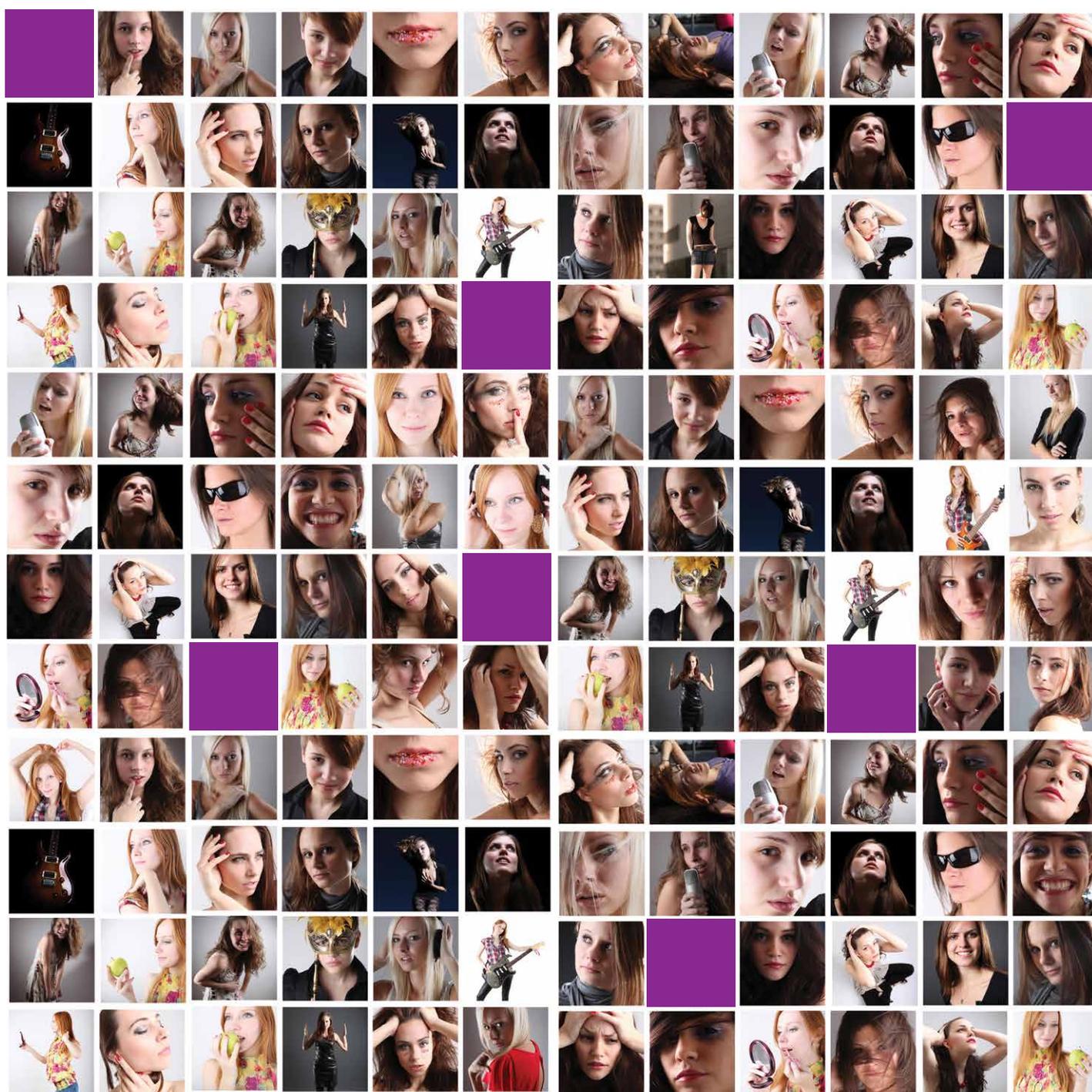




МЕЖДУНАРОДНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН



**МЕЖДУНАРОДНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ
СТАНДАРТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН**

2019

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ПРОВЕДЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН (НА ОСНОВЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ UNODC/ УПРАВЛЕНИЯ ООН ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ)

Особый подход к предотвращению употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди девочек и женщин является необходимым. Даже имеющиеся ограниченные исследования доказывают важность его развития. Есть факторы уязвимости и устойчивости, которые являются специфическими для девочек и женщин, и есть признаки того, что стратегии профилактики наркомании не должны быть одинаковыми по отношению к мальчикам и девочкам. Если отнестись к вопросу профилактики и ее результатам внимательно, то это станет очевидным. При этом возможно использование и компонентов универсальных программ, которые эффективны как для мальчиков, так и для девочек.

Текущие исследования показывают, что одним из наиболее перспективных методов профилактики употребления психоактивных веществ как мальчиками, так и девочками является работа с семьей и/или на основе семейных отношений. При этом школьно-общинные стратегии профилактики для девочек подходят гораздо меньше. Эти результаты также согласуются с факторами большей уязвимости девочек в случае наличия семейных проблем, но и большей их защищенности семейными отношениями. Разработка новых стратегий реагирования на другие факторы уязвимости и их устойчивость имеет решающее значение при работе с девочками. Девочки в целом более подвержены риску депрессии и тревог, чем мальчики с теми же характеристиками. Вероятно, в данном случае стоит уделить большее внимание программам, направленным на экранирование ими этих факторов и обеспечение их навыками как справляться с негативными эмоциями и находить здоровый, конструктивный путь решения проблем.

Часто начало употребления психоактивных веществ у девочек связано с наличием низкой самооценки, депрессией, тревогой, а также наркотической зависимостью значимых для девочки взрослых или сверстников. В связи с этим необходимым видится включение в подростковые профилактические программы того, что может иметь большую эффективность для девочек: способов борьбы со стрессом, депрессией, программ повышения социальной уверенности в себе, улучшения отношений и общения с родителями и другими важными людьми.

Вопросы безопасного поведения, в том числе при знакомстве с лицами противоположного пола, а также смысла любви, выстраивания отношений, психологические и физиологические проблемы было бы важно обсуждать как с мальчиками, так и с девочками в рамках профилактических программ. Подобные обсуждения можно проводить как совместно, так и в отдельных группах для мальчиков и девочек в зависимости от темы. Одним из наиболее сильных факторов уязвимости, провоцирующим развитие злоупотребления, является переживание насилия, в особенности сексуального. В связи с этим в программы работы с девочками

СОДЕРЖАНИЕ

Рекомендации по профилактике употребления психоактивных веществ и проведению реабилитационных программ для девочек и женщин (на основе рекомендаций UNODC/ Управления ООН по наркотикам и преступности) 3

Комитет женских организаций по вопросам противодействия алкогольной и наркотической зависимости. (WOCAD) (Стокгольм, Швеция) 21

Женская община «АРКЕН» (ARKEN) (Осло, Норвегия) 33

Возможности развития системы ранней профилактики алкогольной, наркотической и медикаментозной зависимости среди социально-уязвимых женщин. Помощь женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации. (г. Санкт-Петербург) 42

Кризисная помощь для женщин 46

и женщинами часто необходимо включать компоненты поддержки жертв и устранения посттравматических стрессовых расстройств.

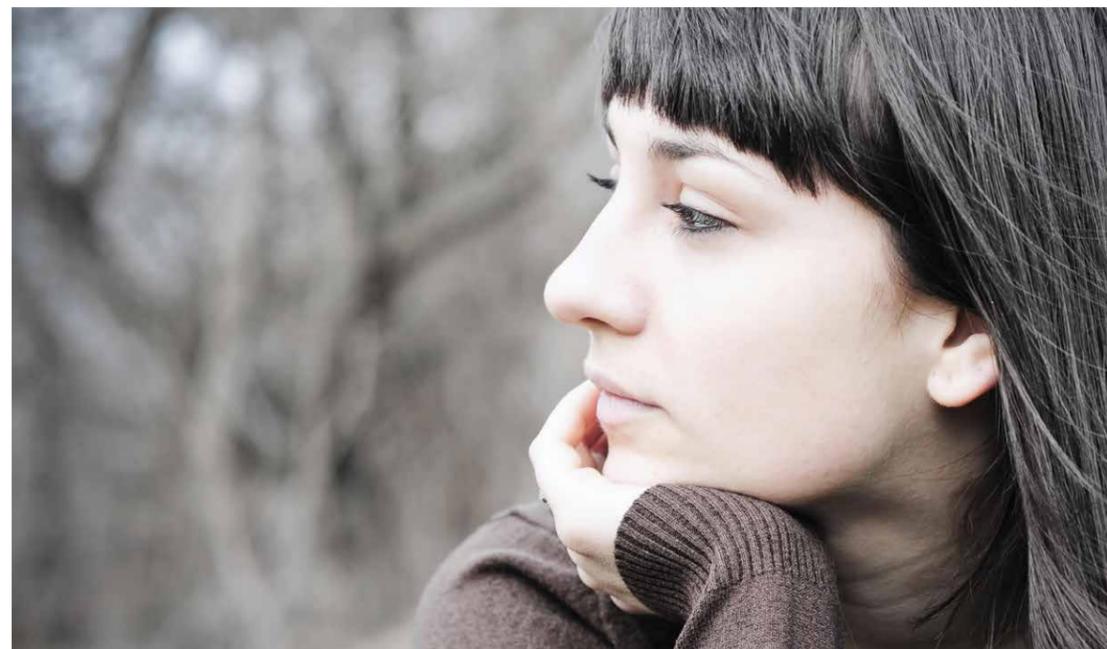
Наконец, существует связь между едой и употреблением психоактивных веществ. Давление на девушек и женщин со стороны общества в некоторых странах с тем, чтобы они соответствовали неправдоподобно тонким идеалам тела, повышает фактор их уязвимости перед зависимостями. Употреблению психоактивных веществ среди девушек и женщин часто сопутствует расстройство пищевого поведения. Компоненты его профилактики могут быть включены во все существующие области (школа, средства массовой информации, семья, сообщества и т.д.). Мониторинг и оценка эффективности профилактических программ являются все более и более важными, чем когда-либо, в особенности с включением анализа данных по полу.

Во всем мире подтверждена эффективность лишь очень ограниченного числа стратегий по профилактике наркомании и лишь мизерное количество из них оценивается с точки зрения их влияния с разбивкой по полу и проведением соответствующего анализа. Это означает, что на практике мы очень мало знаем об эффективности подавляющего большинства мероприятий по профилактике наркомании, а также политик, которые реализуются на глобальном уровне, не говоря уже об их пользе отдельно для девочек и мальчиков. Кроме того, это серьезная ситуация, особенно в случае, когда речь идет о стране, в которой большинство граждан имеют низкий или средний доход. Поэтому любая стратегия, направленная на профилактику употребления наркотиков и психоактивных веществ среди девочек и/или мальчиков должна включать систематический и научный компонент, в том числе мониторинг и оценку. В случае конкретных программ, даже не гендерно-специфических, должен осуществляться сбор и анализ данных об их влиянии на девочек и мальчиков в отдельности. Для существующих программ вторичный анализ данных может проводиться для определения их эффективности для девочек по сравнению с мальчиками. Во всех случаях результаты, в том числе отрицательные результаты, должны широко распространяться в интересах общества с целью профилактики наркомании во всем мире.

Однако, в дополнение к систематической оценке мер и политик, как отмечалось выше, существует абсолютная необходимость более глубокого понимания того, какие факторы уязвимости и устойчивости действительно являются специфическими для девочек и женщин и будут ли они меняться, и как меняется в разных культурах. Кроме того, гендерный компонент анализа необходим, чтобы определить какие аспекты вмешательства вносят наибольший вклад в эффективность профилактики для девочек и мальчиков.

Эффективное лечение и реабилитация девочек и женщин, имеющих зависимость

В отличие от программ профилактики специальные программы медицинской реабилитации и лечения, направленные исключительно на женщин и девочек, были разработаны и применялись еще в 1980-х. В настоящее время имеются



подтвержденные научные данные, на основе которых были выработаны 10 основных принципов по работе с девочками и женщинами. Конечно, результат лечения от наркотической зависимости не может определяться только полом. Тем не менее, несколько установленных факторов должны быть обязательно учтены. Лечение, «направленное на женщин»: доступное, отзывчивое к индивидуальным потребностям, устойчивое, а также осуществляемое при активном участии пациентки.

Хорошо известно, что девочки и женщины имеют различные условия жизни, в которых они начинают и продолжают употребление наркотиков. Например, девушки и женщины более вероятно впервые пробуют наркотики в присутствии близких партнеров-мужчин. В отличие от этого мальчики и мужчины чаще начинают употребление наркотиков в присутствии сверстников своего пола. Женщины обычно начинают с использования веществ в более позднем возрасте, чем мужчины и имеют иные причины для продолжения употребления данных веществ, а также выражают готовность пройти лечение ранее, чем мужчины. Кроме того, женщины, как правило, имеют больше различных сопутствующих психологических проблем (например, депрессии и тревоги), чем мужчины. При этом сам процесс лечения у женщин часто проходит более сложно.

