рецидивы, должны прекратить лечение, но они принимаются вновь, когда они прекращают потреблять психоактивные вещества и готовы возобновить лечение.

Программа включает индивидуальную терапию, сеансы групповой терапии в составе небольших групп и ежедневные встречи на уровне общины. Отношения с прикрепленным консультантом имеют определяющее значение для выработки у женщин умения строить отношения на основе доверия. Считается, что такой метод работы наиболее подходит для женщин, которым приходилось сталкиваться с насилием и надругательствами. Терапия отчасти заключается в предоставлении женщинам возможности проанализировать свои отношения и внести необходимые изменения. Мужья и партнеры могут посещать находясь на лечении женщин, а по субботам и воскресеньям они могут оставаться в стационаре на одну или две ночи. Люди из окружения пациенток тоже участвуют в групповых сеансах психотерапии, проводимых лечащим врачом, что позволяет окружению оказывать конструктивную поддержку женщинам в освобождении от наркотической зависимости.

Услуги для беременных. Проект "София" сотрудничает с Enebackens barnhem, центром по уходу за детьми в Мальмё. Основное внимание беременных женщин, принимающих участие в программе "София", уделяется их подготовке к материнству. После рождения ребенка они перемещаются в Enebackens barnhem, где в ходе лечения акцент делается на отношения между матерью и ребенком. Одновременно "София" продолжает оказывать этим женщинам консультативные услуги. Ожидание ребенка рассматривается как возможность для изменения жизни, и беременные жен-

щины поощряются к тому, чтобы использовать ее для того, чтобы по-новому оценить себя уже в роли матери.

Пациенты. Типичными пациентами в рамках программы "София" являются женщины в возрасте 25–30 лет с многолетней наркозависимостью, которым часто приходилось сталкиваться с насилием, сексуальными домогательствами и надругательством и которые занимались оказанием сексуальных услуг за плату.

Персонал. В рамках программы "София" работают 11 женщин.

Результаты/достижения

Проведенная в 2001–2002 годах оценка с участием 123 пациенток, прошедших лечение за предыдущие 10 лет, которая включала обстоятельные собеседования с 20 женщинами, показала, что примерно 50 процентов женщин вылечились от наркозависимости и иным образом изменили свою жизнь.

Кроме того, по мнению опрошенных, наиболее важное значение имеют следующие элементы программы: лечение с учетом гендерных особенностей, психотерапия по индивидуальной схеме, возможность общения и знакомства с другими женщинами, продолжение поддержки после рецидивов, установление доверительных отношений и социальная поддержка.

Проблемы

На системном уровне самая большая проблема состояла в обеспечении непрерывного финансирования программы "София" и других услуг, например услуг, связанных с дезинтоксикацией. В периоды сокращения финансирования предоставление женщинам наркологических услуг не считается приоритетом.

На уровне программы необходимо отметить, что некоторым женщинам, принимавшим наркотики в течение многих лет, трудно проходить лечение в составе группы. Кроме того, на сотрудниках и пациентах могут негативно сказываться организационные изменения, в периоды которых наблюдается больший отсев пациентов.

На уровне пациентов при обращении за медицинской помощью женщины по-прежнему сталкиваются со многими препятствиями, такими как подозрительность по отношению к другим женщинам, в результате чего они неохотно соглашаются на лечение, организованное только для женщин; чувство стыда и нежелание выглядеть наркоманкой; боязнь обращения за помощью к социальным службам и лишения родительских прав; сопротивление со стороны партнеров, которые не хотят, чтобы их женщины проходили лечение, особенно если они тоже наркозависимы; и отсутствие самоуважения и уверенности в себе.

Накопленный опыт

С целью обеспечения устойчивого осуществления программы следует налаживать контакты и взаимодействие с наркологическими службами, поддерживать хорошие отношения с местной общиной, документировать проводимые в рамках программы мероприятия и пропагандировать свои достижения.

Важными элементами оказания услуг с учетом гендерных особенностей являются: проведение лечения женским медперсоналом, терпимое отношение к рецидивам, консультирование по индивидуальной схеме, установление дружеских отношений с другими женщинами, последующее наблюдение и долгосрочное планирование лечения, предусматривающие установление отношений с родственниками, оказание социальной поддержки и занятия творческим трудом.

Соединенные Штаты: Программа поддерживающего лечения метадонном, предназначенная только для женщин

Название: Women in Treatment (WIT) programme of the APT Foundation

Страна: Соединенные Штаты

Контактное лицо: Марта Дж. Райт

Контактная информация: 540 Ella Grasso Blvd., New Haven, CT, USA

Телефон: +(1) (203) 787-470

Факс: +(1) 781-4783

Эл. почта: mwright@aptfoundation.org

Веб-сайт: www.aptfoundation.org

Статус: Программа "Женщины на лечении" субсидируется на непрерывной основе Департаментом психического здоровья и наркологических услуг.

Проект осуществляется на протяжении 12 лет.

Справка

Программа была развернута с целью решения важнейших проблем женщин, проходящих лечение: воспитание детей, охрана здоровья, бытовое насилие и сексуальное надругательство. Программы "Женщины на лечении" (ЖЛ) и "Всесторонние услуги для женщин" (ВУЖ) осуществляются медицинской службой "Орчард Хилл", одной из трех клиник поддерживающего лечения метадонном, руководимых Фондом АИТ. В программе ВУЖ могут участвовать только женщины, которые ВИЧ-инфицированы или больны СПИДом.

Цели

Цели программы состоят в организации поддерживающего лечения метадонном женщин с учетом их культурной среды; расширении возможностей женщин сосредоточиться на лечении путем оказания на месте помощи по уходу за детьми; предоставлении специализированного лечения женщинам, которые являются ВИЧ-инфицированными или больны СПИДом.

Мероприятия

Начало осуществления программы. С помощью общины и государственных учреждений была получена информация о целевом контингенте населения. Был образован комитет для изучения потребностей в этой области. Он определил, что городские женщины не получают необходимого объема услуг, и была высказана просьба о создании программы, предназначенной только для женщин. Одновременно с этим существовал шестимесячный лист ожидания для начала прохождения лечения метадонном, а единственная программа, предназначенная только для женщин, касалась беременных женщин. Было запрошено финансирование по линии Центра наркологической помощи для одновременного охвата лечением 75 пациентов, с тем чтобы лечение метадонном стало более доступным для женщин.

Программа лечения. ЖЛ разработана для удовлетворения нужд наркозависимых женщин путем предоставления следующих услуг: поддерживающего лечения метадонном, психиатрической оценки и связанного с этим лечения (за исключением женщин с серьезными психическими проблемами, которые направляются на лечение в местные психиатрические лечебницы), групповых и индивидуальных консультаций, предоставления, в случае необходимости, семейных консультаций, обеспечения ухода за детьми в лечебном учреждении во время прохождения курса терапии, наблюдения за больными, первичной медицинской помощи и услуг по профессиональной ориентации (которые предоставляются в рамках другого сегмента услуг по линии Фонда АИТ). ЖЛ поддерживает также ежедневные связи с местными учреждениями. ЖЛ считает, что подлинно эффективное лечение должно охватывать злоупотребление психоактивными веществами, психологические и социально-экономические факторы. Беременным женщинам предоставляется особый уход. О беременности клиентов сообщается медицинским сестрам, которые встречаются с женщинами в целях решения всех их возможных проблем. Беременные женщины могут по их желанию быть переведены в программу, предназначенную непосредственно для беременных, которая осуществляется в рамках другого компонента услуг, оказываемых по линии Фонда АИТ.

Пациенты. Пациентами являются женщины в возрасте от 21 года из обслуживаемого программой района Нью-Хейвена, штат Коннектикут, которые страдают опиатной зависимостью более одного года.

Результаты/достижения

В ходе проведенных в 2003 году обзоров мнений пациентов по поводу результатов лечения свыше 80 процентов участников программы сообщили об ослаблении симптомов. По мнению охваченных программой женщин, сотрудники учитывали культурные аспекты и услуги предоставлялись в удобное время.

Воздействие и успех реализации программы измеряются различными способами, в том числе путем заполнения женщинами ежегодных отзывов о том, насколько они удовлетворены лечением; приглашения женщин к участию в работе групп направленного изучения положительных сторон предоставляемых услуг и препятствий, которые при этом встречаются; принятия ежемесячных мер по обеспечению качества, когда изучаются данные о выписанных; изучения процентной доли позитивных токсикологических тестов; и подсчета числа обращений в лечебные учреждения.

Проблемы

Уменьшение компенсационных выплат населению по линии медицинского страхования, вызванное сокращением ассигнований на здравоохранение в общенациональном масштабе, затруднило доступ женщин к лечению. Одной из проблем для пациентов стал проезд к месту осуществления программы; хотя она была решена путем обращения в службы государственной помощи с просьбой о предоставлении проездных автобусных билетов и обеспечении проезда на такси, снижение уровня финансирования привело к ограничению транспортных льгот.

Одно из препятствий, состоявшее в нехватке помещений для создания центра по уходу за детьми, было преодолено путем организации ухода в месте осуществления программы; однако сокращение средств привело к сокращению часов, в течение которых предоставлялись услуги по уходу за детьми, что затруднило доступ женщин к лечению. Проблемы обеспечения добровольного доступа беременных женщин к дородовому уходу и поддержания надлежащей дозы метадона были преодолены путем организации встреч с медицинскими сестрами и ведения записей о протекании беременности каждой женщины.

Извлеченные уроки

Женщины поступают на лечение и продолжают курс лечения в тех случаях, когда к их потребностям прислушиваются и эти потребности принимаются во внимание; применение подхода, связанного с ограничением вреда, и изучение текущих тенденций/потребностей людей, находящихся в зависимости от опиоидов, имели решающее значение для обеспечения непрерывного лечения женщин. Наиболее успешными компонентами программы являются обеспечение ухода за детьми в месте осуществления программы, индивидуальный подбор дозы метадона для учета потребностей каждой женщины, доступ к психологическим услугам и связь с местными больницами и медицинскими учреждениями, предоставляющими уход для ВИЧ-инфицированных пациентов. Кроме того, одним из факторов успеха является работа в тесном контакте с другими местными учреждениями в целях содействия предоставлению услуг и их координации.

Соединенные Штаты: Комплексные услуги для женщин

Название: Marin Services for Women (MSW)
Страна: Соединенные Штаты
Контактное лицо: Энн Харрисон, Executive Director
Контактная информация: 1251 Eliseo Drive, Greenbrae, CA 94940, USA
Телефон: +(415) 924-5995, доб. 17
Факс: : +(1) (415) 924-6837
Эл. почта: aharrison@mswinc.org
Веб-сайт: www.marinservicesforwomana.org
Статус: неправительственная организация "Марин сервисиз фор уимен" финансируется как на непрерывной, так и на ограниченной по времени основе из целого ряда источников, включая правительственные субсидии и контракты, страховые контракты, субсидии корпораций и фондов, взносы индивидуальных доноров и клиентов; срок деятельности: 25 лет.