Исследования и клинический опыт показали, что женщины и девочки хорошо реагируют на лечение, которое является «направленным на женщин». Доказано, что результаты лечения лучше, если они находятся в реабилитационных или иных центрах, где присутствуют только женщины. Программа лечения «направленного на женщин» определяется как наличие специфических возможностей принять во внимание вопросы, с которыми сталкиваются только женщины. В частности, программы лечения «направленного на женщин» учитывают социальные и структурные барьеры, ограничивающие доступ к услугам по лечению, и признают тот факт, что девушки и женщины часто находятся в подчиненной роли. Лечение, «направленное на женщин» включает в себя работу с травматическим опытом женщины и обеспечивает преодоление опыта этой травмы. Каждая пациентка имеет свои собственные уникальные сильные

и слабые стороны, и лечение направлено на то, чтобы усилить ее и уменьшить уязвимость. Женщина имеет право принимать обоснованные решения о своем лечении и активно в нем участвовать. Принципы работы с женщинами, проходящими лечение, основаны на предпосылке, что все медицинские работники будут чувствительны к потребностям девочек и женщин.

Рекомендации по работе с девочками-подростками

Важно обеспечить лечение девочек-подростков, соответствующее уровню их развития, а не хронологическому возрасту. Так же необходимо быть чувствительными к различиям в развитии девочек, чтобы внести коррективы в программы лечения. Лечение 13-летней девушки не должно быть идентичным лечению 18-летней девушки. Например, методы лечения, которые полагаются на более абстрактное мышление, не может быть полезным для девушек, которые только приобретают этот тип мышления. Общие черты развития, которые необходимо учитывать при определении лечения для подростков, страдающих химическими зависимостями, следующие.

Девочки требуют особого внимания с точки зрения их стадии когнитивного развития, развития навыков, уровня образования. Девочки, поступающие на лечение с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, часто имеют психологические, медицинские проблемы, а также трудную социальную ситуацию. Девочки и мальчики могут быть плохо мотивированы для лечения и иметь проблемы психического и физического здоровья, трудности с получением образования, сложности в семье и школе. Они часто имеют ограниченный диапазон привыкания и социальных навыков. Они могут отставать от сверстников, не употребляющих препаратов в достижении важных задач и развитии, в том числе личностном, нравственном, а также осмыслении образовательного и профессионального будущего, и семейных целей.

Исходя из возраста фактического развития пациентки на различных этапах ее жизни необходимы различные услуги. Например, девочке, возможно, потребуется информация о сексуальном и репродуктивном здоровье с учетом ее возрастных и поведенческих особенностей. Девушки, вошедшие в репродуктивный возраст, могут нуждаться в знаниях в области планирования семьи и охраны здоровья матери, что будет являться частью лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Они могут также нуждаться в поддержке в определении того, что такое здоровые отношения с партнером и как свести к минимуму вероятность эмоционального, физического и/или сексуального насилия. Важно отделение девочек от мальчиков при проведении лечения. Необходимо признать, что программы лечения, в которых смешивают мальчиков и девочек, приносят девочкам больше вреда, чем пользы. Девочки могут чувствовать себя менее комфортно, не имея возможности открыто говорить о проблемах, а также чувствовать себя физически и эмоционально безопасно.

В процессе лечения необходимо определить, какое негативное давление испытывают девочки в своей жизни и помочь им развить внутренние механизмы для их устранения. Девочки, у которых есть зависимость от психоактивных веществ, часто сталкиваются с особыми проблемами неуверенности в себе и неспособностью решать собственные эмоциональные проблемы. Девушки, как правило, более чувствительны к семейным

конфликтам, и, таким образом, жаждут стабильной сети социальной поддержки. Девушки более склонны к депрессии, чем мальчики. Таким образом, каждый из этих факторов заслуживает внимания при разработке плана лечения, который отвечает индивидуальным потребностям каждой девушки, опирается на ее уникальные сильные стороны, а также ее собственное активное участие в процессе лечения.

Девочкам необходима эмоциональная поддержка, чтобы они чувствовали себя физически и эмоционально безопасно при лечении. Девушки проходят различные физические, социальные и эмоциональные изменения, отличные от мальчиков, и они зачастую не получают достаточную поддержку, чтобы справиться с этими изменениями. Лечение может занимать длительное время, чтобы сформировать навыки безопасного поведения и получить знания о здоровом образе жизни, которые помогут безболезненно перейти во взрослую жизнь. Цели лечения должны быть четкими, динамичными, и их необходимо установить совместно с девушкой. Лечение будет наиболее эффективным для девочек, когда они принимают активное участие в его планировании, когда цели достижимы и ясны и когда они получают конструктивную обратную связь о своих успехах в лечении.

Рекомендации по работе со взрослыми женщинами

Очень важно создать среду, в которой женщина сможет проходить реабилитацию. Основным барьером к получению эффективного лечения обычно является то, что женщина живет в очень неблагоприятных социальных условиях. Это может быть катастрофическая бедность, недостаточность базовой медицинской помощи и репродуктивного ухода, низкий уровень грамотности, отсутствие доступа к бытовым услугам, а также они могут являться жертвами домашнего насилия. В некоторых обществах женщины могут иметь мало энергии и ресурсов, чтобы изменить свои жизненные обстоятельства. Женщины должны получить ресурсы для того, чтобы изменить свои жизненные обстоятельства и свести к минимуму или устранить влияние гендерного неравенства в их жизни.

Все барьеры должны быть минимизированы с тем, чтобы женщины могли получить доступ к лечению. Примеры таких структурных барьеров включают стоимость лечения, а также отсутствие территориального доступа и времени. Некоторые программы отказываются принимать пациентов, которые одновременно проходят лечение по поводу психических расстройств. Это ограничение может иметь большее влияние для женщин, чем для мужчин, потому что женщины имеют более высокую распространенность некоторых психических расстройств, таких как тревога, депрессия и посттравматический стресс, а также большую распространенность употребления психоактивных препаратов. Многие женщины с расстройствами, вызванными употреблением веществ, находятся в повышенной уязвимости к межличностному насилию (например, женщины, обменивающие секс на продукты питания, лекарства, жилье и/или одежду), а также имеют отсутствие физической и эмоциональной безопасности внутри и вне программы лечения, что может стать барьером для начала и продолжения лечения. График лечения также должен быть гибким, чтобы быть совместимым с повседневной жизнедеятельностью. Женщины

часто осуществляют основной уход за детьми, поэтому важно обеспечить место, куда они могут привести детей, пока они сами проходят лечение. Это следует рассматривать в качестве обязательных условий для любой программы лечения, которое является «направленным на женщин».

Важно обучить персонал так, что стигма, стыд, вина и страх могли бы быть сведены к минимуму при прохождении женщинами лечения. Примеры социальных барьеров, которые могут препятствовать женщинам искать помощи в лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, включают позор, стыд и чувство вины. Женщины с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, как правило, более стигматизированы, чем мужчины с такими расстройствами. Это клеймо они получают от семьи, друзей и общества, что создает контекст для стыда и вины и подчеркивает их неуспешность в оправдании ожиданий общества в том, чтобы быть хорошей дочерью, женой и матерью. Эти чувства могут быть еще сильнее у женщин, вовлеченных в секс-индустрию в связи с необходимостью их экономического выживания. В некоторых обществах у женщин есть реальный страх потерять опеку над детьми.

Женщины, которые беременны или осуществляют воспитание детей, часто боятся показать, что у них есть проблемы употребления психоактивных веществ и не обращаются за лечением. Они часто имеют вполне обоснованные опасения, что будут считаться плохими матерями и потеряют опеку над своими детьми. Женщинам часто не хватает поддержки со стороны семьи и/или мужа/партнера в их жизни. Исследования подтвердили, что женщины чаще, чем мужчины, получают психоактивные вещества от своего партнера или внутри семьи от тех, кто уже имеет проблемы с употреблением. Поскольку отношения играют такую важную роль в жизни женщин, женщины, живущие с зависимостями, могут не обращаться за лечением из боязни потерять партнера или отношения. В некоторых культурах женщинам может быть запрещено покидать свой дом, чтобы проходить лечение, или муж может не поддерживать свою жену в том, что она оставляет ради этого семейные и домашние обязанности. В этих обстоятельствах члены семьи могут направить женщину на лечение только, когда она не в состоянии выполнять свои семейные обязанности или очень больна.

Для многих женщин употребление психоактивных веществ служит способом самолечения эмоциональных проблем или преодолением проблем существования в условиях крайнего бедствия. Например, некоторые женщины одновременно с зависимостью от психоактивных веществ живут в ситуации физического и/или сексуального насилия, имеют ВИЧ и другие опасные инфекции, иногда принуждаются к оказанию сексуальных услуг и/или торговле наркотиками. В таких ситуациях женщины могут чувствовать себя подавленными жизненными обстоятельствами и не могут найти из них выход. Исследование их восприятия ситуации указывает на то, что они часто считают, что могут справиться с проблемами самостоятельно и/или не верят в эффективность лечения. Когда лечение производится в центре, где находятся только женщины, его эффективность может быть улучшена.

Цели лечения должны быть четкими, динамичными и устанавливаться совместно с женщиной. Лечение будет наиболее эффективным для женщин, когда они принимают активное участие в планировании лечения, когда цели достижимы и ясны и когда они получают положительные отзывы о прогрессе в лечении.

Лечение, основанное на теории и доказательствах

Наиболее эффективными методами лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, являются те, которые подтверждены теоретически, поскольку теория обеспечивает основу для всех аспектов ухода за пациентами. Тем не менее, даже процедуры, обоснованные теоретически, нуждаются в дополнительной доказательной базе, чтобы поддержать их использование. Высокий уровень доказательной базы для многих медицинских дисциплин (например, кардиологических) должен применяться единообразно, в том числе области работы с наркотической зависимостью. Важно отметить, что в то время как процедуры были признаны эффективными для девочек и женщин, большинство исследований расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и результатов лечения проводилось на мужчинах. Среди исследований по проблемам женщин большая часть сосредоточена на беременных и женщинах, воспитывающих детей. Таким образом, будущие исследования необходимо проводить при активном участии женщин-исследователей и сосредоточить внимание на девочках и женщинах всех возрастных категорий и на протяжении всей их жизни.

Руководство по реабилитации девочек-подростков

Фармакотерапию для лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, следует использовать с девочками только после тщательной оценки и обсуждения с девушкой всех рисков и выгод от лечения. Многие лекарственные препараты, обычно используемые для лечения взрослых расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, не были изучены в контролируемых исследованиях на подростках. Применение препаратов может быть использовано для подростков, когда считается, что они в состоянии дать согласие на такое лечение, и оно может быть применено для подростков с тяжелыми расстройствами употребления наркотиков и высоким риском дальнейшего развития зависимости. Согласие должно быть обеспечено также родителями и в соответствии с национальной законодательной политикой. Подростки, которые имеют поддержку семьи и социальную поддержку могут обходиться и без фармакотерапии в качестве стратегии профилактики рецидивов. Соответствующие препараты должны также быть использованы для лечения сопутствующих психических расстройств, как часть комплексного плана лечения, который также включает в себя психологическую поддержку. Если лекарства используются в лечении подростков, они должны использоваться с осторожностью, под тщательным контролем и учетом особенностей развития, которые отличают девочек от женщин, таких как гормональное развитие, развитие мозга, большая импульсивность и наличие полинаркоманий (употребление одновременно разных психоактивных веществ).

Основанные на фактических данных психосоциальные вмешательства являются эффективными и дают ожидаемые результаты при лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Исследования психосоциальных вмешательств для подростков с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, стали достаточно успешными. Контролируемые испытания

в настоящее время обеспечивают хорошие доказательства того, что некоторые психологические подходы к лечению могут быть эффективны в лечении девочек и мальчиков с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Некоторые из этих мер основаны на условиях, которые были эффективно использованы для взрослых и модифицированы, чтобы сделать их онтогенетически подходящими для подростков.

Семья должна быть включена в качестве одного из ресурсов при лечении расстройств, вызванных употреблением веществ, у девочек. Семейные мероприятия включают структурную стратегическую семейную терапию, обучение родительскому управлению, мультисистемную терапию (MST) и многомерную семейную терапию (MDFT). Они основаны на теории семейных систем и разделяют предположение, что дисфункциональная динамика семьи способствует развитию у подростков расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и связанных с ними проблем. На практике специалисты выполняют функциональный анализ, чтобы определить проблемы поведения и модель отношений, которые затем требуют целевых вмешательств для реструктуризации.

Когнитивно-поведенческая терапия может быть использована при работе с девочками. Когнитивно-поведенческая терапия, основанная на теории обучения, также может быть эффективной в лечении расстройств, вызванных употреблением подростками психоактивных веществ. Существуют доказательства того, что поддержание девушек и женщин, получающих позитивные результаты от когнитивно-поведенческого вмешательства, основано на функциональном анализе употребления психоактивных веществ (например, понимание употребления психоактивных веществ, как оно соотносится с предпосылками и последствиями их употребления), а также обучении пациентов навыкам поддержки абстиненции (например, распознаванию и избеганию времени или случаев, когда существует риск употребления психоактивных веществ, обучение применению навыков выживания, если отказ от таких ситуаций не представляется возможным).

Мотивационное усиление терапии может быть полезным дополнением к лечению, но оно не должно использоваться в качестве самостоятельного лечения для девочек. Мотивационное дополнение терапии используется как в качестве автономных, краткосрочных вмешательств (например, среди подростков, доставленных на скорой помощи с травмами, связанными с алкоголем или наркотиками) и может быть интегрировано с другими методами, такими как когнитивно-поведенческая терапия. Недавние контролируемые клинические испытания показывают, что лечение коморбидных психических расстройств в отдельности вряд ли могут значительно уменьшить потребление психоактивных веществ или вызывать абстиненцию у дуально диагностированных подростков.

Руководство по реабилитации взрослых женщин

Лечение «направленное на женщин» необходимо для удовлетворения их конкретных потребностей. К ним относятся помощь по уходу за ребенком, сопровождение при наличии беременности, при воспитании детей, в ситуации домашнего насилия,



пережитых сексуальных травм, виктимизации, наличии психиатрических или сопутствующих заболеваний, проблемах с жильем, необходимости поддержки в получении доходов и/или социальных услуг. На сегодняшний день большинство моделей лечения зависимостей были разработаны для мужчин и на основе данных, полученных по результатам исследований преимущественного мужского пола. Однако гендерные меры, которые предназначены для предоставления информации и услуг, специально предназначенных для женщин, начинают появляться в ответ на смешанные программы, которые зачастую не направлены на удовлетворение конкретных потребностей женщин, таких как помощь по уходу за ребенком или в воспитании детей, ситуации домашнего насилия, сексуальной травмы и виктимизации, психиатрических или иных сопутствующих заболеваний, проблемы с жильем, поддержку в получении доходов и/или социальных услуг.

Беременные женщины не должны быть отстранены от лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. В мета-анализе изучения одного фактора пола женщин исследователи пришли к выводу, что «направленное на женщин» лечение было эффективным и оказало сильнейшее воздействие на исход беременности, психологическое благополучие, отношения и снижение риска заражения ВИЧ. Необходимы дополнительные исследования, чтобы определить для каких женщин какие процедуры более эффективны. Дополнительными исследованиями также необходимо выяснить гендерные различия, как ответ на конкретные методы фармакотерапии и поведенческой терапии, чтобы определить подгруппы женщин, которые могут получить лучшие результаты по сравнению гендерно-смешанным лечением, а также для улучшения понимания эффективности и экономической эффективности гендерно-специфических методов по сравнению со стандартными.

Обучение персонала уважению и сочувствию по отношению к своим пациентам

Все сотрудники, работающие с девушками и женщинами, должны иметь соответствующую подготовку, опыт и квалификацию для работы с девочками и женщинами, которые имеют расстройства, связанные с употреблением

психоактивных веществ. Взаимодействие с пациентами уважительными способами является решающим для результатов лечения. Это означает отсутствие жестких указаний и поддержание границ конфиденциальности женщин, что позволяет им быть автономными, то есть иметь контроль над всеми аспектами своего лечения. Персонал должен работать с ориентацией на справедливость и благополучие, не причиняя вреда. Пациенты лучше всего отвечают сотрудникам, которые демонстрируют эмпатию, способность видеть взгляды пациента и создать программу лечения, которая реагирует на эти взгляды. Руководство программы несет ответственность за обеспечение того, чтобы персонал получал соответствующую подготовку, надзор и постоянную поддержку для обеспечения уважения и сопереживания. В идеале персонал должен быть обучен и «направленному на женщин» лечению, чтобы учитывать все уникальные потребности девочек и женщин. Однако если персоналу не хватает такого обучения, его отсутствие не должно использоваться в качестве причины для исключения девушек и женщин из программ лечения. Существует необходимость сбалансировать надлежащую подготовку с необходимостью оказания услуг девочкам и женщинам.

Руководство для персонала при работе с девочками-подростками

Поставщики лечения должны быть чувствительны к мотивационным барьерам девочек для получения позитивных изменений уже в начале вмешательства. Стиль и личность медработника, философия ухода считаются очень важными в лечении девочек с нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ. Врач должен быть по-настоящему заинтересован в девушке, как личности, а затем уже начать разбираться в ее проблемах, а также в проблемах ее родителей. Врач должен действительно чувствовать себя комфортно с девочками и уметь хорошо общаться со своими пациентами и родителями или опекунами. Клиницист должен способствовать укреплению семейных связей, обеспечивая при этом конфиденциальность при работе с личными проблемами.

Врач должен вести беседу, слушая и показывая интерес. Это важно, но не всегда легко установить контакт с девушкой во время первого визита или первых нескольких визитов. Слушание может быть ключом к развитию взаимопонимания, как и демонстрация заботы и интереса с непредвзятым отношением. Подросток должен также иметь время на то, чтобы задать вопросы. Клиницист должен обеспечить конфиденциальность. Очень важно обеспечить чувство конфиденциальности с любым пациентом, но в особенности с молодой девушкой. Специалисты должны быть знакомы с этими правилами, которые охватывают и согласие, и конфиденциальность для несовершеннолетних, в особенности при проживании в одной местности. Также следует обсудить пределы конфиденциальности. Родители также должны быть в курсе этих принципов конфиденциальности.

Врач должен действовать в качестве защитника, потому что девушка, возможно, имела встречи с некоторыми взрослыми, которые ее не поддерживали и не помогли. Специалист должен подчеркивать положительные качества девушки, характеристики и способности. Это не то же самое, что поддерживать ее рискованное поведение.

Руководство для персонала при работе со взрослыми женщинами

Персонал должен быть обучен, как относиться к женщинам с уважением и сочувствием. Демонстрация уважения и сочувствия к женщинам в каждом случае взаимодействия является наиболее важной для начала лечения. При начале лечения разрешить активные и взаимозависимые роли окружающих для женщин. Лечение в этом контексте принимает во внимание гендерные роли и женскую социализацию. Лечение подчеркивает взаимность и эмпатию и дает женщинам возможность получить силу и ресурсы для решения своих проблем. Специалисты должны рассматривать уникальные проблемы лечения женщин, учитывая их психологические травмы, родительские навыки, механизмы преодоления проблем и самооценку. Женщины чувствуют себя более способными разделить власть для конструктивных, творческих целей.

Планирование непрерывного лечения – от скрининга до выполнения

Перед тем как пациентка начинает соответствующее лечение, необходимо оценить наличие и тяжесть зависимости и расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Учитывая, что девушки и женщины, весьма вероятно, имеют многочисленные потребности в лечении, которые охватывают физические, психические и социальные области, в связи с чем им необходим полный скрининг для выявления областей, в которых может потребоваться помощь. Далее процесс оценки необходимо продлить, чтобы определить степень и тяжесть каких-либо выявленных проблем, которые первоначально были определены в любой области скрининга. Экранирующие оценки и выводы затем формируют основу индивидуального плана лечения, который позволяет вовлечь пациентку в лечение и обратиться ко всем ее важным вопросам. Интенсивность и продолжительность лечения должна быть адекватной потребностям пациентки. Многочисленные исследования подтверждают, что результаты улучшаются, если модальность и интенсивность лечения соответствуют интенсивности потребления наркотиков пациенткой до начала лечения, а также соответствует другим психосоциальным потребностям. Планирование лечения должно быть динамичным процессом, принимать во внимание тяжесть каждой проблемы, а также учитывать ресурсы, которые имеются у женщины. При планировании лечения необходимо предполагать, как пациентка будет прогрессировать в лечении и обсудить, где она будет получать услуги после того, как лечение будет закончено. Принятие решения и анализ целей лечения, лучших подходов к лечению является интерактивным процессом с участием с пациентки.



Общее руководство при работе с девочками-подростками и взрослыми женщинами

В программы реабилитации должен быть включен план охвата девочек, которые не могут легко получить доступ к медицинской помощи. Для многих мест в мире проблемы женщин являются скрытыми и не оцениваются, как важные. Женщины часто находят возможность получения помощи на основе информации от других женщин, которые сами употребляли/употребляют наркотики. Таким образом, охват информацией социальных работников и доверенных представителей сообщества может быть полезным в плане охвата уязвимых женщин, чтобы обучить их тому, как рассказывать об услугах и доступности лечения, а также обеспечить первичную мотивацию для его начала. Кроме того, распространение информации часто требуется, чтобы достичь скрытых групп населения, таких как девочки, которые не могут сами получить доступ к реабилитационным программам или участвовать в лечении.

Первичная диагностика и методы оценки имеют важное значение для определения необходимости и вида услуг для лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Диагностика и методы оценки расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и других проблем психического здоровья для женщин должны быть легко доступны. Эти инструменты также необходимы для беременных женщин. Методы первичной оценки и диагностики для молодежи, в том числе для девочек, гораздо менее надежны, чем те, что применяются для взрослых, в том числе женщин. При этом специфическая диагностика и оценка, подходящие исключительно для девочек, в настоящее время недоступны. Когда это возможно и целесообразно, родители или опекуны девушки должны присутствовать при ее первоначальном клиническом интервью. Их присутствие позволяет консультанту устанавливать правила конфиденциальности (в том числе при сообщении о злоупотреблениях, пренебрежении или угрозах причинения вреда себе или другим), получить историю раннего развития и оценить динамику семьи. Дополнительное личное интервью с подростком важно, чтобы облегчить эффективное лечение и добыть

правдивую информацию об употреблении наркотиков и поведенческих проблемах девушки, которые она может не обозначать в присутствии родителей или иных лиц.

Рассмотрим негативные непреднамеренные последствия постановки диагнозов. Именно поставленный диагноз, касающийся зависимости и/или психических расстройств, может иметь негативные непредсказуемые последствия для различных областей жизни женщины или поставить под угрозу ее семью и близких. Будучи идентифицированной как потребитель наркотиков, женщина попадает под угрозу лишения родительских прав в отношении своих детей, а также может быть подвергнута дискриминации на рынке труда и в других областях. Хотя такое происходит не всегда, тем не менее данный фактор всегда стоит учитывать. Потратьте время на построение плана лечения и установление твердых доверительных отношений между девушкой или женщиной и медицинским работником. Она должна верить, что внимание будет уделяться ей профессионально, конфиденциально и уважительно. Девушки и женщины более склонны к лечению, если лечащий врач показывает сопереживание и терапевтический альянс с ней. Кроме того, предоставление лечения «направленного на женщин» увеличит вероятность того, что женщины будут участвовать и продолжать лечение.

Усиление и повышение ресурсов женщины увеличивает шансы успешного планирования результатов лечения девочек и женщин и делает его более успешным, когда они являются активными партнерами в определении целей и имеют право голоса в определении курса их лечения. Планирование лечения должно быть совместным, то есть это совместные усилия девушки/женщины и специалиста. Она нуждается в обратной связи и возможности изменить аспекты планирования лечения, которые по ее мнению не работают. Удержание в лечении скорее всего произойдет, если она чувствует свою ответственность за лечение и определение изменений в собственной жизни. Важно начать думать и готовиться к окончанию лечения задолго до того, как это произойдет. Это важно для того, чтобы пациентка была хорошо подготовлена к дальнейшей жизни после прохождения лечения, могла получить новые жизненные навыки и совершить более плавный переход к нормальной жизни.

Решение психических проблем пациенток, вызванных употреблением психоактивных веществ

По сравнению с мальчиками и мужчинами с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, девушки и женщины, как правило, имеют больше медицинских проблем в детстве, предшествующей жизни или находятся в травмирующей ситуации в настоящее время, они часто пережили насилие и имеют серьезные социальные проблемы. Таким образом, эти множественные проблемы должны рассматриваться для учета при назначении комплексного лечения. Хотя этот документ ориентирован на обсуждение вопросов, связанных с девочками-подростками или женщинами, крайне важно, чтобы лечение было целесообразно для настоящей стадии развития жизни пациентки, а также чувствительно к таким потенциально важным характеристикам как ее этническая принадлежность и культура, история семьи и сексуальная ориентация.

Руководство для работы с девочками-подростками

Эмоциональное и физическое пренебрежение и / или эмоциональное, физическое и сексуальное насилие очень вероятно присутствовало у девочек с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и эти вопросы должны быть обязательно учтены. Как уже отмечалось, расстройства с употреблением психоактивных веществ происходят в контексте сложных жизненных проблем. Эти вопросы могут включать в себя бедность, лишения, плохое питание, экологическое неравенство (например, нет доступа к чистой воде), подверженность различным формам насилия, принудительного труда или принудительной изоляции, и необработанные коморбидные психические расстройства. У девочек часто присутствует острое осознание детской и/или текущей травмы, психологического и физического пренебрежения, и/ или эмоционального, физического и сексуального насилия. Эти вопросы необходимо учитывать одновременно и интегрировать для учета при лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, а не рассматривать параллельно.

Комплексная стратегия лечения употребления психоактивных веществ одновременно с коморбидными психическими проблемами имеет важное значение для улучшения результатов лечения. Коморбидные психиатрические проблемы СДВГ, депрессии, биполярное расстройство, тревожные расстройства и расстройства пищевого поведения распространены у девочек с проблемами, вызванными употреблением веществ. До недавнего времени мало было известно о безопасности и эффективности лекарственных средств для лечения психических расстройств у подростков с проблемами, вызванными употреблением веществ, или возможностями неблагоприятных взаимодействий между используемыми препаратами. Таким образом, врачи по понятным причинам отказываются от лечения психических расстройств с помощью лекарств в этой группе населения часто, ссылаясь на лечение от наркомании молодых людей, а затем уже психических сопутствующих заболеваний. Этот последовательный подход обоснован, но увековечивает клиническую дилемму. Лечение коморбидного расстройства задерживается в ожидании успешного

медикаментозного лечения, но без лечения психического заболевания значительно снижает вероятность успешного лечения наркомании. Хотя осторожность разумна и идеальна до начала фармакотерапий коморбидного расстройства, риски лечения должны быть сбалансированы с потенциальными последствиями ухода от лечения психического заболевания. Пока не достигнут консенсус по вопросу того, что такое «наилучшая практика» для использования лекарственных средств при лечении сопутствующих патологических расстройств подростков, имеющих двойной диагноз. Результаты недавних исследований являются предварительными.