Справка

Группа женщин, поправлявшихся после лечения от алкоголизма, пришла к выводу о том, что женщины нуждаются в безопасном месте проживания, где им бы предоставлялась поддержка при выздоровлении с помощью организации "Анонимные алкоголики". В то время в графстве Марин не существовало учреждений, предоставляющих услуги только женщинам, однако в Редвуд-Сити имелась организация под названием "Ассоциация в целях выздоровления женщин" (АВЖ), созданная несколькими годами ранее. Учредители "Марин сервисиз фор уимен" (МСУ) связались с сотрудниками и советом директоров АВЖ и попросили их оказать помощь в создании аналогичной программы. МСУ была инкорпорирована в качестве некоммерческой организации и, чтобы приступить к предоставлению услуг, обратилась с просьбой о выделении средств в Национальный совет по алкоголизму, который эту просьбу удовлетворил. Создание МСУ было новаторским начинанием на низовом уровне. В 1978 году только начали выделяться федеральные средства на оказание помощи женщинам. По существу не было никаких научных данных о наркотической зависимости женщин и их особых потребностях при лечении. Женщинам оказывалась одинаковая с мужчинами помощь, причем подходы к лечению были основаны на опыте лечения мужчин с наркотической зависимостью.

Цели

Цели состоят в повышении уровня охраны здоровья населения путем оказания отдельным женщинам наркологической помощи; проведении наркологической терапии на фоне восстановления работоспособности пациента, его реабилитации в межличностном, социальном и экономическом плане и в организации информационно-разъяснительной работы среди местного населения относительно характера, профилактики и лечения наркотической зависимости.

Мероприятия

Начало осуществления. Проводя оценку масштабов проблемы зависимости (на то время – алкогольной зависимости), учредители МСУ исходили из своего опыта общения с организацией "Анонимные алкоголики", чрезвычайно ограниченных материалов по проблеме женской наркозависимости и данных об отдельных случаях, зарегистрированных АВЖ. Учредители работали с городскими чиновниками и сотрудниками управления графства по борьбе с алкоголизмом, которое в то время не было объединено с управлением по борьбе с наркоманией. Большое число первоначальных сотрудников работали добровольно, а в основу программы был практически без изменений положен состоящий из 12 этапов подход, применяемый организацией "Анонимные алкоголики". В 1980-е годы МСУ помимо алкоголиков стала принимать пациентов с проблемами потребления наркотиков, а также оказывать амбулаторные и перинатальные услуги. Программа МСУ превратилась из "дома для выздоравливающих", работавшего лишь по схеме 12 этапов организации "Анонимные алкоголики", до прогрессивного, новаторского учреждения, применяющего только научно обоснованные методы работы и по-прежнему придерживающегося 12-этапной модели.

Программа лечения. За прошедшие пять лет МСУ обновила и расширила свои программы в целях предоставления всеобъемлющего комплекса услуг, включая стационарное лечение, интенсивную терапию в амбулаторных условиях в дневное время, амбулаторное лечение в вечернее время, непрерывное наблюдение, групповые занятия по подавлению раздражительности, групповые занятия по восстановлению после перенесенных травм и обеспечение временным жильем. Это позволяет МСУ помогать женщинам в переходе от одного вида терапии к другому и обеспечивать оптимальный уровень лечения, следствием чего является более эффективное предоставление услуг как в клиническом, так и финансовом отношении.

В рамках программ МСУ при работе с пациентами и их семьями применяется подход, основанный на расширении их прав и возможностей. К важнейшим компонентам этого подхода относятся: неизменно уважительное и тактичное отношение к пациенту; отказ от применения мер принуждения в случаях невыполнения пациентами основных правил программы; реконструирование и подтверждение положительных качеств пациента при каждой возможности; а также установление партнерских отношений между пациентом и персоналом на каждом этапе лечения, включая оценку состояния больного, планирование и проведение терапии, подготовку к выписке и последующее наблюдение.

МСУ поддерживает в своем центре гостеприимную, безопасную и благожелательную атмосферу, укрепляя тем самым чувства самоуважения и достоинства, а также готовность к самоотдаче со стороны сотрудников и пациентов. В рамках программы услуги предо-

ставляются беременным и женщинам, воспитывающим детей, и в стационар допускаются дети дошкольного возраста, которые проживают в нем вместе с матерями во время их лечения. Сотрудники прошли подготовку по вопросам женской психологии, формирования у женщин чувств самоуважения и стыда, а также потребностей в обеспечении психического здоровья женщин, и при осуществлении программ затрагиваются все стороны жизни женщин: жилье, транспорт, уход за детьми, профессиональная подготовка, охрана психического и физического здоровья, репродуктивное здоровье, подавление раздражительности, бытовое насилие, воспитание детей, финансовые и правовые вопросы, а также проблемы межличностных отношений.

В рамках МСУ рассматриваются конкретные травмы с использованием подготовленных консультантов в целях содействия разработке основанного на исследованиях плана восстановления после перенесенной травмы такими ведущими исследователями, как д-р Стефани Ковингтон, Институт развития отношений и Центр по гендерным вопросам и правосудию, и д-р Лиза Наджавич из Гарвардского университета. Считается, что проблемы пациентов, связанные с физическими и психологическими травмами, являются ключом к пониманию вопросов возникновения и протекания наркомании у женщин и процессов их выздоровления.

МСУ руководит собственным полностью укомплектованным центром ухода за детьми пациентов, проходящих стационарное или амбулаторное лечение. Его работа способствует охране здоровья детей, в частности проведению медосмотров. Проводятся обследования детей на предмет выявления у них травм, трудностей в развитии, последствий злоупотребления алкоголем и наркотиками их матерями и, при необходимости, дети направляются на лечение в соответствующие учреждения по месту жительства. Программа предоставления услуг беременным и женщинам с детьми включает просвещение по вопросам воспитания детей и детского развития, и участвующие в ней женщины четыре часа в неделю оказывают помощь в работе центра ухода за детьми. Пациентки из числа беременных и женщин с детьми обычно проходят стационарное лечение в течение более длительного времени, нежели женщины, не имеющие детей.

Пациенты. Пациентами являются женщины в возрасте от 18 лет (большой частью от 20 до 35 лет), страдающие зависимостью от алкоголя и других наркотиков (среди которых предпочтительными являются марихуана и метамфетамин). МСУ обслуживает район залива Сан-Франциско (девять графств). Свыше 90 процентов пациентов составляют женщины с низким и очень низким уровнем дохода.

Результаты/достижения

Со времени ее создания МСУ предоставила услуги свыше 3 тыс. женщин и их семьям. Она также имеет

наивысший показатель завершения курса лечения из всех программ графства Марин, о чем свидетельствует информация, предоставленная Управлением по программам борьбы с алкоголизмом и наркоманией графства Марин. Лица, прошедшие курс лечения в МСУ, поддерживают связь с этой организацией путем участия в работе собирающихся еженедельно групп непрерывного наблюдения, ассоциации лиц, прошедших курс лечения, совета директоров или же в качестве платных сотрудников.

76 процентов лиц, прошедших курс лечения по программе, продолжают процесс осуществления после 12 месяцев. Недавно полученное помещение позволит увеличить ежегодное число охваченных программой женщин с порядка 250 до почти 525. Наконец, в силу уделения особого внимания межличностным отношениям выздоравливающие женщины оказывают существенное воздействие не только на свои семьи, но и на всю общину, в результате чего все места остаются постоянно заполненными и существует очередь на участие во всех программах.

МСУ определяет успех работы на основании статистического анализа данных о приеме, завершении лечения, 12-месячном последующем наблюдении, улучшении в плане разрешения юридических вопросов и проблем трудоустройства и примирения в семье. МСУ не удовлетворена этими принимаемыми мерами и намерена разработать в будущем модель оценки с учетом конкретных особенностей женщин, на что уже изыскиваются финансовые средства.

Проблемы

МСУ сталкивается с рядом проблем, например с проблемой невозможности удовлетворить всех желающих, которая решается путем переезда в новое помещение, где можно будет разместить вдвое больше людей; проблемой получения средств, предназначенных для предоставления высококвалифицированных услуг малоимущим беременным женщинам и женщинам, воспитывающим детей, и их детям, которая решается путем диверсификации источников финансирования; и проблемой сохранения высококвалифицированных многопрофильных специалистов, которые могут на постоянной основе претворять в жизнь разработанный МСУ подход, основанный на расширении прав и возможностей пациентов.

Накопленный опыт

Для становления на путь излечения и устойчивого выздоровления женщинам необходимо чувствовать себя в достаточной безопасности и иметь возможность надеяться на жизнь без наркотической зависимости. Опыт МСУ подтверждает исследования, свидетельствующие о повышенной эффективности программ, которые предназначены только для женщин и сотрудниками которых являются женщины. МСУ также пришла к выводу, что она может успешно изыскать необходимые ей ресурсы. Кроме того, за счет предо-

ставления пациентам, сотрудникам и совету директоров права голоса и возможностей для полноценного участия в осуществлении программы достигается сочетание сочувствия, уважения и упорной работы в интересах более эффективной охраны здоровья людей и общины в целом.

Австрия: Программа медикаментозного амбулаторного лечения беременных женщин на базе больниц

Название: Наркомания – беременность и наркозависимость
Страна: Австрия
Контактное лицо: Габриель Фишер
Контактная информация: Addiction Clinic, Department of Psychiatry, Medical University Vienna, Währinger-Gürtel 18-20, 1090 Vienna, Austria
Телефон: +(43) (1) 40400-3600
Факс: +(4)3 (1) 40400-3500
Эл. почта: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at
Веб-сайт: www.akh-drogenambulanz.vip.at
Статус: правительственная организация с непрерывным финансированием; срок деятельности: 10 лет

Справка

В 1980-х годах наблюдалось общее распространение наркомании, сопровождавшееся ростом числа обращений в медицинские учреждения беременных женщин с опиоидной зависимостью. Одни обращались в начале своей беременности и получали непрерывную родовую помощь, а другие – лишь во время родов, поскольку они опасались подключения органов оказания социальной помощи детям. В то время не существовало какого-либо конкретного учреждения, обеспечивающего многопрофильное и комплексное лечение этих пациентов, поскольку общепринятой стандартной терапией беременных женщин с наркотической зависимостью была дезинтоксикация. Однако во многих случаях абстиненции этих пациентов добиться было невозможно, они проходили через цикл возврата к злоупотреблению психоактивными веществами и абстиненции, результатом которого нередко являлись негативные последствия для матери и ребенка.

Цели

Цели заключаются в охвате беременных женщин с наркозависимостью через информационно-разъяснительную работу, чтобы на как можно более ранней стадии привлечь их к программе комплексного лечения; осуществить поддерживающее лечение зависящих от опиоидов беременных женщин синтетическими опиоидами (например, метадон, морфин, пролонгированного действия для перорального приема или бупренорфина); обеспечить многопрофильное и комплексное лечение этого контингента пациентов, включая лечение психиатрической и соматической коморбидности, психотерапевтическое и психосоциальное наблюдение; добиться оптимального состояния здоровья и оптимальных условий для

новорожденных путем предоставления соответствующих родовых и послеродовых услуг; и подключить отцов к лечению, чтобы оба родителя могли выйти на приемлемый стабильный уровень, и оказать им помощь в воспитании детей (60 процентов беременных женщин, являющихся наркоманами, имеют партнеров с зависимостью от психоактивных веществ).

Мероприятия

Программа лечения. Эта программа комплексного лечения наркологической клиники психиатрического факультета Венского медицинского университета была разработана с ориентацией на конкретные нужды беременных женщин с опиоидной зависимостью и их детей.

С точки зрения международно признанных стандартов лечения этого контингента пациентов наркологическая клиника предоставляет замещающее лечение опиоидами с использованием метадона, морфина пролонгированного действия для перорального приема и бупренорфина, а также психосоциальной и психотерапевтической поддержки. Программа осуществляется совместно с другими факультетами Венского медицинского университета, включая факультет гинекологии, который оказывает услуги по проведению шести родовых консультаций и родовспоможению; неонатологический факультет, обеспечивающий надлежащее лечение новорожденных, у которых развивается синдром неонатальной абстиненции; факультет физиотерапии, занимающийся лечением соматических заболеваний; и факультет детской и подростковой нейропсихиатрии, который завершает сеть комплексного наблюдения и по линии которого проводятся последующие посещения родителей и детей, включая четыре обследования в течение первого года.

Пациенты. Средний возраст беременных женщин с наркозависимостью, впервые обращающихся в наркологическую клинику, составляет 20–30 лет (треть наркоманов, злоупотребляющих опиоидами, составляют женщины в детородном возрасте). Распространена полинаркомания; используются такие наркотики, как опиоиды, кокаин, бензодиазепины, никотин, алкоголь, амфетамины и каннабис. Среди женщин с опиоидной зависимостью широко распространены психиатрическая и соматическая коморбидность, включая чувство тревожности и депрессию (до 50 процентов этого контингента пациентов страдают от депрессивных расстройств), заболевания, передаваемые половым путем, такие как инфекционные заболевания, как гепатит С и ВИЧ/СПИД, заболевания печени, анемия, недоедание и нехватка витаминов и минералов. Кроме того, многие из этих женщин страдают от низкой самооценки, проживают с людьми, подвергающими их жестокому обращению, происходят из семей, где родители злоупотребляли психоактивными веществами, и имеют низкую мотивацию для прохождения лечения.

Результаты/достижения

В рамках программы был достигнут коэффициент непрерывности лечения в 98 процентов. Восемьдесят пять процентов новорожденных считаются при рождении детьми здоровых матерей, за исключением их замедленного физического развития, которое, возможно, объясняется курением их матерей. Восемьдесят процентов новорожденных могут остаться со своими матерями.

Исследование проводилось на основе работы клиники [49–52].

Проблемы

Установление контактов с беременными наркозависимыми женщинами связано с трудностями, поскольку женщины с наркозависимостью обращаются за помощью в дородовой период на поздней стадии беременности. Другие проблемы связаны с выбором надлежащего замещающего психоактивного вещества и используемой при заместительной терапии дозы применительно к потребностям пациента. Это помогает выйти на удовлетворительный уровень стабилизации, избежать одновременного потребления беременными женщинами незаконных психоактивных веществ и свести к минимуму симптомы отмены, возникающие после рождения ребенка.

Накопленный опыт

С помощью заместительной опиоидной терапии в сочетании с многопрофильным групповым подходом можно охватить женщин на более ранних стадиях беременности и улучшить результаты для матери и новорожденного ребенка. Непрерывность лечения женщин и их партнеров достигается в тех случаях, когда обеспечиваются заместительная опиоидная терапия, диверсификация психофармакологического лечения и психосоциальная и психологическая поддержка, а также когда многопрофильная группа сотрудников работает на базе одного центра. Диверсификация заместительной терапии и лечения сопутствующих расстройств сокращает потребление незаконных и разрешенных психоактивных веществ. Последующее наблюдение за матерью и ребенком существенно важно для успеха программы и улучшения показателей пациента.

Канада: Комплексная программа амбулаторного лечения беременных женщин и женщин, воспитывающих детей, и их детей

Название: Breaking the Cycle
 Страна: Канада
 Контактное лицо: Маргарет Лесли
 Контактная информация: 761 Queen Street West,
 Ste. 107, Toronto, Ontario, M6J 1G1 Canada
 Телефон: +(1) (416) 364-7373, доб. 204
 Факс: +(1) (416) 364-8008

Эл. почта: mleslie@mothercraft.org
 Веб-сайт: www.breakingthecycle.ca;
 www.mothercraft.ca

Статус: неправительственная организация, получающая средства по линии организации "Здоровье Канады", выделяемые на трехгодичной основе с пересмотром каждые три года; срок деятельности: 9 лет

Справка

Первоначальный импульс программе "Разрывая круг" был дан после конференции 1992 года, организованной Проектом содействия охране психического здоровья малолетних детей Торонто и комитетом наркологических служб Большого Торонто. В рекомендациях этой конференции отмечалась настоятельная необходимость разработки комплексной программы раннего выявления и профилактики для беременных женщин и потребляющих психоактивные вещества семей с малолетними детьми. Цель состояла в решении таких проблем существующей системы оказания услуг, как раздельное оказание услуг потребляющим психоактивные вещества матерям и их детям; полинаркомания; плохая координация услуг, особенно между секторами лечения взрослых и сектором предоставления услуг детям; непоследовательность; и наличие многочисленных центров для доступа к услугам.

Цели

Цели состоят в сокращении риска и заботе о развитии детей, находящихся в уязвимом положении по отношению к наркотикам, путем решения проблем наркомании матерей и взаимоотношений между матерью и ребенком на всесторонней, комплексной и межсекторальной основе.

Мероприятия

Начало осуществления. За период 1993–1994 годов четыре организации совместно разрабатывали межсекторальную инициативу на основе их соответствующего опыта (службы борьбы с женской наркоманией, развитие ребенка и семьи, оказание социальной помощи детям, охрана здоровья ребенка). Проведенный обзор специальной литературы и исследований подтвердил необходимость комплексного подхода к проблемам женщин, потребляющих психоактивные вещества. В мае 1994 года при финансировании по линии организации "Здоровье Канады" был заключен контракт с консультантом для изучения конкретных потребностей района Большого Торонто; проведения на местах консультаций со специалистами, а также с клиентами; и изучения специальной литературы по типовым программам, осуществляемым в других местах. В результате этой фазы разработки была уточнена модель программы, в основу которой легли следующие принципы и факторы:

- сотрудничество на основе общины, исходя из того, что нет какого-либо одного учреждения, которое было бы способно надлежащим образом решить

многочисленные и сложные проблемы родителей и детей, связанные с потреблением наркотиков;

- *всесторонний, комплексный, межотраслевой системный подход*, предусматривающий реорганизацию и более эффективное оказание услуг на основе признания необходимости их согласования, с тем чтобы не семьи подстраивались под требования многочисленных учреждений, а сами учреждения строили свою работу с учетом потребностей семей;
- *профилактика через раннее распознавание*, исходя из того, что со временем и при наличии согласия даже женщины, находящиеся в группе самого высокого риска, могут быть подключены к процессу планирования в интересах их детей;
- *совершенствование навыков воспитания детей и предотвращение жестокого обращения с детьми* путем предоставления женщинам информации о рисках потребления психоактивных веществ, содействия сокращению потребления психоактивных веществ во время беременности, поощрения оптимального планирования рождения ребенка, оказания помощи матерям в их усилиях по установлению оптимальных отношений между родителями и младенцем и создания возможностей для развития самостоятельности матерей;
- *модель "единого доступа"*, которая не только повышает доступность различных услуг, но и координирует предоставление этих услуг из одного центра; и
- *оценка* – для опробования и совершенствования модели.

Осуществление РЦ было начато в апреле 1995 года четырьмя основными партнерами: канадским обществом обучения уходу за детьми, лечебным центром "Джин Твид" (наркологический центр, предназначенный только для женщин), обществом по оказанию помощи детям Большого Торонто (предоставление социальной помощи детям) и программой "Мазериск" детской больницы. После открытия центра к ним добавился пятый партнер – Управление Торонто по вопросам общественного здравоохранения. В 1996 году шестым партнером стало базирующееся в Торонто католическое общество помощи детям, а в 2003 году к их числу присоединился медицинский центр Св. Иосифа.

Программа лечения. РЦ предоставляет целый ряд услуг наркозависимым беременным и/или воспитывающим детей женщинам и их детям в возрасте до шести лет на основе модели единого доступа, в рамках которой предоставляются индивидуальное и групповое лечение наркоманов, программы по воспитанию детей, уход за детьми, услуги по развитию детей (включая проверку, оценку и принятие соответствующих мер), медицинские услуги (включая педиатрическую клинику, наркологическую клинику), предоставление консультаций по вопросам психического здоровья и оказание поддержки в удовлетворении базовых потребностей (включая питание, обеспечение одеждой и транспортом).

В рамках информационно-разъяснительной программы РЦ по охвату беременных женщин предоставляются услуги бездомным беременным женщинам и беременным женщинам, потребляющим психоактивные вещества, в области охраны здоровья, лечения и социальной поддержки. Эти услуги были созданы после проведения исследования, которое свидетельствовало о более низком показателе обращения у беременных женщин (22 процента), чем у женщин, воспитывающих детей (78 процентов). Было признано, что бездомные беременные женщины и беременные женщины, потребляющие психоактивные вещества, встречаются с более серьезными препятствиями в получении доступа к услугам по охране здоровья и лечению, нежели имеющие жилье наркозависимые беременные женщины. РЦ также работает в тесном взаимодействии с учреждениями, предоставляющими замещающее лечение метадонем женщинам, которые также имеют доступ к услугам РЦ.

Для формирования готовности к изменению и установлению личных целей для изменения РЦ использует мотивационные собеседования на различных стадиях изменений. При применении подхода, основанного на ограничении вреда, признается, что абстиненция является идеальным результатом, но и допускаются альтернативы, ограничивающие наносимый ущерб. Этот подход позволяет принимать во внимание индивидуальные цели для изменений и способствует уважительному и безоценочному отношению, что позволяет женщинам устанавливать цели по совершенствованию своего здоровья, при которых проблемам потребления психоактивных веществ может не отдаваться непосредственный приоритет. Все услуги, связанные с наркоманией, предоставляются только женщинам. По желанию женщин в программах воспитания детей могут участвовать их партнеры.

Пациенты. Средний возраст пациентов РЦ составляет 30 лет, причем наиболее часто потребляемыми наркотиками являются крэк-кокаин и алкоголь при средней продолжительности потребления психоактивных веществ в 10 лет. Пациенты имеют в среднем двух детей (диапазон: от 1 ребенка до 12 детей) и треть детей находится на попечении матери, треть – на попечении одного из членов семьи и треть – на попечении Общества помощи детям.

Восемьдесят два процента женщин сообщают о случаях физического насилия, 84 процента – о случаях психологического подавления и 70 процентов – о случаях сексуального надругательства. При поступлении на лечение свыше 70 процентов женщин сообщают о следующих симптомах за предшествующие шесть месяцев: депрессия, расстройства, связанные с состоянием тревоги, расстройства питания (примерно треть пациентов сообщают о сопутствующих расстройствах питания), озлобленность и агрессивность, страхи/фобии и амнезия. Среди проблем клиентов РЦ следует также отметить попытки самоубийства, юридические проблемы и бедность.