Биполярное расстройство личности можно лечить в то время, как девушка находится на лечении по поводу расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Данные относительно девочек и мальчиков подросткового возраста поддерживают мнение о необходимости лечения биполярного расстройства в контексте одновременного лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Девочкам-подросткам с тяжелой депрессией часто необходимо получать как психотерапию, так и фармакотерапию. Как когнитивно-поведенческая терапия, так и межличностная психотерапия продемонстрировали эффективность при лечении депрессии у подростков без нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ. Когнитивно-поведенческая терапия также может быть полезной при лечении тревожных расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства, которое часто более характерно для девочек-подростков, чем для мальчиков. Лекарственные препараты для лечения тревожных расстройств у подростков, употребляющих психоактивные вещества, в настоящее время недостаточно изучены

Руководство для работы со взрослыми женщинами

Женщины нуждаются в целостном подходе, который включает в себя одновременно решение проблем физического и психического здоровья. Женщины обычно сталкиваются с рядом тех же проблем при употреблении психоактивных веществ, что и девочки-подростки. Существует необходимость сосредоточиться на комплексном подходе к лечению, что включает в себя, как повышение ресурсов выживаемости, так и основную медицинскую помощь, оценку гинекологического и психологического здоровья, а также восстановление после травмы (детской и/или текущей), способность стать экономически независимой, жить в безопасном жилище, установить и поддерживать здоровые отношения с партнером, обеспечить воспитание и уход за детьми, построить хорошие рабочие отношения.

Включение интерактивного обучения навыкам и практике повышения собственной эффективности и компетентности

Результаты лечения алкогольных и/или иных расстройств будут улучшены, если женщине дают знания и поддержку, чтобы изменить поведение, предполагающее

использование психоактивных веществ, а также знания и возможность практиковать навыки, связанные с преодолением рискованного поведения и проблем в различных областях жизни. С навыками, полученными в безопасной среде, девочки и женщины могут получить уверенность в самоэффективности, убеждение, что они могут внести существенные изменения в собственную жизнь, а также иметь компетентность, чтобы претворить эти изменения в жизнь.

Девушкам нужны соответствующие их уровню развития позитивные модели, практики, навыки, такие как бесконфликтные переговоры и коммуникации, навыки отказа от наркотиков и рискованного поведения. Выполнение домашних заданий за пределами прохождения лечения может укрепить эти навыки. Домашнее задание используется в когнитивно-поведенческой терапии и также является активным компонентом для снижения потребления психоактивных веществ среди женщин.

Кроме того, женщины заслуживают того, чтобы иметь точную информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье, а также средства и навыки, чтобы защитить себя. Женщины должны получить знания о безопасном сексуальном поведении.

Признание и учет специфических потребностей женщин во время беременности и послеродовой период

Подавляющее большинство девушек и женщин начинают лечение от алкогольной и иной зависимости во время беременности из-за их беспокойства по поводу здоровья будущего ребенка.

Беременная девочка-подросток или женщина должна получать дородовой уход, а не быть вынуждена прервать беременность или чувствовать себя стигматизированной любым врачом. Беременным девушкам и женщинам должны быть предложены консультации, если они не хотят прервать беременность. Для беременных девушек и женщин стигматизация, связанная с употреблением психоактивных веществ, страх потерять опеку над ребенком и угроза лишения свободы часто создают непреодолимые барьеры для начала лечения. Создание доступности лечения, благожелательность, непредвзятость и поддержка имеет важное значение для преодоления таких барьеров.

Беременная девочка-подросток или женщина заслуживает того, чтобы получить лечение, которое соответствует тяжести ее алкогольной или наркотической зависимости. С пациенткой полезно обсудить объем дородовой помощи с точки зрения того, что можно ожидать при каждом посещении врача, почему необходимы определенные процедуры и проведение анализов. Обсуждение должно также включать в себя конкретные риски употребления психоактивных веществ и, в частности, лекарственного взаимодействия. Пренатальное санитарное просвещение должно быть обеспечено с помощью лекций, проводимых средним медицинским персоналом, видео и/или печатных буклетов. Любые печатные материалы должны быть написаны на соответствующем уровне для понимания пациентками. Беременные пациентки с опиоидной зависимостью должны иметь полное понимание рисков и выгод от медикаментозной терапии во время беременности.

Большое внимание должно быть уделено обеспечению того, чтобы девочки и женщины были информированы о любой медицинской процедуре, прежде чем она происходит, давая им право голоса при принятии решений, что может помочь избежать вторичной травмы тем, у кого есть опыт пережитого насилия и виктимизации. Обезболивание во время родов необходимо принимать всерьез, так как много людей с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, обладает повышенной чувствительностью к боли. Для потребителей опиоидов может потребоваться больше обезболивающего, чтобы облегчить боль, чем не имеющим химической зависимости женщинам. Для внутриутробно накопленных опиоидами детей должны быть оценены риски опиоидной абстиненции новорожденных и на основе оценки состояния составлен план лечения.

Руководство по работе с девочками-подростками и женщинами

Беременность в подростковом возрасте требует специального ухода для девочек, так как они подвергаются более высокому риску акушерских проблем по сравнению со взрослыми женщинами. Более того, их даже в большей степени, чем взрослых женщин, необходимо готовить к труду и уходу за собой и своим ребенком, так как часто они еще не имеют подобных навыков.

Соответствующие программы должны реализовываться в сотрудничестве с социальными службами и иными организациями по защите детей. Нормативно-правовая база и организация услуг по защите детей могут сильно варьироваться в глобальном масштабе, но программа лечения наркозависимости обычно всегда относится к компетенции медицинских учреждений. В этом контексте именно они должны обеспечивать пациентке поддержку, клинические услуги и направления, необходимые для устранения или уменьшения вероятности того, что о матери нужно будет сообщать в службы защиты детей.

Беременные девушки и женщины с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, не должны быть лишены акушерской помощи. Акушерские осложнения, которые возникают у беременных девочек и женщин с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, аналогичны тем, которые наблюдаются у беременных женщин, которые не получают дородовой уход (самопроизвольный аборт, мертворождение, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды/преждевременный разрыв мембраны, анемия, преэклампсия, отслойка плаценты и т.д.). Таким образом, беременные девочки с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, должны получить соответствующее обследование и оценку имеющихся акушерских рисков. При этом они должны заниматься лечением от наркозависимости, как в начале беременности, насколько это возможно, так и на ее протяжении. Программа лечения должна обеспечить скоординированные услуги, которые включают в себя как дородовой уход, так и преодоление употребления психоактивных веществ.

Акушерская помощь и антинаркотическое лечение являются наиболее эффективными для девочек и женщин, когда они осуществляются в комплексной форме. Скоординированные услуги могут предоставляться в различных условиях:

в организациях дородовой и акушерской помощи, могут быть интегрированы в рамках программы комплексного лечения от химической зависимости или лечение может быть частью комплексной перинатальной программы по дородовому уходу для женщин с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

Адаптация лечения в соответствии с этническим, культурными и социально-экономическими особенностями пациентки

Медикаментозное лечение для девочек и женщин более эффективно, если оно адаптировано к местным условиям и обстоятельствам их жизни в местном сообществе. Большое внимание должно быть уделено как выбору методов лечения, так и основанным на фактических данных подходам, а также как методам их совершенствования с учетом местных условий и обстоятельств. Внимательный, чувствительный и тщательный процесс проверки методов лечения важен, так как любой из них предполагает некоторое вмешательство в среду, окружающую девочек и женщин, а потому адаптированное лечение больше соответствует их реальным потребностям.

Девушки и женщины этнических меньшинств могут столкнуться с дополнительными трудностями при доступе к услугам по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Это может быть связано в том числе с языковыми трудностями или несовместимостью аспектов лечения с религиозными или духовными практиками. Этническое, культурное и религиозное разнообразие необходимо принимать во внимание при предоставлении лечения. Культурные медиаторы, возможно, должны быть вовлечены в работу с этими пациентками, чтобы помочь им в доступе к лечению.



КОМИТЕТ ЖЕНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ (WOCAD) (СТОКГОЛЬМ, ШВЕЦИЯ)

Организация основана в 1943 году.

Является объединением 38-ми женских организаций (объединяет более 330 тыс. женщин). Основное направление деятельности – это профилактика алкогольной, наркотической и медикаментозной зависимости с фокусом на обеспечение здоровья и безопасности, а также защиту прав и интересов женщин.

«Зависимость от алкоголя, наркотиков и других препаратов – это глобальная проблема здоровья. И именно девушки и женщины являются наиболее уязвимыми перед этим злом. Однако все исследования обычно проводятся в отношении мужчин, включая исследования по профилактике и различным формам лечения и реабилитации»

Лена Хараке, президент WOCAD

Основные виды деятельности

Продвижение здорового образа жизни

- разработка информационных материалов и проведение информационных компаний
 - проведение семинаров, конференций, тренингов, образовательных мероприятий
 - проведение и поддержка исследований
 - сотрудничество с организациями стран Северной Европы, Европейского Союза и иное международное сотрудничество.
 - продвижение гендерно-сензитивного лечения/реабилитации
 - развитие специфического лечения/реабилитации для женщин, направленного на
 - повышение самооценки, борьбу с тревогой и депрессией, создание безопасной среды для работы с чувством вины и стыда, социальную поддержку при совмещении лечения и ухода за детьми, пожилыми лицами и т.д.
- (Традиционные методы лечения и профилактики обычно не включают эти компоненты).

Развитие программ, направленных на «работу с травмой», как часть профилактики и реабилитации

Повышение уровня компетенции специалистов в области «работы с травмой», чтобы работающий с женщинами/девушками из групп риска

- осознавал широкое воздействие травмы и понимал потенциальные пути восстановления;
- умел распознавать признаки и симптомы травмы у клиенток, семей, сотрудников и других лиц, связанных с системой помощи женщинам;
- умел интегрировать свои знания в практическую работу;
- стремился противостоять повторной травматизации женщины.

Данный подход может быть реализован практически в любых организациях, которые оказывают женщинам, попавшим в трудную ситуацию, социальные, медицинские и иные виды услуг.

Свою деятельность WOCAD основывает на руководящих идеях и принципах **Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин** (Принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 года. Открыта для подписания, ратификации и присоединения 1 марта 1980 г. резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 34/180 от 18 декабря 1979 г. Вступила в силу 3 сентября 1981 г. По состоянию на 15 июня 2001 г. 97 участников. СССР подписал 17 июля 1980 г. Ратифицирована Президиумом Верховного Совета СССР 19 декабря 1980 г. с оговоркой. Ратификационная грамота СССР депонирована Генеральному секретарю ООН 23 января 1981 г. Вступила в силу для СССР 3 сентября 1981 г.)

Государства-участники настоящей Конвенции, учитывая, что Устав Организации Объединенных Наций вновь утвердил веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности и в равноправие мужчин и женщин, учитывая, что Всеобщая декларация прав человека¹ подтверждает принцип недопущения дискриминации и провозглашает, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах и что каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными в ней, без какого-либо различия, в том числе различия в отношении пола, учитывая, что на государства — участники Международных пактов о правах человека² возлагается обязанность обеспечить равное для мужчин и женщин право пользования всеми экономическими, социальными, культурными, гражданскими и политическими правами, принимая во внимание международные конвенции, заключенные под эгидой Организации Объединенных Наций и специализированных учреждений в целях содействия равноправию мужчин и женщин, учитывая также резолюции, декларации и рекомендации, принятые Организацией Объединенных Наций и специализированными учреждениями в целях содействия равноправию мужчин и женщин, будучи озабочены, однако, тем, что, несмотря на эти различные документы, по-прежнему имеет место значительная дискриминация в отношении женщин, напоминая, что дискриминация женщин нарушает причины равноправия и уважения человеческого достоинства, препятствует участию женщины наравне с мужчиной в политической, социальной, экономической и культурной жизни своей страны, мешает росту благосостояния общества и семьи и еще больше затрудняет полное раскрытие возможностей женщин на благо своих стран и человечества, будучи озабочены тем, что в условиях нищеты женщины имеют наименьший доступ к продовольствию, здравоохранению, образованию, профессиональной подготовке и возможностям для трудоустройства, а также к другим потребностям, будучи убеждены, что установление нового международного экономического порядка, основанного на равенстве и справедливости, будет значительно способствовать обеспечению равенства между мужчинами и женщинами, подчеркивая, что ликвидация апартеида, всех форм расизма, расовой дискриминации, колониализма, неоколониализма, агрессии, иностранной оккупации и господства и вмешательства во внутренние дела государств является необходимой для полного осуществления прав мужчин и женщин, подтверждая, что укрепление международного мира и безопасности, ослабление международной напряженности, взаимное сотрудничество между всеми государствами независимо от их социальных и экономических систем, всеобщее и полное разоружение, и в особенности ядерное

разоружение под строгим и эффективным международным контролем, утверждение принципов справедливости, равенства и взаимной выгоды в отношениях между странами и осуществление права народов, находящихся под иностранным и колониальным господством и иностранной оккупацией, на самоопределение и независимость, а также уважение национального суверенитета и территориальной целостности государств будут содействовать социальному прогрессу и развитию, и, как следствие этого, будут способствовать достижению полного равенства между мужчинами и женщинами, будучи убеждены в том, что полное развитие стран, благосостояние всего мира и дело мира требуют максимального участия женщин наравне с мужчинами во всех областях, учитывая значение вклада женщин в благосостояние семьи и в развитие общества, до сих пор не получившего полного признания, социальное значение материнства и роли обоих родителей в семье и в воспитании детей и сознавая, что роль женщины в продолжении рода не должна быть причиной дискриминации, поскольку воспитание детей требует совместной ответственности мужчин и женщин и всего общества в целом, памятуя о том, что для достижения полного равенства между мужчинами и женщинами необходимо изменить традиционную роль как мужчин, так и женщин в обществе и в семье, преисполненные решимости осуществить принципы, провозглашенные в Декларации о ликвидации дискриминации в отношении женщин, и для этой цели принять меры, необходимые для ликвидации такой дискриминации во всех ее формах и проявлениях, согласились о нижеследующем:

Часть I

Статья 1

Для целей настоящей Конвенции понятие «дискриминация в отношении женщин» означает любое различие, исключение или ограничение по признаку пола, которое направлено на ослабление или сводит на нет признание, пользование или осуществление женщинами, независимо от их семейного положения, на основе равноправия мужчин и женщин, прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой другой области.