Результаты/достижения

Проведен ряд оценок, который показал, что цель охвата и привлечения такого контингента женского населения, который связан с очень высокой степенью риска, была успешно достигнута. В результате был улучшен доступ женщин к таким услугам, как дородовой уход и оказание социальных услуг детям, удалось добиться рождения более здоровых детей и улучшения взаимодействия матерей с новорожденными, а также большей воздержанности от спиртного. Оценка программы информационно-разъяснительной работы среди беременных женщин показала, что она была успешной в том, что касается охвата целевого контингента – бездомных беременных женщин – в начале их беременности, в результате чего благодаря мерам, принятым в течение первых шести месяцев беременности, у этих женщин улучшился весь комплекс показателей при родах.

Проблемы

Проблемы связаны с нахождением средств на осуществление единственной в своем роде программы, предназначенной для труднодоступного контингента населения, применением новаторской модели и использованием партнерских связей между секторами, которые ранее не устанавливали партнерских отношений при предоставлении услуг (например, лечение взрослых и предоставление услуг детям). Кроме того, наблюдаются серьезные проблемы в связи с разработкой и осуществлением межсекторальной модели. Они решались путем достижения договоренности по ряду ключевых проблем, таких как стратегии деятельности, вклад партнеров, ключевые услуги, а также установление связей с партнерами, занимающимися предоставлением социальной помощи детям, до начала осуществления программы. Одно из учреждений вышло из проекта по той причине, что оно не было согласно с предлагаемой схемой отношений с учреждениями, занимающимися предоставлением социальных услуг детям.

Трудно было охватить бездомных беременных женщин и осуществлять замещающее лечение этой группы женщин.

В целом отсутствие у женщин своего жилья и нехватка безопасного и доступного жилья на рынке по-прежнему создают препятствия для женщин с проблемами потребления психоактивных веществ в плане поддержания безопасности и стабильности в тех условиях, в которых они живут.

Накопленный опыт

Информационно-разъяснительная программа может повысить охват беременных женщин, потребляющих психоактивные вещества, а раннее выявление и привлечение к лечению (в течение первых трех и шести месяцев беременности) приводят к лучшим результатам родов.

Была продемонстрирована финансовая эффективность модели партнерства. Стоимостное выражение

взносов натурой организаций-партнеров превышает базовую сумму финансирования, выделенную организацией "Здоровье Канады", обеспечивая тем самым многопрофильный характер и стабильность предоставления услуг по программе.

Модель межсекторального комплексного партнерства для оказания поддержки беременным женщинам, потребляющим психоактивные вещества, и их детям была повторена в ряде других районов, и интерес к проекту проявлялся во всей Канаде и на международном уровне, что привело к обмену знаниями и опытом и увеличению объема ресурсов.

Женщины нередко сообщают о потреблении психоактивных веществ в семьях их происхождения, что дает основание предполагать, что на них самих, возможно, сказалось дородовое потребление психоактивных веществ их собственными матерями. Это вызвало вопросы относительно эффективных методов оказания поддержки родителям, на которых оказало воздействие дородовое потребление психоактивных веществ.

Была продемонстрирована важность включения диагностических лечебных учреждений в систему лечения по месту жительства и программ воспитания детей для женщин, связанных с потреблением психоактивных веществ.

Качественные показатели и данные по целевой группе подтверждают, что потребление психоактивных веществ пагубно сказывается на воспитании и развитии ребенка.

По-прежнему актуальна проблема согласования подхода лечебных учреждений и учреждений по обеспечению интересов детей на основе признания необходимости оказания ими помощи и взрослым, и детям.

Чешская Республика: Терапевтическая община для женщин, воспитывающих детей

Название: Therapeutic Community Karlov

Страна: Чешская Республика

Контактное лицо: Иржи Рихтер

Контактная информация: Novovysocanska 604/A, Prague, Czech Republic

Телефон: +(42) (2) 84 822 872

Факс: +(42) (2) 66 315 306

Эл. почта: richter@sananim.cz; karlov@sananim.cz

Веб-сайт: www.sananim.cz

Статус: неправительственная организация, финансируемая из правительственных и частных источников; срок деятельности: 3 года

Справка

САНАНИМ занимается предоставлением полного объема услуг людям с проблемами потребления психоактивных веществ в Чешской Республике. Эта орга-

низация включает контактный центр, две терапевтические общинные программы, программу амбулаторного лечения и центр последующего наблюдения. Во время создания карловской терапевтической общины в Чешской Республике не существовало программ наркологического лечения, предназначенных для беременных женщин и женщин, воспитывающих детей. Однако все большее число женщин с детьми охватываются программой общедоступных услуг САНАНИМ, и информация, получаемая различными другими программами САНАНИМ, свидетельствовала о необходимости создания специальной программы. Лечение в рамках терапевтической общины является принятой формой лечения в Чешской Республике, которой оказывается поддержка по линии национальной стратегии сокращения спроса на наркотики.

Цель

Цель состоит в организации лечения наркозависимых беременных и женщин с детьми.

Мероприятия

Программа лечения. Программой, осуществляемой в рамках терапевтической общины, можно охватить 10 матерей и 12 детей. Средняя продолжительность стационарного лечения составляет 10 месяцев. В рамках программы принимаются также беременные женщины. Помимо терапевтической общины САНАНИМ предоставляет программу амбулаторного лечения и программу последующего наблюдения с предоставлением приюта беременным женщинам и женщинам, воспитывающим детей. Часть программы связана с привитием навыков воспитания детей, с проведением соответствующей работы двумя специальными сотрудниками САНАНИМ.

Пациенты. Карловская терапевтическая община обслуживает две группы, каждая из которых работает в отдельном здании. Эти две группы составляют женщины в возрасте 18 лет и старше с детьми и молодые люди в возрасте от 16 до 22 лет.

Повышение информированности и создание сетей. САНАНИМ активно сотрудничает с программами и учреждениями, поддерживающими контакты с наркозависимыми беременными женщинами и женщинами, воспитывающими детей. Она также старается повысить информированность об услугах, предоставляемых ею этой целевой группе.

Результаты/достижения

За пятилетний период необходимость в программе была подтверждена. Пациенты успешно завершали курс лечения, возвращаясь в нормальную жизнь и осуществляя уход за своими детьми. Растет известность программы среди других учреждений Чешской Республики, и постепенно создаются сети с другими учреждениями. Программа наладила действенное сотрудничество с системой правосудия, которая признает программу САНАНИМ. Благодаря этому мать,

завершившая курс лечения, может на законных основаниях рассчитывать на опеку над своим ребенком.

Проблемы

На системном уровне основные проблемы состоят в подходах и действиях тех, кто находится в контакте с беременными женщинами, потребляющими психоактивные вещества, когда мать часто теряет опеку над своим ребенком сразу после родов.

На уровне программы в числе основных проблем можно выделить следующие:

- оказание помощи матерям в формировании мотивации для прекращения потребления психоактивных веществ, а также оказание поддержки женщинам в выполнении ими своих материнских функций;
- работа с партнерами женщин, также, как правило, потребляющими психоактивные вещества;
- возрождение семьи для обеспечения поддержки дома и поддержки со стороны родителей после того, как женщины выписываются из терапевтической общины; часто эти отношения серьезно ухудшаются во время потребления женщинами психоактивных веществ; и
- увязывание необходимости лечения от наркомании с необходимостью предоставления поддержки, проведения воспитательной работы и привития навыков воспитания детей.

Накопленный опыт

В Чешской Республике все шире признается необходимость осуществления программы, предназначенной только для женщин, а также необходимость расширения возможностей по оказанию услуг беременным женщинам и женщинам, воспитывающим детей.

Индия: Дезинтоксикация и консультирование женщин с детьми

Название: Sahara – Women and Children's Shelter
Страна: Индия
Контактное лицо: Элизабет Селхор
Контактная информация: E-453, Greater Kailash II, New Delhi, India
Телефон: +(91) (11) 98111 94494
Факс: +(91) (11) 29216540
Эл. почта: ega_selhore@yahoo.com
Веб-сайт: www.saharahouse.org
Статус: неправительственная организация; в настоящее время предоставляется финансирование на временной основе; срок деятельности: 9 лет

Справка

Со времени обращения первой женщины за соответствующим лечением прошло 17 лет, и число женщин, обращающихся за лечением, постоянно возрастает. В

то же время возникли большие трудности, связанные с тем, что женщины и мужчины помещались под одной крышей и не предоставлялось индивидуальных услуг женщинам с проблемами потребления психоактивных веществ, не было программы, разработанной непосредственно с учетом конкретных потребностей женщин с зависимостью от психоактивных веществ и их детей, и не предоставлялось комплексных услуг лицам, страдающим от потребления психоактивных веществ, которые охватывали бы всю семью, а женщины, потребляющие психоактивные вещества, часто вызвали большое осуждение и были уязвимы для сексуального надругательства и жестокого обращения. Проблемой также являлась торговля женщинами и детьми, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами. Таким образом, было признано наличие сложных гендерных проблем, требующих выработки совершенно новой системы, предназначенной непосредственно для женщин и детей.

Цели

Цели состоят в обеспечении благоприятных условий для женщин с зависимостью от психоактивных веществ и их детей; наделении женщин правами и возможностями путем ознакомления их со своими правами и поощрения к принятию независимых решений; созданию эффективной модели оказания наркологических услуг женщинам с зависимостью от психоактивных веществ, базового медицинского обслуживания и направления на лечение; преодолении негативных социально-экономических последствий путем осуществления программ социально-экономической реинтеграции и наркологического просвещения с учетом конкретных культурных условий; а также налаживании программ стационарного наблюдения и реабилитации с учетом гендерных особенностей, предназначенных для удовлетворения индивидуальных потребностей.

Другими целями являются оказание помощи женщинам в приобретении трудовых навыков, пользующихся спросом, и оказание поддержки по месту жительства, оказание непрерывной помощи клиентам, с тем чтобы женщины смогли реинтегрироваться в жизнь семьи и общества; и, наконец, информирование о ВИЧ/СПИДе и других заболеваниях, передаваемых через кровь.

Мероприятия

Начало осуществления. Сначала мобилизация местных ресурсов обеспечила необходимую финансовую поддержку до того, как удалось добиться официального финансирования по линии учреждений, финансирующих другие проекты организации "Сахара". Необходимые специалисты были получены за счет использования опытных сотрудников осуществляемой организацией "Сахара" наркологической программы для мужчин; позднее сотрудниками стали бывшие клиенты наркологической программы для женщин.

Программа лечения. Программа совершенствовалась благодаря полученному с годами опыту и в соответствии с потребностями. В настоящее время основными видами услуг, предоставляемых женщинам, являются: дезинтоксикация, консультирование, терапевтическая деятельность, информационно-просветительная деятельность, обучение навыкам жизни в обществе, ликвидация неграмотности среди взрослых, профессиональная подготовка и ориентирование, услуги по трудоустройству, медицинские услуги (например, иммунизация), детские ясли, оказание групповой поддержки ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом людям, находящимся в таком же положении, дополнительное питание ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, программа обучения грамотности детей (неформальное образование) и детского питания, оказание поддержки бывшим клиентам, предоставление семейных консультаций, предоставление соответствующих услуг в центре реабилитации и направление на лечение.