Статья 2

Государства-участники осуждают дискриминацию в отношении женщин во всех ее формах, соглашаются безотлагательно всеми соответствующими способами проводить политику ликвидации дискриминации в отношении женщин и с этой целью обязуются:

- a) включить принцип равноправия мужчин и женщин в свои национальные конституции или другое соответствующее законодательство, если это еще не было сделано, и обеспечить с помощью закона и других соответствующих средств практическое осуществление этого принципа;
- b) принимать соответствующие законодательные и другие меры, включая санкции, там, где это необходимо, запрещающие всякую дискриминацию в отношении женщин;
- c) установить юридическую защиту прав женщин на равной основе с мужчинами и обеспечить с помощью компетентных национальных судов и других государственных учреждений эффективную защиту женщин против любого акта дискриминации;

- d) воздерживаться от совершения каких-либо дискриминационных актов или действий в отношении женщин и гарантировать, что государственные органы и учреждения будут действовать в соответствии с этим обязательством;
- e) принимать все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин со стороны какого-либо лица, организации или предприятия;
- f) принимать все соответствующие меры, включая законодательные, для изменения или отмены действующих законов, постановлений, обычаев и практики, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин;
- g) отменить все положения своего уголовного законодательства, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин.

Статья 3

Государства-участники принимают во всех областях, и в частности в политической, социальной, экономической и культурной областях, все соответствующие меры, включая законодательные, для обеспечения всестороннего развития и прогресса женщин, с тем чтобы гарантировать им осуществление и пользование правами человека и основными свободами на основе равенства с мужчинами.

Статья 4

1. Принятие государствами-участниками временных специальных мер, направленных на ускорение установления фактического равенства между мужчинами и женщинами, не считается, как это определяется настоящей Конвенцией, дискриминационным, однако оно ни в коей мере не должно влечь за собой сохранение неравноправных или дифференцированных стандартов; эти меры должны быть отменены, когда будут достигнуты цели равенства возможностей и равноправного отношения,
2. Принятие государствами-участниками специальных мер, направленных на охрану материнства, включая меры, содержащиеся в настоящей Конвенции, не считается дискриминационным.

Статья 5

Государства-участники принимают все соответствующие меры с целью:

- a) изменить социальные и культурные модели поведения мужчин и женщин с целью достижения искоренения предрассудков и упразднения обычаев и всей прочей практики, которые основаны на идее неполноценности или превосходства одного из полов или стереотипности роли мужчин и женщин;
- b) обеспечить, чтобы семейное воспитание включало в себя правильное понимание материнства как социальной функции и признание общей ответственности мужчин и женщин за воспитание и развитие своих детей при условии, что во всех случаях интересы детей являются преобладающими.

Статья 6

Государства-участники принимают все соответствующие меры, включая законодательные, для пресечения всех видов торговли женщинами и эксплуатации проституции женщин.

Часть II

Статья 7

Государства-участники принимают все соответствующие меры по ликвидации дискриминации в отношении женщин в политической и общественной жизни страны и, в частности, обеспечивают женщинам на равных условиях с мужчинами право:

- a) голосовать на всех выборах и публичных референдумах и избираться во все публично избираемые органы;
- b) участвовать в формулировании и осуществлении политики правительства и занимать государственные посты, а также осуществлять все государственные функции на всех уровнях государственного управления;
- c) принимать участие в деятельности неправительственных организаций и ассоциаций, занимающихся проблемами общественной и политической жизни страны.

Статья 8

Государства-участники принимают все соответствующие меры, чтобы обеспечить женщинам возможность на равных условиях с мужчинами и без какой-либо дискриминации представлять свои правительства на международном уровне и участвовать в работе международных организаций.

Статья 9

1. Государства-участники предоставляют женщинам равные с мужчинами права в отношении приобретения, изменения или сохранения их гражданства. Они, в частности, обеспечивают, что ни вступление в брак с иностранцем, ни изменение гражданства мужа во время брака не влекут за собой автоматического изменения гражданства жены, не превращают ее в лицо без гражданства и не могут заставить ее принять гражданство мужа.
2. Государства-участники предоставляют женщинам равные с мужчинами права в отношении гражданства их детей.

Часть III

Статья 10

Государства-участники принимают все соответствующие меры для того, чтобы ликвидировать дискриминацию в отношении женщин, с тем чтобы обеспечить им равные права с мужчинами в области образования и, в частности, обеспечить на основе равенства мужчин и женщин:

- a) одинаковые условия для ориентации в выборе профессии или специальности, для доступа к образованию и получению дипломов в учебных заведениях всех категорий как в сельских, так и в городских районах; это равенство обеспечивается в дошкольном, общем, специальном и высшем техническом образовании, а также во всех видах профессиональной подготовки;
- b) доступ к одинаковым программам обучения, одинаковым экзаменам, преподавательскому составу одинаковой квалификации, школьным помещениям и оборудованию равного качества;
- c) устранение любой стереотипной концепции роли мужчин и женщин на всех уровнях

и во всех формах обучения путем поощрения совместного обучения и других видов обучения, которые будут содействовать достижению этой цели, и, в частности, путем пересмотра учебных пособий и школьных программ и адаптации методов обучения;

d) одинаковые возможности получения стипендий и других пособий на образование;

e) одинаковые возможности доступа к программам продолжения образования, включая программы распространения грамотности среди взрослых и программы функциональной грамотности, направленные, в частности, на сокращение как можно скорее любого разрыва в знаниях мужчин и женщин;

f) сокращение числа девушек, не заканчивающих школу, и разработку программ для девушек и женщин, преждевременно покинувших школу;

g) одинаковые возможности активно участвовать в занятиях спортом и физической подготовкой;

h) доступ к специальной информации образовательного характера в целях содействия обеспечению здоровья и благосостояния семей, включая информацию и консультации о планировании размера семьи.

Статья 11

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области занятости, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин равные права, в частности:

- a) право на труд как неотъемлемое право всех людей;
- b) право на одинаковые возможности при найме на работу, в том числе применение одинаковых критериев отбора при найме;
- c) право на свободный выбор профессии или рода работы, на продвижение в должности и гарантию занятости, а также на пользование всеми льготами и условиями работы, на получение профессиональной подготовки и переподготовки, включая ученичество, профессиональную подготовку повышенного уровня и регулярную переподготовку;
- d) право на равное вознаграждение, включая получение льгот, на равные условия в отношении труда равной ценности, а также на равный подход к оценке качества работы;
- e) право на социальное обеспечение, в частности в случае ухода на пенсию, безработицы, болезни, инвалидности, по старости и в других случаях потери трудоспособности, а также право на оплачиваемый отпуск;
- f) право на охрану здоровья и безопасные условия труда, в том числе по сохранению функции продолжения рода.

2. Для предупреждения дискриминации в отношении женщин по причине замужества или материнства и гарантирования им эффективного права на труд государства-участники принимают соответствующие меры для того, чтобы:

- a) запретить, под угрозой применения санкций, увольнение с работы на основании беременности или отпуска по беременности и родам или дискриминацию ввиду семейного положения при увольнении;
- b) ввести оплачиваемые отпуска или отпуска с сопоставимыми социальными пособиями по беременности и родам без утраты прежнего места работы, старшинства или социальных пособий;
- c) поощрять предоставление необходимых дополнительных социальных услуг, с тем чтобы позволить родителям совмещать выполнение семейных обязанностей с трудовой деятельностью и участием в общественной жизни, в частности посредством создания и расширения сети учреждений по уходу за детьми;

d) обеспечивать женщинам особую защиту в период беременности на тех видах работ, вредность которых для их здоровья доказана.

3. Законодательство, касающееся защиты прав, затрагиваемых в настоящей статье, периодически рассматривается в свете научно-технических знаний, а также пересматривается, отменяется или расширяется, насколько это необходимо.

Статья 12

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи.

2. Независимо от положения пункта 1 настоящей статьи, государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления.

Статья 13

Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в других областях экономической и социальной жизни, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин равные права, в частности:

- a) право на семейные пособия;
- b) право на получение займов, ссуд под недвижимость и других форм финансового кредита;
- c) право участвовать в мероприятиях, связанных с отдыхом, занятиях спортом и во всех областях культурной жизни.

Статья 14

1. Государства-участники принимают во внимание особые проблемы, с которыми сталкиваются женщины, проживающие в сельской местности, и значительную роль, которую они играют в обеспечении экономического благосостояния своих семей, в том числе их деятельность в нетоварных отраслях хозяйства, и принимают все соответствующие меры для обеспечения применения положений настоящей Конвенции к женщинам, проживающим в сельской местности.

2. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в сельских районах, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин их участие в развитии сельских районов и в получении выгод от такого развития и, в частности, обеспечивают таким женщинам право:

- a) участвовать в разработке и осуществлении планов развития на всех уровнях;
- b) на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, включая информацию, консультации и обслуживание по вопросам планирования размера семьи;
- c) непосредственно пользоваться благами программ социального страхования;
- d) получать все виды подготовки и формального и неформального образования, включая функциональную грамотность, а также пользоваться услугами всех средств общинного обслуживания, консультативных служб по сельскохозяйственным вопросам, в частности для повышения их технического уровня;
- e) организовывать группы самопомощи и кооперативы, с тем чтобы обеспечить равной доступ к экономическим возможностям посредством работы по найму или независимой трудовой деятельности;

- f) участвовать во всех видах коллективной деятельности;
- g) на доступ к сельскохозяйственным кредитам и займам, системе сбыта, соответствующей технологии и на равный статус в земельных и аграрных реформах, а также в планах переселения земель;
- h) пользоваться надлежащими условиями жизни, особенно жилищными условиями, санитарными услугами, электро- и водоснабжением, а также транспортом и средствами связи.

Часть IV

Статья 15

1. Государства-участники признают за женщинами равенство с мужчинами перед законом.
2. Государства-участники предоставляют женщинам одинаковую с мужчинами гражданскую правоспособность и одинаковые возможности ее реализации. Они, в частности, обеспечивают им равные права при заключении договоров и управлении имуществом, а также равное отношение к ним на всех этапах разбирательства в судах и трибуналах.
3. Государства-участники соглашаются, что все договоры и все другие частные документы любого рода, имеющие своим правовым последствием ограничение правоспособности женщин, считаются недействительными.
4. Государства-участники предоставляют мужчинам и женщинам одинаковые права в отношении законодательства, касающегося передвижения лиц и свободы выбора места проживания и местожительства.

Статья 16

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений, и, в частности, обеспечивают на основе равенства мужчин и женщин:
 - a) одинаковые права на вступление в брак;
 - b) одинаковые права на свободный выбор супруга и на вступление в брак только со своего свободного и полного согласия;
 - c) одинаковые права и обязанности в период брака и при его расторжении;
 - d) одинаковые права и обязанности мужчин и женщин как родителей, независимо от их семейного положения, в вопросах, касающихся их детей; во всех случаях интересы детей являются преобладающими;
 - e) одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рожденьями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять это право;
 - f) одинаковые права и обязанности быть опекунами, попечителями, доверителями и усыновителями детей или осуществлять аналогичные функции, когда они предусмотрены национальным законодательством; во всех случаях интересы детей являются преобладающими;
 - g) одинаковые личные права мужа и жены, в том числе право выбора фамилии, профессии и занятия;
 - h) одинаковые права супругов в отношении владения, приобретения, управления,

пользования и распоряжения имуществом как бесплатно, так и за плату.

2. Обручение и брак ребенка не имеют юридической силы, и принимаются все необходимые меры, включая законодательные, с целью определения минимального брачного возраста и обязательной регистрации браков в актах гражданского состояния.