Для беременных женщин центр "Сахара" обеспечивает предписанную врачом дополнительную диету и организует питание, проводит информационно-просветительские занятия, связанные с беременностью и воспитанием детей, оказывает услуги по направлению к врачам-специалистам (регулярное обследование) и осуществляет программу иммунизации.

Недавно центр "Сахара" стал также предоставлять услуги дневного стационара пациентам, не могущим участвовать в программе реабилитации в силу семейных трудностей. Этими услугами охватываются также женщины, которые завершили стадию реабилитации, но пользуются услугами дневного стационара в течение того периода, когда они ищут работу.

Пациенты. Пациентами центра "Сахара" являются лица в возрасте от 16 лет. Предоставляются услуги детям обою пола и всех возрастов. В число потребляемых женщинами психоактивных веществ входят героин, бупренорфин, спазмопроксивон (содержащий синтетический опиоид, используемый в качестве анальгетика), марихуана, приготовленный на основе опиатов сироп от кашля, кокаин, алкоголь и седативные вещества.

Персонал. Сотрудниками программы являются главным образом лица, прошедшие курс лечения в рамках программы, а также прошедшие соответствующую подготовку женщины, которые являются образцом для подражания и обеспечивают общее руководство.

Результаты/достижения

Со времени начала своей деятельности центр "Сахара" провел успешную работу по привлечению ресурсов и направлению на лечение и создал гибкую программу с использованием подхода с ориентацией на нужды клиента, при котором поощряется мотивация клиентов изменить свое поведение и не допускать рецидивов. Кроме того, представители местной общи-

ны имеют доступ к яслям и программе ликвидации неграмотности, что способствует развитию общины.

В Центре работают женщины, которые сами раньше страдали наркозависимостью, хорошо знают проблемы пациентов и служат для них примером для подражания. После прохождения курса лечения у пациентов восстанавливается работоспособность, они готовы к самостоятельной жизни, прошли реабилитацию и с успехом переселяются в Дели.

На заключительных этапах процесса реинтеграции предоставляются услуги по краткосрочному пребыванию в центре реабилитации.

Женщины, потребляющие психоактивные вещества, получили возможность высказываться о своих нуждах. Услугами центра "Сахара" напрямую воспользовались 400 пациентов, к которым следует добавить свыше 2 тыс. человек, получивших помощь, которая не была документально оформлена.

При осуществлении проекта было отмечено существенное улучшение состояния здоровья женщин и детей, а также понимания ими проблем наркозависимости; детей к тому же начали приобщать к учебе.

В рамках проекта были осуществлены информационно-пропагандистские программы о наркотиках, включая организацию театрализованных представлений на улицах, распространение материалов и проведение соответствующих мероприятий в школах, а также была оказана поддержка просветительской деятельности в целях изменения политики в отношении женщин через посредство участия в сетевых организациях, целью которых являлось преодоление осуждения и негативного отношения к женщинам, потребляющим психоактивные вещества.

Проблемы

В отношении детей следует отметить проблемы, связанные с получением медицинского обслуживания женщинами и их детьми, в том числе при прекращении под контролем врачей кормления грудью; в основе этих проблем лежит сильное осуждение, которому подвергаются женщины с проблемами потребления психоактивных веществ. Это было преодолено в результате упорной работы, пока не удалось найти непредвзятых медицинских работников, готовых лечить женщин; благодаря тому, что удалось наладить уход за детьми, особенно малолетними, матери которых проходили программу дезинтоксикации или лечения, что удалось организовать путем создания яслей; благодаря тому, что путем пересмотра бюджетов и мобилизации средств удалось добиться обеспечения детей самыми необходимыми предметами и предоставления им базовых удобств (например, необходимого числа туалетов, предназначенных для маленьких детей, и детского питания).

Кроме того, возникали проблемы в результате вмешательства членов семьи тех женщин, которые проходи-

ли курс лечения, поскольку члены семьи не хотели считаться со временем, которое требовалось для лечения. Эта проблема решалась путем семейных консультаций и сохранения конфиденциальности относительно женщин, обращающихся за лечением. Отсутствие семейной и финансовой поддержки приводило к дополнительным расходам для центра "Сахара".

Женщины иногда подвергаются сексуальному надругательству со стороны членов их семей и отказываются обращаться за поддержкой к своей семье, что оставляет их без материальной помощи. Эту проблему можно решить путем поощрения женщин к самостоятельности и постановки перед ними конкретных целей.

Наблюдались и другие проблемы, например, связанные с недостаточно налаженной системой оказания услуг женщинам и работой женских групп самоподдержки; с желанием пациенток вступить в определенные отношения с мужчинами, в результате чего сотрудникам-мужчинам было строго запрещено иметь с ними какие-либо отношения, не связанные с работой; с незнанием пациентами своих юридических прав и прав человека; а также с тем, что беременные – часто истощенные – женщины поступали на лечение на поздней стадии беременности (например, после того, когда можно было бы добиться эффективного результата с помощью дополнительного питания и диеты).

По-прежнему существует ряд неустраненных препятствий для расширения доступа женщин к лечению. До сих пор население недостаточно осведомлено об опасностях злоупотребления психоактивными веществами и возможностях лечения, и женщины с наркозависимостью, как и раньше, сталкиваются с серьезной дискриминацией. Женщины и их семьи не пытаются узнать об имеющемся лечении из-за резко отрицательного отношения к ним в обществе. В силу сложившихся в обществе традиций на женщин возлагаются соответствующие обязанности, что затрудняет их доступ к длительному стационарному лечению. Кроме того, женщинам, занятым в секс-индустрии, трудно порвать с владельцами публичных домов и сутенерами.

Накопленный опыт

В силу осуждения и дискриминации наркозависимых женщин они являются "скрытым контингентом". Это тесно связано с угнетением женщин во всех общественных институтах и структурах, что, видимо, является одной из причин потребления психоактивных веществ.

Женщины, сталкивающиеся с проблемами потребления психоактивных веществ, встречаются и с другими сложными проблемами, которые нужно решать, такими как бедность, вступление в брак в детском возрасте, сексуальное надругательство, насилие, работа в секс-индустрии, незаконная торговля женщинами, ситуации, когда их бросают (главным образом, после того, как узнают, что они ВИЧ-инфицированы), осуждение и дискриминация.

Наконец, поскольку женщины не знают о своих юридических правах, они принимают эти ситуации как неотъемлемую часть своей жизни и приучаются считать, что их интересы носят второстепенный характер по сравнению с интересами их мужчин, семьи и общества.

Панама: Стационарное лечение женщин

Название: Fundación Teen Challenge – Panamá
 Страна: Панама
 Контактное лицо: д-р Микель Седеньо
 Контактная информация: P.O. Box 55-1957, Panamá, Panama
 Телефон: +(507) 616-5601 или +(507) 212-9406/9306
 Факс: +(507) 212-9461
 Эл. почта: mangelcete@hotmail.com или mlandince@hotmail.com
 Статус: неправительственная организация, финансируемая на ограниченной по времени основе за счет добровольных взносов национальных и международных организаций; срок деятельности: 20 лет

Справка

Организация "Тин челлендж" на протяжении последних 24 лет работала с наркоманами во всех районах страны, однако в течение многих лет услуги предоставлялись только мужчинам. В силу растущего числа наркозависимых женщин было решено создать для них лечебный центр.

Цели

Цели состоят в предоставлении помощи панамским женщинам с проблемами потребления психоактивных веществ и в содействии социальной реинтеграции женщин, успешно прошедших курс лечения.

Мероприятия

Начало осуществления. Началу осуществления проекта предшествовал сбор статистической информации о злоупотреблении психоактивными веществами.

Программа лечения. В рамках программы помощь оказывается исключительно женщинам из любого района Панама, однако главным образом из города Панама. Проводится среднесрочное и длительное стационарное лечение. Подходы к лечению включают терапию, предусматривающую духовное воздействие, в сочетании с трудовой терапией и лудотерапией – формой игровой терапии, а также психиатрическое и психологическое лечение, если в этом есть необходимость. Эти различные подходы применяются комплексно. В рамках программы принимаются беременные женщины и предоставляется дородовой уход в сотрудничестве с лечебными центрами, имеющими внештатного гинеколога. Принимаются также женщины с детьми, которым обеспечивается совместное размещение. Беременным женщинам и женщинам,

воспитывающим детей, предоставляется то же лечение, что и другим женщинам.

Пациенты. Пациентами являются совершеннолетние наркозависимые женщины в возрасте от 18 лет, употребляющие как законные, так и незаконные психоактивные вещества.

Результаты/достижения

В числе достижений можно отметить реабилитацию многих панамских женщин, часть из которых являются матерями. Многие из них в настоящее время работают и могут обеспечить своих детей хорошими домашними условиями. Отмечающиеся в Центре показатели выздоровления сопоставимы с аналогичными показателями в других женских центрах Панама и других стран.

Проблемы

В числе существующих проблем следует упомянуть нехватку ресурсов. Требуется больше средств для улучшения снабжения лечебного центра (мебелью и другими принадлежностями), особенно с учетом потребностей беременных женщин и женщин с детьми, и для обеспечения пациентов транспортом и медицинскими препаратами (витаминами). Хотя организация старается решать эти проблемы за счет кампаний по сбору пожертвований, полного успеха в этом ей достигнуть не удалось. Может возникнуть ситуация, когда женщинам придется ждать, чтобы получить доступ к этой программе, предназначенной только для женщин.

Накопленный опыт

Проблемы злоупотребления психоактивными веществами характерны не только для мужчин; не обходят они и женщин, главным образом молодых. Необходимо привлекать к лечению больше женщин, создавать новые программы лечения и активизировать деятельность по профилактике потребления психоактивных веществ уже в раннем возрасте.

Успех проекта связан главным образом с преданностью сотрудников своему делу.

Соединенные Штаты: Программа медикamentозного лечения беременных женщин в амбулаторных и стационарных условиях

Название: Maternal Addiction Treatment, Education and Research (MATER)
 Страна: Соединенные Штаты
 Контактное лицо: д-р Кароль Кальтенбах, 1201 Chestnut Street, Suite 900, Philadelphia, PA
 Телефон: +(1) (215) 955-4069
 Факс: +(1) (215) 568-6414
 Эл. почта: Karol.Kaltenbach@jefferson.edu
 Статус: неправительственная организация с непрерывным финансированием; срок деятельности: 29 лет в отношении программы амбулаторного лечения и 12 лет в отношении программы стационарного лечения

Справка

"Лечение наркомании среди матерей, просвещение и исследования по этому вопросу" (МАТЕР) является программой, предназначенной только для женщин, амбулаторный компонент которой был разработан в 1974 году в рамках субсидии Национального института по вопросам злоупотребления наркотиками (НИДА) на осуществление исследовательского демонстрационного проекта в качестве модели оказания комплексных услуг беременным женщинам с опиоидной зависимостью. В то время такие программы если и осуществлялись в стране, то в очень незначительном количестве. Хотя за последние 15 лет в Соединенных Штатах программам для женщин и детей уделялось особое внимание, программ, предназначенных непосредственно для беременных женщин, по-прежнему мало. Программа стационарного лечения была разработана в 1989 году также в рамках субсидии НИДА на осуществление исследовательского демонстрационного проекта в интересах оценки эффективности стационарного лечения беременных женщин, злоупотребляющих кокаином. В то время успешное привлечение к лечению беременных женщин с кокаиновой зависимостью, перед которыми стояла угроза негативных последствий для развития плода, представляла собой сложную проблему для программ лечения.

Цели

Цели состоят в улучшении и поддержании здоровья и безопасности женщин и их детей, а также общин, которые они представляют, путем обеспечения:

- ориентированного на женщин медикаментозного лечения с использованием последних достижений науки;
- всестороннего, эффективного и высококачественного наркологического лечения беременных женщин и/или женщин, воспитывающих детей, на основе доброжелательного отношения к пациентам; и
- экономически доступного наркологического лечения с использованием государственной модели здравоохранения путем предоставления медикаментозного лечения, индивидуального и группового консультирования, семейной терапии и оказания соответствующих услуг, обучения навыкам ухода за детьми, профилактического просвещения с целью недопущения рецидивов, родового ухода, просвещения по вопросам охраны здоровья женщин и предоставления услуг по наблюдению за лицами, проходящими курс лечения.

Мероприятия

Начало осуществления программы. Были использованы местные и общенациональные данные, которые обеспечили необходимую документацию и позволили ознакомиться с имеющейся информацией о лечении и

данными исследований для разработки модели, отвечающей потребностям женщин. Первоначальные ресурсы были получены в виде гранта, а затем были получены из различных источников финансирования.

Программа лечения. МАТЕР предоставляет специальные комплексные услуги путем использования двух форм лечения – отделения интенсивного амбулаторного лечения на 170 женщин и стационарного отделения на 20 женщин и их детей в возрасте до шести лет, причем в программе одновременно обычно участвуют от 20 до 30 детей. Предоставляемые услуги включают индивидуальное и групповое консультирование, медикаментозное лечение, консультирование по вопросам ВИЧ и взятие анализов на ВИЧ, психиатрические услуги, родового уход/услуги по родовспоможению, индивидуальное наблюдение и услуги по укреплению отношений родителей с детьми. Программа основана на конкретных данных (данных исследований МАТЕР и других исследований).

Родовое наблюдение обеспечивается перинатологами, работающими непосредственно с программой и сведущими в наркологических проблемах. Ежедневное групповое обучение по вопросам родового ухода и охраны здоровья проводится медсестрой-координатором. Услуги по укреплению отношений родителей с детьми оказывают специалисты по вопросам воспитания детей младшего возраста. МАТЕР имеет центры для родителей и детей в рамках программ как амбулаторного, так и стационарного лечения, которые предоставляют услуги по уходу за детьми и их воспитанию; специалисты по вопросам взаимоотношений между родителями и детьми проводят групповые занятия по вопросам воспитания, в том числе дидактические и экспериментальные занятия с участием матерей и детей; кроме того, на ежеквартальной основе организуются экскурсии для матерей и их детей. Хотя успешными можно назвать все компоненты программы, поскольку они основывались на оценке показателей использования предоставляемых услуг и коэффициентов непрерывности лечения, наиболее успешными компонентами являются услуги по родовому уходу и воспитанию детей.

Пациенты. Пациентами являются беременные женщины и женщины, воспитывающие детей, в возрасте 18–45 лет при среднем возрасте 29 лет. Примерно 15 процентов женщин имеют латиноамериканское происхождение, 40 процентов являются афроамериканками и 45 процентов – белыми. Свыше 95 процентов женщин злоупотребляют героином. Среди 5 процентов женщин, злоупотребляющих другими наркотиками, на первом месте стоит злоупотребление кокаином, а также злоупотребление марихуаной и алкоголем. Значительный процент лиц, злоупотребляющих героином, также злоупотребляют кокаином, бензодиазепинами и марихуаной. Большинство женщин в детском возрасте или будучи взрослыми подвергались физическому насилию и/или сексуальному надругательству, являются матерями-одиночками и страдают от

дополнительных психиатрических проблем. Программа обслуживает весь район Большой Филадельфии.

Результаты/достижения

Благодаря помощи со стороны МАТЕР женщины, поведение которых связано с повышенным риском, могут рожать здоровых доношенных детей и начинать новую жизнь, создав здоровые условия для самих себя и для своих детей. Успех определяется результатами родов и тем, насколько женщинам удалось изменить свою жизнь. Исследование результатов лечения по программе МАТЕР показало, что стационарное лечение женщин занимает в среднем 6,3 месяца, а амбулаторное – 5,8 месяца. Для обеих групп женщин, прошедших полный курс лечения, характерны высокие показатели абстиненции (97 процентов для стационарного лечения против 47 процентов для амбулаторного лечения). Число преждевременных родов или недоношенных детей у матерей, которые наблюдались вплоть до родов, выгодно отличалось от средних показателей по стране. Почти во всех случаях после выписки из больницы новорожденные воспитывались их матерями [53–55].

Проблемы

С контингентом, обслуживаемым МАТЕР, работать особенно трудно в силу тех самых различных проблем, которые должны при этом решаться. Это еще больше затрудняется отсутствием национальной политической и социальной готовности помочь женщинам и детям, предвзятым и уничижительным отношением к этому контингенту населения и нехваткой ресурсов для предоставления необходимых услуг, например достаточных средств для удовлетворения потребностей в стационарном лечении или оплаты дополнительных услуг.

Накопленный опыт

Эта особая часть населения нуждается в широкой сети специализированных услуг. Мы также убедились в том, что при предоставлении таких услуг в условиях безопасности и сочувствия можно значительно сократить показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а более надежная устроенность женщин в жизни пойдет на пользу им самим, их семьям и общине.

Рекомендации относительно эффективных подходов и накопленного опыта

Ниже излагаются рекомендации относительно эффективных подходов и накопленного опыта, которые отражают обзор специальной литературы, тематические исследования и обсуждения на совещании в Вене.

- *Привлечение ключевых заинтересованных сторон, служб и систем на уровне общины.* Как следует из специальной литературы и опыта проведения тема-

тических исследований, налаживание успешных наркологических услуг для женщин требует поддержки руководителей общины, включая тех, кто контролирует финансирование, а также целого ряда заинтересованных сторон и служб общины.

- *Применение лечебных мер, основанных на конкретных данных, в контексте систематического планирования и развития деятельности по проекту.* Следует применять лечебные меры, основанные на конкретных фактах и систематической работе по планированию и развитию проекта, включая систематическую оценку потребностей. Для обеспечения стабильного осуществления проекта на длительную перспективу следует разрабатывать программы на основе имеющихся ресурсов. Целесообразно начинать в качестве небольшого проекта и расширять масштабы деятельности по мере приобретения стабильных ресурсов.
- *Включение мероприятий по мониторингу программ, оценке и проведению исследований.* Необходимость расширения информации о женщинах с наркозависимостью и принятия эффективных мер отмечена в специальной литературе. Кроме того, ряд тематических исследований, опираясь на хорошую базу проведения оценок и научных исследований, смогли продемонстрировать воздействие разработки программ на результаты клиентов, что не только обогащает знания об успешной разработке программ, предназначенных для женщин, но и обеспечивает важную документацию для продолжения финансирования программ. Следует поощрять программы к регулярному проведению мероприятий по мониторингу и оценке.
- *Проведение исследований методов лечения различных групп населения.* В ходе обсуждений на совещании в Вене было отмечено, что существует необходимость в дальнейших исследованиях методов лечения различных контингентов женщин, например женщин, потребляющих крэк-кокаин, и методов лечения беременных женщин с зависимостью от психоактивных веществ, особенно в странах, где не разрешено замещающее лечение опиоидами.
- *Использование таких стратегий разработки программ, которые учитывали бы культурные особенности и осуществлялись бы на основе общины.* Тематические исследования показали важность адаптации применяемых мер с учетом различий культуры, языка, жизненной ситуации и социальных ролей женщин. Успешным подходом является разработка программ амбулаторного лечения на базе общины, особенно в тех районах, где женщинам трудно покинуть свою общину.
- *Использование самых различных сотрудников, включая выходцев из той же среды, что и женщины, которым предоставляются услуги.* В специальной литературе, а также в ходе обсуждений на совещании в Вене была признана важность использования сотрудников с самым различным опытом, в том числе частично схожим опытом с пациентами, с тем чтобы они могли служить им образцом для подражания.

При задействовании в качестве сотрудников мужчин не должна создаваться угроза для физической и психологической безопасности пациенток.

- *Обеспечение подготовки сотрудников и контроля за их работой.* В специальной литературе, а также в ходе обсуждений на совещании в Вене была подчеркнута важность организации соответствующей подготовки сотрудников и обеспечения контроля за их работой. Следует стремиться к тому, чтобы сотрудники были подготовлены по вопросам кризисного вмешательства, консультирования в случае психологических травм и сопутствующих расстройств, а также по вопросам профессионального ориентирования и включения в жизнь общества.
- *Решение вопросов социальной реинтеграции.* Из специальной литературы, тематических исследований и обсуждений в ходе совещания в Вене следует, что женщины располагают меньшими ресурсами и менее значительной поддержкой, нежели мужчины, и нуждаются в помощи в обретении экономической самостоятельности, безопасного жилья и социальной поддержки. Обсуждение, состоявшееся в рабочих группах на совещании в Вене, дает основания для вывода о том, что у женщин социальная реинтеграция проходит труднее, чем у мужчин.
- *Установление отношений сотрудничества и достижение договоренностей с другими службами и системами.* Тематические исследования, в частности, свидетельствуют о некоторых трудностях, с которыми столкнулись пациенты и программы при получении необходимых услуг, и о необходимости установления эффективных рабочих отношений с соответствующими системами, особенно с системой социальных услуг детям, службами дородового ухода и охраны психического здоровья, а также учреждениями, решающими такие практические вопросы, как обеспечение жильем.
- *Составление комплексных программ, учитывающих гендерные различия и отвечающих различным потребностям женщин.* Как в специальной литературе, так и в тематических исследованиях отмечается, что наркозависимые женщины имеют самые различные потребности, которые отличаются от потребностей мужчин. Из них также следует, что предоставление комплексных услуг, включая услуги только для женщин, дородовой уход и уход за детьми, привитие навыков воспитания детей, оказание помощи в установлении отношений с окружающими людьми, уделение внимания проблемам психического здоровья и практическим потребностям, может улучшить показатели непрерывности лечения и общие результаты лечения женщин. В ходе обсуждений на совещании в Вене было отмечено, что показатель непрерывности лечения улучшается в результате создания дружеской атмосферы, введения гибких часов работы, ухода за детьми, обеспечения транспортом и факультативной терапии для пациентов и их партнеров.
- *Рассмотрение проблем, связанных с травматическими и сопутствующими расстройствами.* Из специаль-

ной литературы и тематических исследований следует, что у женщин с проблемами потребления психоактивных веществ весьма распространены травматические и сопутствующие психические расстройства, и их лечение требует комплексного подхода. В ходе обсуждений на совещании в Вене было отмечено, что в числе успешных подходов можно отметить прикомандирование к наркологическим службам сотрудников учреждений, занимающихся острыми травматическими расстройствами, обеспечение "контроля качества" при оценке травматических проблем, признание наличия этой проблемы и подтверждение ее пациентам, соблюдение конфиденциальности и отказ от оказания давления на женщин, с тем чтобы они сообщили о полученной травме.