Часть V

Статья 17

1. Для рассмотрения хода осуществления настоящей Конвенции учреждается Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (далее именуемый Комитет), состоящий в момент вступления Конвенции в силу из восемнадцати, а после ее ратификации или присоединения к ней тридцать пятого государства-участника – из двадцати трех экспертов, обладающих высокими моральными качествами и компетентностью в области, охватываемой настоящей Конвенцией. Эти эксперты избираются государствами-участниками из числа своих граждан и выступают в своем личном качестве, при этом учитывается справедливое географическое распределение и представительство различных форм цивилизации, а также основных правовых систем.
2. Члены Комитета избираются тайным голосованием из числа внесенных в список лиц, выдвинутых государствами-участниками. Каждое государство-участник может выдвинуть одно лицо из числа своих граждан.
3. Первоначальные выборы проводятся через шесть месяцев со дня вступления в силу настоящей Конвенции. По меньшей мере за три месяца до срока проведения каждых выборов Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций направляет государствам-участникам письмо с предложением представить свои кандидатуры в течение двух месяцев. Генеральный секретарь готовит список, в котором в алфавитном порядке внесены все выдвинутые таким образом лица с указанием государств-участников, которые выдвинули их, и представляет этот список государствам-участникам.
4. Выборы членов Комитета проводятся на заседании государств-участников, созываемом Генеральным секретарем в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций. На этом заседании, на котором две трети государств-участников составляют кворум, лицами, выбранными в Комитет, считаются те кандидаты, которые получают наибольшее число голосов и абсолютное большинство голосов представителей государств-участников, присутствующих и принимающих участие в голосовании.
5. Члены Комитета избираются на четырехлетний срок. Однако срок полномочий девяти членов, избранных на первых выборах, истекает по прошествии двух лет; сразу же после проведения первых выборов фамилии этих девяти членов выбираются по жребию Председателем Комитета.
6. Избрание пяти дополнительных членов Комитета проводится в соответствии с положениями пунктов 2, 3 и 4 настоящей статьи после ратификации или присоединения к Конвенции тридцать пятого государства. Срок полномочий двух дополнительных членов, избранных таким образом, истекает по прошествии двух лет; фамилии этих двух членов выбираются по жребию Председателем Комитета.
7. Для заполнения непредвиденных вакансий государство-участник, эксперт которого прекратил функционировать в качестве члена Комитета, назначает другого эксперта

из числа своих граждан при условии одобрения Комитетом.

8. Члены Комитета получают утверждаемое Генеральной Ассамблеей вознаграждение из средств Организации Объединенных Наций в порядке и на условиях, устанавливаемых Ассамблеей с учетом важности обязанностей Комитета.

9. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций предоставляет необходимый персонал и материальные средства для эффективного осуществления функций Комитета в соответствии с настоящей Конвенцией.

Статья 18

1. Государства-участники обязуются представлять Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций для рассмотрения Комитетом доклад о законодательных, судебных, административных или других мерах, принятых ими для выполнения положений настоящей Конвенции, и о прогрессе, достигнутом в этой связи:

- a) в течение одного года со дня вступления настоящей Конвенции в силу для заинтересованного государства;
- b) после этого по крайней мере через каждые четыре года и далее тогда, когда об этом запросит Комитет.

2. В докладах могут указываться факторы и трудности, влияющие на степень выполнения обязательств по настоящей Конвенции.

Статья 19

1. Комитет утверждает свои собственные правила процедуры.
2. Комитет избирает своих должностных лиц на двухлетний срок.

Статья 20

1. Комитет ежегодно проводит заседания, как правило, в течение периода, не превышающего двух недель, с целью рассмотрения докладов, представленных в соответствии со статьей 18 настоящей Конвенции.

2. Заседания Комитета, как правило, проводятся в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций или в любом ином подходящем месте, определенном Комитетом.

Статья 21

1. Комитет ежегодно через Экономический и Социальный Совет представляет доклад Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций о своей деятельности и может вносить предложения и рекомендации общего характера, основанные на изучении докладов и информации, полученных от государств-участников. Такие предложения и рекомендации общего характера включаются в доклад Комитета наряду с замечаниями государств-участников, если таковые имеются.

2. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций препровождает доклады Комитета Комиссии по положению женщин для ее информации.

Статья 22

Специализированные учреждения имеют право быть представленными при рассмотрении вопросов об осуществлении таких положений настоящей Конвенции, которые входят в сферу их деятельности. Комитет может предложить специализированным учреждениям представить доклады об осуществлении Конвенции в областях, входящих в сферу их деятельности.

Часть VI

Статья 23

Ничто в настоящей Конвенции не затрагивает какие-либо способствующие достижению равноправия между мужчинами и женщинами положения, которые могут содержаться:

- a) в законодательстве государства-участника; или
- b) в какой-либо другой международной конвенции, договоре или соглашении, имеющих силу для такого государства.

Статья 24

Государства-участники обязуются принимать все необходимые меры на национальном уровне для достижения полной реализации прав, признанных в настоящей Конвенции.

Статья 25

1. Настоящая Конвенция открыта для подписания ее всеми государствами.
2. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначается депозитарием настоящей Конвенции.
3. Настоящая Конвенция подлежит ратификации. Ратификационные грамоты сдаются на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.
4. Настоящая Конвенция открыта для присоединения к ней всех государств. Присоединение осуществляется путем сдачи документа о присоединении на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

Статья 26

1. Просьба о пересмотре настоящей Конвенции может быть представлена в любое время любым из государств-участников путем письменного сообщения на имя Генерального секретаря Организации Объединенных Наций.
2. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, если она признает необходимым принятие каких-либо мер, принимает решение о том, какие именно меры необходимо принять в отношении такой просьбы.

Статья 27

1. Настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после сдачи на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении.
2. Для каждого государства, которое ратифицирует настоящую Конвенцию или присоединяется к ней после сдачи на хранение двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении, настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после сдачи на хранение его ратификационной грамоты или документа о присоединении.

Статья 28

1. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций получает и рассылает всем государствам текст оговорок, сделанных государствами в момент ратификации или присоединения.
2. Оговорка, не совместимая с целями и задачами настоящей Конвенции, не допускается.
3. Оговорки могут быть сняты в любое время путем соответствующего уведомления,

направленного на имя Генерального секретаря, который затем сообщает об этом всем государствам-участникам. Такое уведомление вступает в силу со дня его получения.

Статья 29

1. Любой спор между двумя или несколькими государствами-участниками относительно толкования или применения настоящей Конвенции, не решенный путем переговоров, передается по просьбе одной из сторон на арбитражное разбирательство. Если в течение шести месяцев с момента подачи заявления об арбитражном разбирательстве сторонам не удалось прийти к согласию относительно организации арбитражного разбирательства, любая из этих сторон может передать данный спор в Международный Суд путем подачи заявления в соответствии со Статутом Суда.

2. Каждое государство-участник может во время подписания или ратификации настоящей Конвенции или присоединения к ней заявить о том, что оно не считает себя связанным обязательствами, содержащимися в пункте 1 этой статьи. Другие государства-участники не несут обязательств, вытекающих из указанного пункта данной статьи, в отношении какого-либо государства-участника, сделавшего подобную оговорку.

3. Любое государство-участник, сделавшее оговорку в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи, может в любое время снять свою оговорку путем уведомления Генерального секретаря Организации Объединенных Наций.

Статья 30

Настоящая Конвенция, тексты которой на русском, английском, арабском, испанском, китайском и французском языках являются равно аутентичными, сдается на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

В УДОСТОВЕРЕНИЕ ЧЕГО нижеподписавшиеся, должным образом на то уполномоченные, подписали настоящую Конвенцию.



ЖЕНСКАЯ ОБЩИНА «АРКЕН» (ARKEN) (ОСЛО, НОРВЕГИЯ)

34-х летний опыт работы с женщинами, находящимися в алкогольной и наркотической зависимости.

На основе материалов и интервью Рейдун Вильямсен, директора ARKEN.

«ARKEN is a program working with emotions – feeling/crying will not kill you! The women go through suffering, hopelessness, loneliness and anxiety. Change hurts – and takes time!»

«ARKEN – это программа работы с личными чувствами: эмоции и слезы не убьют тебя! Женщины проходят через страдания, безнадежность, одиночество и тревогу. Изменения могут причинять боль и требуют времени!»

Общая информация

Организация находится в Осло – столице Норвегии. Основана 30 лет назад. Зарегистрирована, как некоммерческая организация. Не является религиозной организацией. При финансовой поддержке Департамента здравоохранения Южной Норвегии в организации создано 10 мест для проживания женщин, желающих избавиться от зависимостей. В центр для проживания принимаются женщины от 23-х лет и старше, которые находятся на постоянном круглосуточном стационарном лечении. Лечение длится 9 месяцев (с возможным продлением пребывания).

Работа ведется на основе методологии программы «Анонимные Алкоголики - 12 шагов» (далее - «АА-12 шагов»), а именно – ее «Миннесотской модели». Реабилитация женщин осуществляется без какого-либо использования препаратов или заменителей наркотиков (не используется нарко-поддерживающее лечение с употреблением метадона, субутекса, субуксона). Во время проживания в ARKEN женщины не пользуются телефоном, интернетом, не смотрят телевизор. Могут читать книги, рисовать, заниматься работой в саду и т.д. После прохождения программы в стационаре женщина получает сопровождение по месту своего жительства.

Некоторая статистика

ARKEN существует 34 года

По данным за последние 10 лет:

64,6% женщин, прошедших полное лечение в ARKEN, ведут полностью трезвый образ жизни

22,9% - употребляют только алкоголь не чаще 2-3 раз в месяц

Клиентки ARKEN

Возраст – от 23 до 78 лет

Пациентки – потребительницы любых наркотических веществ (алкоголь и другие психоактивные препараты, включая медикаменты, приобретаемые в аптеках). Дополнительно к зависимости обычно имеют серьезные социальные, физические психологические и иные проблемы, в том числе серьезные заболевания. Большинство в прошлом или в настоящий период жизни пережили/переживают ситуацию насилия в близких отношениях, сексуальное насилие или иной травматичный опыт.

Женщины, пережившие сексуальное насилие, часто экранируют традиционную женскую роль подчинения мужчине и часто получают или берут на себя роль жертвы в отношениях с партнером, что становится в дальнейшем основой для развития у них зависимости от различных психоактивных веществ.

Примерно 60% пациенток на момент нахождения в центре имеют детей, но только единицы из них сохраняют опеку. Все остальные получают только право общения с детьми. Для избавления от зависимости и прекращения потребления психоактивных веществ необходимо изменение практически во всех сферах жизни этих женщин. 70% начавших лечение пациенток полностью проходят курс в ARKEN.

ARKEN – это безопасное пространство для женщин

Основное, что нужно женщинам, которые хотят избавиться от зависимости:

- быть в безопасности,
- быть самой собой (без ощущения, что нужно срочно стать лучше, например, внешне, «произвести впечатление» или конкурировать с кем-то),
- иметь возможность рассказать о неприятном и болезненном тому, кто это поймет.

Сотрудники организации

Групповые терапевты – 6 психотерапевтов (5 – полное рабочее время, 1 – работающий 60% времени).

Все они имеют многолетний опыт групповой терапии в разных областях, в частности – практического консультирования потребителей и бывших потребителей психоактивных веществ).

Психиатр – 1 день в неделю.

Медсестры – с понедельника по четверг.

Физиотерапевт – ½ рабочего дня в неделю.

Административный персонал: генеральный, финансовый и исполнительный директора, секретарь, администратор-IT-менеджер.

Идеология и ценности

Методы работы основаны на идеологии программы «АА – 12 шагов», которые включают в себя идеи вовлеченности пациентки в решение проблемы, сочувствие, понимание того, что любой может улучшить свою жизнь, прекратив употребление алкоголя или наркотиков. Любой человек имеет право измениться.

Девиз ARKEN: «Нет безнадежных людей, есть только безнадежные ситуации».

Модель лечения основана на понимании того, что зависимость – это заболевание/расстройство.

Пациентка может научиться справляться с зависимостью, потому что зависимость – это комплекс проблем, которые затрагивают все аспекты ее жизни. Групповая терапия и индивидуальное сопровождение позволяет ей взаимодействовать с другими и одновременно осознавать общие с ними проблемы и ресурсы внутри себя для их решения.

Принципы собраний «АА-12 шагов»

- Идеология программы «АА-12 шагов» и групп самопомощи ориентирует на изменение жизни,
- На группах самопомощи клиентки делятся своим опытом, мыслями о том, как улучшить свою жизнь, а также своими надеждами,
- Пациентки работают над общими для них всех проблемами и одновременно с этим помогают друг другу обновиться,
- Группы «Анонимные алкоголики/Анонимные наркоманы» являются основным ресурсом для поддержания трезвости после прохождения реабилитации.

• ARKEN следует идеям программы «АА-12 шагов» и определяет зависимость, как заболевание/расстройство, но такое, которое является излечимым посредством воздержания от употребления психоактивных препаратов и алкоголя, а не посредством медикаментозной терапии.

• Помощь и самопомощь является важным принципом программы реабилитации, поэтому широко используется групповая терапия.