- *Предоставление замещающего лечения опиоидами в контексте других компонентов комплексного лечения.* Специальная литература свидетельствует об эффективности замещающего лечения опиоидами, особенно с применением метадона, для сокращения потребления незаконных психоактивных веществ и ослабления связанных с этим последствий, а также как метода лечения беременных женщин с опиоидной зависимостью. Однако для женщин замещающее лечение опиоидами должно предоставляться в контексте всесторонней и скоординированной помощи, в рамках которой учитываются медицинские, психосоциальные и практические проблемы в жизни женщин. При обеспечении доступа к замещающему лечению опиоидами следует принимать во внимание такие вопросы, как введение гибких часов работы, уход за детьми, обеспечение транспортом и соображения безопасности.
- *Оказание комплексной и скоординированной помощи беременным женщинам и женщинам, воспитывающим детей.* Специальная литература и тематические исследования показывают, что предоставление беременным наркозависимым женщинам многопрофильной, комплексной практической помощи из единого центра способствует улучшению показателей непрерывности лечения и общих результатов лечения матерей и новорожденных. В числе успешных подходов, отмеченных во время обсуждения на совещании в Вене, необходимо выделить следующие: программы долечебной мотивации; работа, направленная на то, чтобы матери не рассматривали себя в отрыве от нерожденного ребенка, и мотивация женщин к тому, чтобы они заботились не только о здоровье ребенка, но и о своих собственных более долгосрочных потребностях охраны здоровья; планирование размера семьи; информационно-разъяснительная работа с лицами, осуществляющими дородовую и послеродовую уход, с целью формирования у них надлежащего отношения. Была также отмечена важность оказания поддержки тому, чтобы мать и ребенок размещались вместе, например в палатах для матерей с детьми при предоставлении стационарного лечения, проведения надлежащего контроля за сотрудниками, работающими с наркозависимыми

беременными женщинами, и выработка у них навыков обучения пациенток уходу за собой. Была также отмечена важность разработки моделей уменьшения вреда для беременных женщин и женщин, воспитывающих детей, продолжающих потреблять психоактивные вещества.

- *Предоставление замещающего лечения опиоидами беременным женщинам с опиоидной зависимостью.* Хотя использование метадона или других опиоидов для замещающего лечения разрешено не во всех странах, это лечение является самым подходящим для опиоидозависимых беременных женщин и женщин, кормящих грудью. В ходе обсуждений на совещании в Вене была подчеркнута необходимость разработки руководящих принципов лечения женщин с опиоидной зависимостью в тех странах, где замещающие препараты не разрешены, а также для лечения беременных женщин с использованием психостимуляторов.

Ключевые моменты

Ниже перечисляются ключевые моменты главы 5.

- Планирование и разработка программ должны основываться на тщательной оценке потребностей, причем должны быть предусмотрены механизмы мониторинга деятельности по осуществлению программы, ставящихся в отношении пациентов целей и достигаемых ими результатов.
- Успешная организация программы для женщин требует вовлечения ключевых заинтересованных сторон, которые могут оказать программе первоначальную и непрерывную поддержку, особенно в периоды нехватки ресурсов.
- Организация программы с учетом гендерных особенностей предусматривает создание структуры оказания услуг женщинам, привлечение сотрудников из числа женщин к выполнению руководящих функций, обеспечение безопасных условий для пациенток, а также наем, контролирование и подготовку сотрудников, часть из которых могут иметь какие-то общие моменты биографии с пациентами и служить примером для подражания.
- Предоставляемое на основе общины и с учетом соответствующих культурных особенностей амбулаторное или дневное лечение в центрах, расположенных близко к местам проживания женщин, улучшает доступ к лечению и снижает его стоимость. Однако некоторые женщины в силу серьезного характера проблемы потребления психоактивных веществ и связанных с этим проблем, а также в силу других обстоятельств требуют стационарного лечения.
- Существенно важными компонентами лечения женщин являются последующее наблюдение и социальная реинтеграция, включая работу, связанную с привитием навыков жизни в обществе, трудоустройством и обеспечением жильем.
- Должна проводиться всесторонняя оценка, затрагивающая такие особенно важные для женщин вопросы, как отношения между людьми, беременность, проблемы психического здоровья, включая суицидальное поведение, историю злоупотребления и бытовое насилие в данный момент.
- Программы для женщин должны в принципе строиться с учетом гендерных особенностей и основываться на комплексном подходе к разработке программ, их содержанию и соответствующим материалам. Создание программ, предназначенных только для женщин, но применяющих модель лечения мужчин с ее "навешиванием ярлыков" и конфронтацией, не принесет желаемых результатов при лечении женщин.
- Исследования показали, что разработка всесторонних или расширенных программ, включающих такие компоненты, как группы, предназначенные только для женщин, уход за детьми, дородовой уход, обсуждение вопросов, касающихся женщин, предоставление услуг по охране психического здоровья, применительно к женщинам дает более позитивные результаты по сравнению с традиционными программами с одновременным лечением мужчин и женщин.
- Подходы, предусматривающие применение когнитивной и поведенческой терапии, были рекомендованы учеными и врачами для использования при разработке программ лечения женщин.
- В результате проведенного недавно изучения вопросов психологического развития женщин было признано, что в жизни женщин центральную роль играют отношения и общение с другими людьми. Оказание женщинам помощи в изучении путей формирования и поддержания здоровых отношений, работа в группах, предназначенных только для женщин, семейное просвещение и терапия, уход за детьми на месте и обучение навыкам воспитания детей являются механизмами, с помощью которых можно поддержать потребности женщин в общении с другими людьми и сохранить круг людей, с которыми они поддерживают отношения.
- Травматические расстройства и проблемы психического здоровья широко распространены среди женщин с проблемами потребления психоактивных веществ. При оказании услуг женщинам следует иметь в виду воздействие этих проблем и разрабатывать стратегии решения этих вопросов либо на месте, либо путем направления на лечение.
- Принятие фармакологических мер лечения от опиоидной зависимости, особенно в отношении беременных женщин с опиоидной зависимостью, может способствовать сокращению потребления незаконных психоактивных веществ и частичному решению связанных с этим проблем, облегчению выполнения женщинами своих социальных функций и рождению у них более здоровых детей.

Однако фармакологические меры должны приниматься в контексте психосоциального лечения с учетом гендерных особенностей и удовлетворения других практических потребностей.

- Беременные женщины и женщины, воспитывающие детей, имеют только им присущие потребности,

которые требуют непредвзятых, комплексных и скоординированных подходов, в частности предполагающих координацию между наркологическими службами и учреждениями, занимающимися оказанием социальной помощи детям и родовым уходом.

Список литературы

1. *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.03.XI.II) (имеется на веб-сайте www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html).
2. B. Bloom and S.S. Covington, "Gender-specific programming for female offenders: What is it and why is it important?" доклад, представленный на 50-м ежегодном совещании Американского криминологического общества, Вашингтон, О.К., 11-14 ноября 1998 года (имеется на веб-сайте www.centerforgenderandjustice.org).
3. S.S. Covington, *Beyond Trauma: a Healing Journey for Women* (Center City, Minnesota, Hazelden Publishing and Educational Services, 2003) (имеется на веб-сайте www.stephaniecovington.com).
4. A. Price and C. Simmel, *Partners' Influence on Women's Addiction and Recovery: the Connection Between Substance Abuse, Trauma and Intimate Relationships* (Berkeley, California, National Abandoned Infants Assistance Resource Center, School of Social Welfare, University of California at Berkeley, 2002), p. 37 (имеется на веб-сайте <http://aia.berkeley.edu/media/pdf/partners.pdf>).
5. B. Bloom, B. Owen and S.S. Covington, *Gender-Responsive Strategies: Research, Practice, and Guiding Principles for Women Offenders* (United States, Department of Justice, National Institute of Corrections, 2003) (имеется на веб-сайте www.nicic.org/pubs/2003/018017.pdf).
6. L. Nelson-Zlupko and others, "Women in recovery: their perceptions of treatment effectiveness", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, No. 1 (1996), pp. 51-59.
7. W.C. Bonney, D.A. Randall and J.D. Cleveland, "An analysis of client-perceived curative factors in a therapy group of former incest victims", *Small Group Behavior: International Journal of Therapy, Counseling and Training*, vol. 17, No. 3 (1986), pp. 303-321.
8. J. Copeland and others, *Evaluation of a Specialist Drug and Alcohol Treatment Service for Women: Jarrah House*, Technical Report No. 17 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Center, 1993).
9. C. Kirk and K.R. Amaranth, "Staffing issues in work with women at risk for and in recovery from substance abuse", *Women's Health Issues*, vol. 8, No. 4 (1998), pp. 261-266.
10. D. Hedrich, *Problem Drug Use by Women: Focus on Community-based Interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2000) (имеется на веб-сайте www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/).
11. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse*, Treatment Improvement Protocol series No. 8 (Rockville, Maryland, 1994) (имеется на веб-сайте <http://ncadi.samhsa.gov/gov-pubs/bkd139/>).
12. R. Fiorentine and others, "Drug treatment: explaining the gender paradox", *Substance Use and Misuse*, vol. 32, No. 6 (1997), pp. 653-678.
13. Health Canada, *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2001) (имеется на веб-сайте www.cds-sca.com/).
14. National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: a Research-Based Guide*, NIH publication No. 99-4180 (National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1999), p. 3 (имеется на веб-сайте www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.html).
15. Annette Verster and Ulrik Solberg, *Social Reintegration in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 2003), p. 4 (имеется на веб-сайте www.emcdda.eu.int/index.cfm).
16. University of Washington, "Addiction Severity Index, University of Washington Modification for Pregnant and Postpartum Women" (имеется на веб-сайте <http://depts.washington.edu/fadu/ASIFExitManual.pdf>).
17. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Supplementary Administration Manual for the Expanded Female Version of the Addiction Severity Index (ASI) Instrument, the ASIF*, DHSS Publication No. 96-8056 (Rockville, Maryland, 1997).
18. M. Comfort and K. Kaltenbach, "The psychosocial history: an interview for pregnant and parenting women in substance abuse treatment and research", *Treatment for Drug Exposed Women and Their Children*, NIDA Research Monograph No. 166 (United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1996), pp. 123-142.

19. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*, Treatment Improvement Protocol series (Rockville, Maryland), в печати.
20. American Society of Addiction Medicine, *Patient Placement Criteria*, rev. 2nd ed. (Chevy Chase, Maryland, American Society of Addiction Medicine, 2001).
21. T.M. Grant and others, "When case management isn't enough: a model of paraprofessional advocacy for drug- and alcohol-abusing mothers", *Journal of Case Management*, vol. 5, No. 1 (1996), pp. 3-11.
22. T. Grant and others, "Postpartum follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy", *Journal of Community Psychology*, vol. 31, No. 3 (2003), pp. 211-222.
23. R. Orwin, L. Francisco and T. Bernichon, *Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis* (United States of America, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, May 2001), p. 34 (имеется на веб-сайте www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIESPDF/SUMMARIES/21_womens_meta_analysis.pdf).
24. O.S. Ashley, M.E. Marsden and T.M. Brady, "Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, No. 1 (2003), pp. 19-53.
25. T.M. Winhusen and F. Kropp, "Psychosocial treatments for women with substance use disorders", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 30, No. 3 (2003), pp. 483-499.
26. J. Copeland and W. Hall, "A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services", *British Journal of Addiction*, vol. 87, No. 9 (1992), pp. 1293-1302.
27. J. Copeland and W. Hall, "A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services", *British Journal of Addiction*, vol. 87, No. 6 (1992), pp. 883-890.
28. J.O. Prochaska and C.C. DiClemente, *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy* (Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin, 1984).
29. S. Rollnick and W.R. Miller, "What is motivational interviewing?", *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 23, 1995, pp. 325-334 (имеется также на веб-сайте www.motivationalinterviewing.org).
30. United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*, Treatment Improvement Protocol series No. 35 (Rockville, Maryland, 2002) (имеется на веб-сайте <http://www.health.org/govpubs/bkd342/>).
31. V.B. Brown and others, "Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: a multidimensional stages of change model", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, No. 3 (2000), pp. 231-240.
32. S.S. Covington and J. Surrey, "The Relational Model of Women's Psychological Development: implications for substance abuse", *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*, Sharon Wilsnack and Richard Wilsnack, eds. (New Brunswick, New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997), pp. 335-351 (имеется на веб-сайте www.stephaniecovington.com).
33. N. Finkelstein and others, *Gender-Specific Substance Abuse Treatment* (National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse and Mental Illness and Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Health Resources and Services Administration, 1997).
34. S.S. Covington, "Helping women recover: creating gender-responsive treatment", *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice*, S.L. Straussner and S. Brown, eds. (San Francisco, Jossey-Bass, 2002) (имеется на веб-сайте www.stephaniecovington.com).
35. S.S. Covington and J. Surrey, "The Relational Model of Women's Psychological Development: implications for substance abuse", *Work in Progress*, Working Paper Series No. 91 (Wellesley, Massachusetts, Stone Center, 2000) (имеется на веб-сайте www.stephaniecovington.com).
36. L.M. Najavits, "Training clinicians in the seeking safety treatment protocols for post traumatic stress disorder and substance abuse", *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 18, No. 3 (2000), pp. 83-98.
37. Health Canada, *Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders* (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2002) (имеется на веб-сайте www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/pdf/concurrentBestPractice.pdf).
38. M.M. Linehan and others, "Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 67, No. 1 (2002), pp. 13-26.
39. L.M. Najavits, *Seeking Safety: a Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse* (New York, Guildford Press, 2002).
40. N. Finkelstein, "A model of care for trauma-informed and trauma-sensitive services: the WELL & WELL child projects", доклад, представленный в Миссурийском весеннем педагогическом институте, 29 мая 2003 года.
41. D. Hiebert-Murphy and L. Woytkiw, "A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: the Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 18, No. 4 (2000), pp. 387-394.

42. G. Fischer, "Special issues in services for pregnant and parenting women", presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.
43. N.G. Bartholomew and others, "Effectiveness of a specialized intervention for women in a methadone program", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 3 (1994), pp. 249-255.
44. R.P. Mattick and others, "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004 (резюме имеется на веб-сайте www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002209.htm).
45. Health Canada, *Best Practices: Methadone Maintenance Treatment* (Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services of Canada, 2002) (имеется на веб-сайте www.cds-sca.com).
46. R.P. Mattick and others, "Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004 (резюме имеется на веб-сайте www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002207.htm).
47. Health Canada, *Best Practices: Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects and the Effects of Other Substance Use During Pregnancy* (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2001) (имеется на веб-сайте www.cds-sca.com).
48. N. Poole, *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women* (Vancouver, British Columbia, Centre of Excellence for Women's Health, 2000) (имеется на веб-сайте www.bccewh.bc.ca/PDFs/shewayreport.pdf).
49. G. Fischer, "Treatment of opioid dependence in pregnant women", *Addiction*, vol. 95, No. 8 (2000), pp. 1141-1144.
50. G. Fischer and others, "Maintenance therapy with synthetic opioids within a multidisciplinary program: a stabilizing necessity for pregnant opioid dependent women", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 1, No. 3 (1998), pp. 109-116.
51. G. Fischer and others, "Pregnancy and substance abuse", *Archives of Women's Mental Health*, vol. 2, No. 2 (1999), pp. 57-65.
52. G. Fischer and others, "Comparison of methadone and slow release morphine maintenance in pregnant addicts", *Addiction*, vol. 94, No. 2 (1999), pp. 231-239.
53. M.L. Comfort and K. Kaltenbach, "Biopsychosocial characteristics and treatment outcomes of pregnant cocaine dependent women in residential and outpatient substance treatment", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31, No. 3 (1999), pp. 279-289.
54. M.L. Comfort and K. Kaltenbach, "Predictors of treatment outcomes for substance-abusing women: a retrospective study", *Substance Abuse*, vol. 21, No. 1 (2000), pp. 33-45.
55. M.L. Comfort and others, "Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: a prospective longitudinal study", *Addictive Behaviors*, vol. 28, No. 2 (2003), pp. 199-224.

Библиография

Оценка и планирование лечения

United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders. Rockville, Maryland, 2002. Treatment Improvement Protocol series No. 13.

Психосоциальные меры

Bloom, B. "Gender-responsive programming for women offenders: guiding principles and practices", *Forum on corrections research* 11: 3: 22-27, 1999.

Chander, G., and McCaul, M.E. Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions, *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:469-481, 2003.

Covington, S.S. Gender-responsive services. Presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, Austria, 15-17 December 2003.

Dahlgren, L. and Willander, A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: clinical and experimental research* 13:4:499-504, 1989.

The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. By H. Jones and others. *Drug and alcohol dependence* 61:3:297-306, 2001.

Evaluation of a specialist drug and alcohol treatment service for women; Jarrah House. By J. Copeland and others. Sydney, National Drug and Alcohol Research Center, 1993. Technical report No. 17.

Gordon, S.M. Women and addiction: gender issues in abuse and treatment. Caron Foundation, 2002.

Health Canada. Best practices: substance abuse treatment and rehabilitation. Ottawa, Canada, Minister of Public Works and Government Services, 1999.

Moras, K. Behavioral therapies for female drug users: an efficacy-focused review. Drug addiction research and the health of women. Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds. Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998. p. 197-222. NIH publication No. 98-4289

Poole, N., Greaves, L., and Cormier, R.A. Integrating treatment for tobacco and other addictions at the Aurora Centre of the British Columbia Women's Hospital and Health Centre. *Canadian journal of nursing research* 35:1:95-102, 2003.

Price, A., and Simmel, C. Partners' influence on women's addiction and recovery; the connection between substance abuse, trauma and intimate relationships. Berkeley, California, University of California at Berkeley, 2002.

Swift, W., and Copeland, J. Treatment needs of women with alcohol and other drug problems; experiences and views of Australian treatment personnel. *Drug and alcohol review* 17:1:59-67, 1998.

Targeting nicotine addiction in a substance abuse program. By J.R. Sharp and others. *NIDA science and practice perspectives* 2:1:33-39, 2003.

Underhill, B.L. Recovery needs of lesbian alcoholics in treatment. *Feminist perspectives on addictions*, N. Van Den Bergh, ed. New York, Springer, 1991, p. 73-86.

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Department of Health, National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers. London, National Treatment Agency, 2002.

United States Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse. Treatment methods for women. *NIDA infofacts*, 2003.

World Health Organization. Women and the tobacco epidemic; challenges for the 21st century. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon, eds. World Health Organization, 2001. WHO/NMH/TFI/01.1

Фармакологические меры

Bogenschutz, M.P., and Geppert, C.M.A. Pharmacologic treatments for women with addictions. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:523-544, 2003.

Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women; maternal and neonatal outcomes. By R.E. Johnston and others. *Drug and alcohol dependence* 63:1:97-103, 2001.

Gordon, S.M. *Heroin; challenge for the 21st Century*. Caron Foundation, 2001.

Services provided during methadone treatment: a gender comparison. By G. A. Rowan-Szal and others. *Journal of substance abuse treatment* 19:1:7-14, 2000.

Verster, A., and Buning, E. European methadone guidelines. *Euro-Methwork*, 2000.

Беременность и воспитание детей

Bolnick, J.M., and Rayburn, W.F. Substance use disorders in women; special considerations during pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30:3:545-558, 2003.

Child care and parenting education within drug treatment programs for pregnant and parenting women. By C. McMurtrie and others. *Women's health issues* 8:4:246-253, 1998.

Council of Europe, Pompidou Group. Pregnancy and drug misuse; proceedings of the symposium on pregnancy and drug misuse. Strasbourg, France, 6 and 7 March 1997.

Council of Europe, Pompidou Group. Pregnancy and drug misuse: Up-date 2000. Proceedings of the seminar on pregnancy and drug misuse, Strasbourg, France, 29 and 30 May 2000.

Creamer, S., and McMurtrie, C. Special needs of pregnant and parenting women in recovery; a move toward a more women-centered approach. *Women's health issues* 8:4:239-245, 1998.

Fischer, G. Special issues in services for pregnant and parenting women. Presentation at the meeting of the United Nations Office on Drugs and Crime entitled "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", Vienna, 15-17 December 2003.

Howell, E.M., Heiser, N., and Harrington, M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of substance abuse treatment* 16:3:195-219, 1999.

Leopold, B., and Steffan, E. Special needs of children of drug misusers. Council of Europe, Pompidou Group, 1997.

Neonatal outcome following buprenorphine maintenance during conception and throughout pregnancy. By S. D. Schindler and others. *Addiction* 98:1:103-110.

Roberts, L. W., and Dunn, L. B. Ethical considerations in caring for women with substance use disorders. *Obstetrics and gynecology c linics of North America* 30:3:559-582, 2003.

Sherman, B.R., Sanders, L.M., and Yearde, J. Role-modeling healthy behavior; peer counseling for pregnant and postpartum women in recovery. *Women's health issues* 8:4:230-238, 1998.

Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. By G. Fischer *and others*. *Addiction* 95: 2:239-244, 2000.

United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. Benefits of residential substance abuse treatment for pregnant and parenting women; highlights from a study of 50 demonstration programs of the Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.

United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. Improving treatment for drug-exposed infants. Rockville, Maryland, 1993. Treatment Improvement Protocol series No. 5.

United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. Pregnant, substance-using women. Rockville, Maryland, 1993. Treatment Improvement Protocol series No. 2.

United States of America, National Institute on Drug Abuse. Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women; maternal and neonatal outcomes. Child and Adolescent Workgroup, 2003.

Мониторинг и оценка программ

Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций. Методологический инструментарий. Издание Организации Объединенных Наций (United Nations Office on Drugs and Crime. Methodological toolkit. United Nations sales publication).

World Health Organization. Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment. 2000, Workbook series.



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Управление по наркотикам и преступности

Vienna International Centre, PO Box 500, A 1400 Vienna, Austria
Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria
V.04-55685-February 2005-510

United Nations publication
Sales No. R.04.XI.24
ISBN 92-1-448016-8