• Программа «АА-12 шагов» может быть названа программой, основанной на действии и активности самих пациенток: «12 шагов, чтобы улучшить свою жизнь».

• В ARKEN полностью запрещено употребление любых наркотиков и их заменителей, а также алкоголя. Это требование обосновано, в том числе, запросом самих пациенток, проходящих реабилитацию от зависимости.

Заимствованные из программы «АА-12 шагов» принципы реабилитации

- Лечение/реабилитация направлены исключительно на изменение поведения лица, имеющего зависимость.
 - Лечение/реабилитация осуществляется посредством изменения образа жизни – самопомощь дополняется профессиональными знаниями и компетенциями.
 - Групповая терапия проводится для женщин, находящихся в похожей ситуации алкогольной или наркотической зависимости.
 - Специалисты, работающие в программе реабилитации, часто сами имеют опыт злоупотребления психоактивными препаратами (1/3 специалистов ARKEN являются бывшими потребителями психоактивных веществ).
 - Помощь другим пациенткам помогает каждой определить проблемы собственной зависимости, так как они показываются объективно и субъективно во время групповой терапии.
 - Женщины возвращают себе ответственность за свою жизнь.
 - Основная цель лечения/реабилитации – обеспечить лучший уровень жизни пациенткам без употребления любых веществ, вызывающих зависимость. (Важно выработать собственное отношение к своей жизни, найти тот образ жизни, который подходит именно тебе, и уже следовать этому жизненному плану всегда).
- Важно:** лечение/реабилитация является очень длительной. Это не просто прекращение употребления психоактивных веществ, но и полное изменение образа жизни.
- Во время лечения/реабилитации пациентка детально определяет свою собственную ситуацию и берет на себя ответственность за свои дальнейшие действия. В результате она может изменить свое отношение и поведение, что позволит ей вести трезвый образ жизни.
 - Современные программы «АА-12 шагов» также предлагают индивидуальную терапию одновременно с групповой терапией. В этом лечении/реабилитации ARKEN использует методы работы, заимствованные из других программ работы с зависимостями и психиатрическими проблемами. Врачи различных специальностей вовлекаются в индивидуальную терапию.
 - Родственники/члены семьи пациентки так же могут принимать участие в реабилитационных программах – для них проводятся образовательные психологические тренинги. Цель этих тренингов – создать более здоровые отношения в семье в случае наличия дисфункциональной семейной системы.

Первичное лечение

Лечение в стационаре включает в себя групповую терапию и обязательные индивидуальные программы. Индивидуальное консультирование обязательно отвечает нуждам и запросам конкретной женщины. Кроме того, используются арт-терапевтические методики и лекции. Во время занятий с физиотерапевтом женщины выполняют отдельные упражнения, в том числе связанные с медиацией и релаксацией. Обязательным является участие в группах анонимных алкоголиков или анонимных наркоманов и тренинги по программе «АА-12 шагов». Так же применяются программы профилактики рецидивов. В выходные дни занятия не проводятся. Основой программы реабилитации является возвращение женщины к обычной жизни с фокусом на имеющихся только у нее условиях, которые сопутствовали формированию зависимости.

Обязательная структура программы (ежедневно, каждую неделю):

- Медитация по утрам (08.15).
- Лекции по разным направлениям и предметам. Например, темы печали и скорби, женщины и насилие, вина и стыд, дисфункциональная семья, программа «АА-12 шагов». Проводятся порядка 30 лекций по разным темам и направлениям с последующим обсуждением.
- STORMOTE - Большое собрание. Председательница собрания – одна из пациенток модерировает обмен опытом и информацией о позитивном и негативном, что есть в жизни участниц.
- Групповая терапия – терапевтическая группа. Основное внимание уделяется поиску ресурсов и нахождению «прибежища» в себе.
- Обед (приготовленный самими женщинами).
- Работа по дому и другие повседневные задачи.
- Рефлексивная вечерняя группа для клиенток.

Еженедельно

Участие в одном из собраний анонимных наркоманов или анонимных алкоголиков. Представление программы «АА-12 шагов» и групп самопомощи, которые предлагают сделать дополнительные шаги и предпринять усилия по изменению мышления потребителя наркотиков, определить свой образ жизни и приоритеты. Занятия физкультурой дважды в неделю. Арт-терапия и терапия самовыражения – дважды в неделю.

Обязательно необходимо описать:

1. Собственную историю наркопотребления.
2. Условия, приведшие к возникновению зависимости.
3. Историю своей жизни и утрату власти и контроля над ней в связи с началом потребления наркотиков.
4. Описание всего, что имеет отношение к собственным ресурсам женщины и какие вызовы и задачи стоят перед ней в настоящее время.

Основные цели групповой терапии

- Обмен опытом и определение проблем, связанных с зависимостью от алкоголя и наркотиков,
- Обучение сопереживанию опыту других людей/пациенток,
- Определение тенденций других участниц, позволяющих им преодолеть болезненный опыт употребления алкоголя и наркотиков,
- Получение знаний и понимания собственных нужд, мыслей, эмоций, как чистых и трезвых,
- Обучение пониманию собственных чувств, ситуаций, которые привели к реализации рискованного поведения,
- Принятие и открытость, чтобы разделить страх, стыд, негативный опыт,
- Обучение лучшим способам взаимодействия с другими женщинами.
- Сознание своей роли в жизни, в своем окружении, поиск ролевой модели внутри себя и снаружи (материнство, созидание, творчество и т.д.),
- Бесконфликтное взаимодействие – практика в непосредственном общении,
- Обучение ответственности за решение собственных проблем,
- Движение от секретности к открытости – от тишины к разговору,
- Работа группы направлена на поиск и определение механизмов психологической защиты женщин, которые могут быть использованы ими в дальнейшем в повседневной жизни.

Важные изменения, которые ожидаются в жизни женщин – должна появиться смелость:

- оценивать свою собственную жизнь и поступки
- чувствовать и признавать свои эмоции
- установить собственные границы
- просить о помощи
- выбирать собственное поведение
- использовать шансы
- не заглядывать слишком далеко в будущее (на один день вперед – уже достаточно)
- брать ответственность за свою жизнь

Мотивация

Специалисты ARKEN стараются мотивировать женщин посредством:

- обозначения ресурсов пациентки
- уважения ее выбора
- передачи ей ответственности за ее жизнь
- установления четких условий прохождения лечения
- повышения ее самооценки



Усиление

При работе по усилению пациентки важно показать и активировать возможности женщины

- удовлетворять свои собственные запросы и нужды,
- решать свои собственные проблемы,
- подбирать необходимые ресурсы для того, чтобы взять контроль над собственной жизнью.

Какие возможности дает реабилитация женщин отдельно от мужчин: мнения женщин, проходящих лечение/реабилитацию в ARKEN

«Я получила возможность узнать саму себя с разных сторон, осознать себя полноценным человеком, а не только «сексуальным объектом» и чьей-то «подружкой»

«Не нужно быть «одержимой» мужчиной, как я обычно привыкла, в результате чего приходилось заменять эту зависимость другой»

«Я стала дружить с другими женщинами – это что-то такое, чего в моей жизни не было со старшей школы. У меня было много-много предубеждений о том, что женщины болтливы, не умеют хранить секреты. А еще я постоянно сравнивала себя с другими и боялась, что я недостаточно красива, что кто-то лучше меня».

«В программе, в которой только женщины, я почувствовала, что мне легче рассказать

обо всем, что было в моей жизни, в том числе о своей уязвимости – об отношениях, о сексуальном насилии».

«Здесь я впервые нашла в себе смелость говорить о своих очень болезненных чувствах»

«Я осознала, что гораздо легче быть понятой другой женщиной»

«Это создает веру, взаимодоверие и объединяет женщин, что позволяет им помогать друг другу»

«Я больше не хочу применять на себя роль жертвы и следовать своей прежней модели взаимоотношений с мужчинами»

«Я больше не боюсь осуждения со стороны других людей, потому что все мы здесь в «одной лодке»

«Я чувствую, что получила опыт здоровых отношений с женщинами, которые не предполагают конкуренции»

Большинство женщин изначально были против лечения/реабилитации отдельно от мужчин. Почему?

«Женщины в моей среде, где все употребляли какие-то препараты, всегда чувствовали себя слабыми. Конкуренция между ними за внимание мужчин была экстремальной. Было много угроз и борьбы в попытках остаться на плаву и выжить».

«Мой прежний опыт отношений с женщинами заключался в конкуренции за внимание мужчины, потому что это было возможностью получить бесплатный наркотик».

«Раньше в нашей среде постоянно был один и тот же вопрос: «кто из женщин самая красивая, самая лучшая»? Ведь именно ей в этом случае доставалось больше наркотиков».

«Постоянная драма – разговоры за спиной, обман и прочее. Этот опыт отношений с женщинами я принесла и сюда, и думала, что здесь будет так же».

«У меня не было нормальных здоровых отношений с другими женщинами, потому был страх...»

Что означает успех в лечении/реабилитации?

«Мой опыт показывает, что нет единого способа реабилитации, подходящего для всех. Мы все разные. У меня был огромный багаж негативных переживаний, с которым я не хотела остаться один на один, а кроме того - почти не было опыта нормальных здоровых отношений с другими людьми. Я защищалась от этого всего употреблением

препаратов. Мне нужно было индивидуальное и разнообразное лечение. Что я получила в ARKEN:

- возможность увидеть себя, словно в зеркале
- обмен информацией и поддержку со стороны других женщин
- групповые занятия, на которых я сама выбирала, о чем говорить или не говорить, если я боюсь или не хочу говорить
- понимание, что от себя самой не спрятаться, когда тебя видят и понимают другие женщины
- разделение жизненных историй и историй злоупотребления психоактивными веществами, обозначение последствий, а также другие подобные упражнения
- понимание, что мы все хотим добиться успеха и не одиноки в этом. Это мотивирует и создает чувство общности».

«Мне были необходимы именно индивидуальные консультации. В своей наркозависимости я ежедневно борюсь с недоверием к людям и негативным опытом отношений. Среди прочего у меня есть большая потребность в безопасности и предсказуемости ситуации, получении ответов, возможности выражать свои мысли, чувства, учиться их ценить и управлять ими. Могут быть очень личные вопросы, о которых я не могу говорить в группе, поэтому для меня важно сначала рассказать все одному человеку, чтобы увидеть, как он это все понимает. Благодаря этим индивидуальным консультациям я как бы смогла подготовиться к тому, что говорю на группе».

«Для меня важно было понимание причин моей зависимости и знания, как справиться с ней, чтобы продолжать оставаться трезвой. Знания – это сила! Именно благодаря знаниям и навыкам я нашла решение проблем лично для себя».



ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ, НАРКОТИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ СОЦИАЛЬНО-УЯЗВИМЫХ ЖЕНЩИН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Основой профилактики употребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, среди девушек и женщин называют обращение за помощью при первых признаках зависимости. Однако, если рассматривать особенности развития зависимостей среди женщин, то выглядит это не такой простой задачей. Если говорить о женских зависимостях от психоактивных веществ, то в их формировании преобладают психологические и социальные факторы.

Основными из них можно считать:

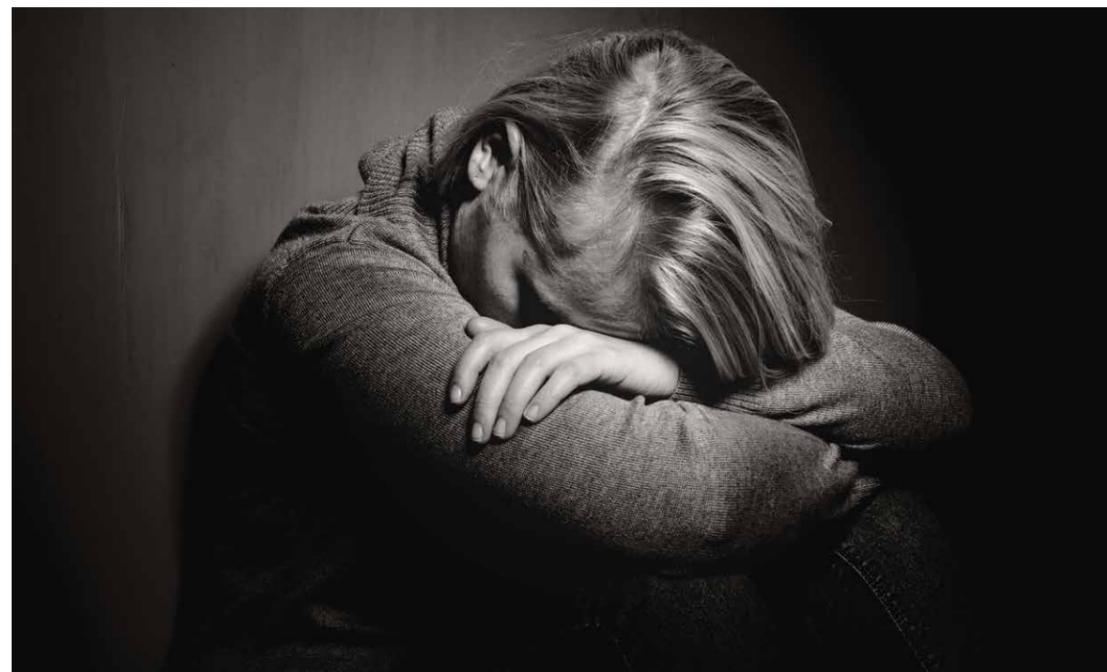
- наличие различных психологических травм, вызванных нездоровыми межличностными отношениями, а также пережитыми или переживаемыми ситуациями насилия;
- большая, чем у мужчин, подверженность стрессу, депрессиям;
- отсутствие ресурсов для решения жизненно-важных проблем (бедность, отсутствие жилья, невыплата алиментов бывшим супругом, полная ответственность за содержание и воспитание детей и т.д.);
- большая физическая и эмоциональная нагрузка в семье и на работе.

Дополнительно можно указать на осуждающее отношение общества по отношению к женщинам, которые употребляют алкоголь или иные препараты, в связи с чем они вынуждены скрывать свою развивающуюся зависимость. Это, безусловно, повышает латентность женских зависимостей и необращение за помощью. Дополнительно к этому можно назвать недоверие по отношению к окружающим людям, в том числе специалистам, что часто вызвано опытом нездоровых отношений в семье, а также осуждением окружающих в различных ситуациях.

Физиологические причины быстрого развития женских зависимостей от психоактивных веществ определяют, как

- меньший объем массы тела и мышечной массы, что повышает воздействие препаратов;
- более высокая всасываемость химических веществ, что вызвано гормональными особенностями организма;
- меньшие, по сравнению с мужчинами, дозы алкоголя и иных препаратов требуются для достижения антидепрессивного эффекта, что создает иллюзию безопасного потребления.

Понятием профилактика – обозначают комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих в себя формирование здорового



образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ).

В отношении профилактики употребления алкоголя среди населения Российской Федерации Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р была утверждена «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года». Реализация государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года направлена на:

- снижение объемов потребления населением алкогольной продукции,
- переориентирование населения на ведение трезвого и здорового образа жизни;
- формирование нетерпимости общества к проявлениям злоупотребления алкогольной продукцией;
- создание стимулов для проявления общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения, и механизмов их поддержки государством;
- организацию новых видов отдыха и досуга для молодежи и взрослого населения, исключая традицию употребления алкогольной продукции и т.д.

В отношении профилактики употребления наркотиков указом Президента РФ N 690 от 9 июня 2010 г. была утверждена «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года». Снижение распространенности потребления наркотиков и масштабов негативных последствий, связанных с употреблением, осуществляется путем решения следующих задач:

- формирование негативного отношения в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков;
- организация и проведение профилактических мероприятий с группами риска немедицинского потребления наркотиков;
- организация профилактической работы в организованных (трудовых и образовательных) коллективах;
- создание условий для вовлечения граждан в антинаркотическую деятельность, формирование, стимулирование развития и государственная поддержка деятельности волонтерского молодежного антинаркотического движения, общественных антинаркотических объединений и организаций, занимающихся профилактикой наркомании;
- формирование психологического иммунитета к потреблению наркотиков у детей школьного возраста, их родителей и учителей и т.д.

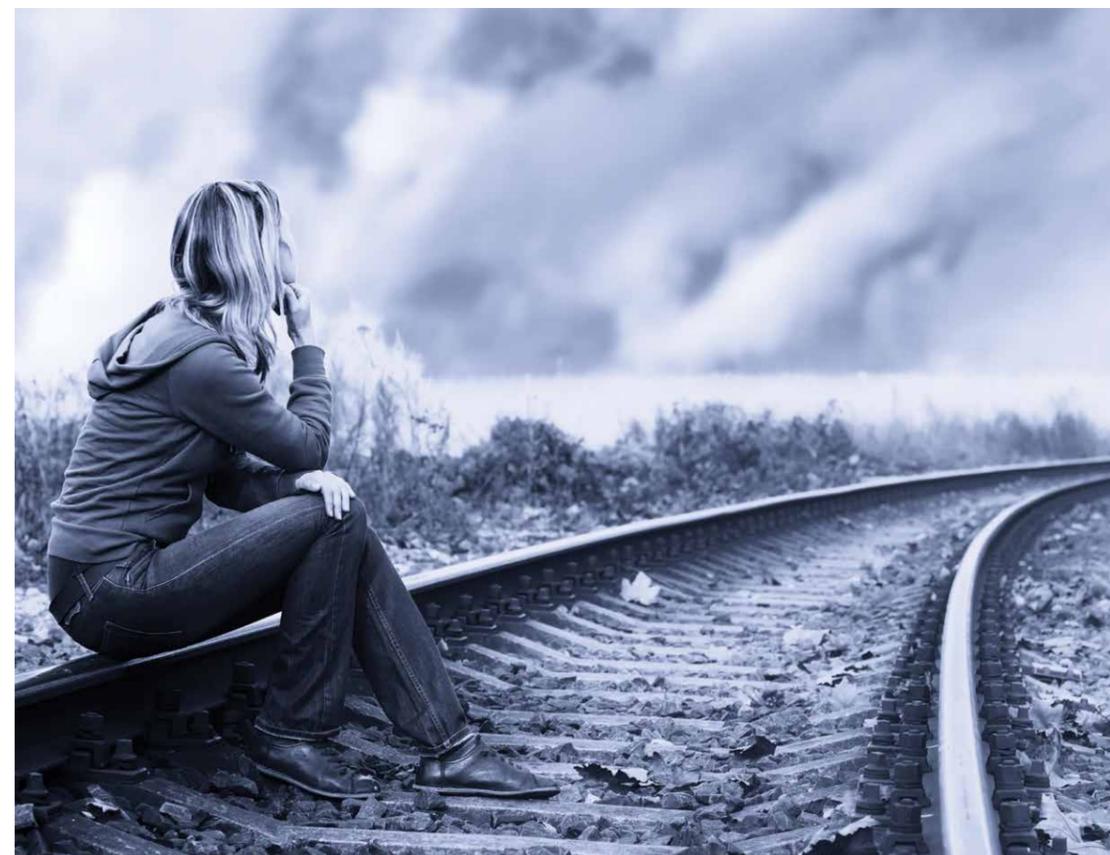
Реализовать задачи, обозначенные в «Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма» и в «Стратегии государственной антинаркотической политики» позволяет эффективная профилактическая деятельность медицинских, социальных, общественных и религиозных организаций. Основой эффективной профилактики употребления алкоголя и наркотиков для широких групп населения, в том числе среди девушек и женщин, являются международные и отечественные научные разработки по развитию комплексной системы профилактики, сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни. При этом профилактические мероприятия, направленные на женщин, имеют существенные отличия и особенности по сравнению с теми, что являются эффективными для мужчин.

Женщины часто не признаются в употреблении алкоголя даже специалистам, которые помогают им в решении других проблем: семейных, жилищных, финансовых. Это все еще считается стыдным. Из 100 женщин Санкт-Петербурга, находящихся в различных трудных ситуациях на вопрос о том, употребляете ли вы при сильном стрессе алкоголь или иные препараты, утвердительно ответили 83. При этом в регулярном употреблении алкоголя для преодоления сильного волнения признались только 8. Остальные сообщили, что употребляют алкоголь по праздникам, в компании и не видят его в качестве «антидепрессанта». Остальные 75 женщин сказали о периодическом или регулярном приеме препаратов («успокоительных средств»). 32 женщины в связи со стрессом принимают препараты, в том числе транквилизаторы, по назначению врача регулярно. Иногда один препарат может быть заменен на другой, но их употребление практически не прерывается. Еще 34 женщины сообщили, что употребляют различные безрецептурные препараты время от времени. Из них больше половины признались в том, что «для надежности» применяют сразу несколько успокоительных и «сердечных» препаратов, например – одновременно разные таблетки и корвалол. Еще 9 женщин сообщили, что при сильном волнении принимают сильнодействующие препараты, которые были назначены врачом их пожилым родственникам. Они постоянно увеличивают дозировку, потому что, как сказала одна из женщин «когда начинает трясти, и я не могу с этим справиться, то я готова принять что угодно и побольше». Первоначально они употребляли легкие успокоительные на основе трав, но это им не помогало.

Все 100 опрошенных женщин находятся в трудной жизненной ситуации, связанной с физическим насилием в семье со стороны супруга или партнера; в ситуации сложного развода, когда постоянно возникают конфликты из-за имущества и опеки над детьми, и такая ситуация продолжается годами; в ситуации отсутствия жилья и/или средств к существованию, когда преследуют коллекторы, выселяют из квартиры, лишают в связи с этим опеки над ребенком и т.д. Все эти женщины репродуктивного возраста (от 23 до 48 лет), работающие или находящиеся в отпуске по уходу за ребенком/детьми, у 76 из них есть несовершеннолетние/малолетние дети. Именно эти женщины, на нашем мнению, часто являются группой риска с точки зрения развития зависимостей от психоактивных веществ.

Можно однозначно говорить о том, что бедность и отсутствие ресурсов, социальная исключенность женщин значительно снижают их возможности по разрешению других возникающих у них проблем. Собственные проблемы со здоровьем не воспринимаются ими, как важные, а психоактивные вещества видятся единственным способом преодоления сильного стресса, хотя в дальнейшем лишь усугубляют жизненную ситуацию.

В связи с этим необходимо развитие системы низкопороговой доступной первичной помощи для женщин, которая поможет им справиться с начинающей зависимостью и находить способы преодоления эмоциональных потрясений, которые не будут негативно отражаться на здоровье. Подобные программы будут направлены так же на профилактику социального сиротства и повышение уровня благосостояния женщин и их детей, а также преодоление дисфункциональных внутрисемейных отношений.



КРИЗИСНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ЖЕНЩИН

Название	Телефон	Сайт	Убежище
Московский кризисный центр для женщин «АННА» г. Москва	Всероссийский телефон доверия для женщин, пострадавших от домашнего насилия 8 (800) 7000-600	anna-center.ru	
Центр «ИНЛАЙТМЕНТ» Юридическая и психологическая помощь г. Санкт-Петербург	(812) 327-07-27 (с 10 до 20 по рабочим дням)	help-women.com (он-лайн обращения)	
Центр защиты пострадавших от домашнего насилия (юридическая помощь) г. Москва	(495) 690-63-48	wcons.net	
Отделение «Женщина в опасности» СПб ГБУ «Кризисный центр помощи женщинам» г. Санкт-Петербург	713-13-19	pomogaemmamam.ru	есть
СПб РОО Институт недискриминационных гендерных отношений «Кризисный центр для женщин» г. Санкт-Петербург	327-30-00	crisiscenter.ru	нет
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения "Центр социальной помощи семье и детям"			
Адмиралтейского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 246-04-79 246-04-80 Отделение помощи женщинам 246-04-82	cspsd.admiral.gov.spb.ru	нет
Василеостровского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 321-79-12 321-98-56 Отделение помощи женщинам 321-60-81	center-vo.voadm.gov.spb.ru	нет
Выборгского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 294-48-69 Отделение консультаций 294-28-76 Отделение помощи женщинам 291-46-27	csvr.ru	нет

Калининского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 290-87-00 Отделение консультаций 290-86-76, 290-86-76	cspsid-kalin.spb.ru	есть
Кировского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 747-10-45 Отделение консультаций 241-31-23 Отделение помощи женщинам 241-31-26	cspsd-spb.ru	нет
Колпинского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 241-21-98	cspsd.kolp.gov.spb.ru	нет
Красногвардейского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 291-79-51, 291-79-52 Отделение помощи женщинам 444-95-73	centrpomoshi.ru	нет
Красносельского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 744-06-60 Отделение помощи женщинам 745-06-52	family-talisman.ru	семейная гостиная
Кронштадтского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 417-61-75 Отделение консультаций 417-61-76 Отделение помощи женщинам 417-63-57	kron-cspsd.ru	есть
Комплексный центр социального обслуживания населения Курортного района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 576-03-12, 433-61-85 Отделение консультаций 417-40-55 Отделение помощи женщинам 434-25-69	kcon-kurort.ru	нет
Московского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 409-88-52 Отделение консультаций 409-88-55 Отделение помощи женщинам 409-88-40	cspsd-mr.ru	есть
Невского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 409-80-16, 417-52-87 Отделение помощи женщинам 409-80-15, 241-34-64	sochelp.spb.ru	нет

Петроградского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 573-98-32 Отделение консультаций 573-98-20; 573-98-21, 573-98-31 Отделение помощи женщинам 573-98-30	cpsid.ru	нет
Петродворцового района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 573-93-93 Отделение консультаций 576-17-94 Отделение помощи женщинам 417-36-05	dobro.org.ru	есть
Приморского района Санкт-Петербурга	Отделение консультаций 496-88-26 Отделение помощи женщинам 496-88-17 доб. 2057 +7-950-021-01-56 +7-921-373-86-56	cspr.rprim.gov.spb.ru	до 4 часов
Пушкинского района Санкт-Петербурга «Аист»	Отделение консультаций 476-62-02 Отделение помощи женщинам 573-95-77	centr-aist.spb.ru	нет
Фрунзенского района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 417-21-98 Отделение консультаций 246-17-70, 246-17-71, 246-17-72 Отделение помощи женщинам 417-21-97	cs-fr.ru	нет
Центрального района Санкт-Петербурга	Телефон доверия 273-66-25 Отделение консультаций 579-65-95 Отделение помощи женщинам 577-10-40, 310-80-42	cspsd-cr-spb.ru	есть

