

# Глава I.

## Женщины и наркотики

1. Существует растущее осознание важности надлежащего учета гендерной проблематики в политике и программах, касающихся наркотиков. Политические декларации 1998 года<sup>3</sup> и 2009 года<sup>4</sup> включают гендерные соображения, и в последние 10 лет этому аспекту уделяется все большее внимание Генеральной Ассамблеей<sup>5</sup> и Комиссией по наркотическим средствам<sup>6</sup>. Кроме того, Генеральная Ассамблея в своей резолюции о Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года<sup>7</sup> подчеркнула важность обеспечения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин. В итоговом документе тридцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи под названием “Наша общая приверженность эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней”<sup>8</sup> государствам-членам было рекомендовано учитывать особые потребности женщин в контексте политики по борьбе с наркотиками. Комиссия по наркотическим средствам как центральный директивный орган системы Организации Объединенных Наций по вопросам, связанным с наркотиками, приняла ряд резолюций, касающихся положения женщин в связи с мировой проблемой наркотиков. Для решения этого вопроса и с целью продвижения политики, учитывающей гендерные аспекты, Комиссия неодно-

<sup>3</sup> Политическая декларация о совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков, принятая на двадцатой специальной сессии Генеральной Ассамблеи (резолюция S-20/2 Генеральной Ассамблеи, приложение).

<sup>4</sup> Политическая декларация и План действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков (см. (E/2009/28-E/CN.7/2009/12, глава I, раздел C).

<sup>5</sup> Резолюции Генеральной Ассамблеи 58/138, 61/143, 63/241 и 70/182.

<sup>6</sup> Резолюции Комиссии по наркотическим средствам 52/1, 55/5 и 59/5.

<sup>7</sup> Резолюция 70/1 Генеральной Ассамблеи.

<sup>8</sup> Резолюция S-30/1 Генеральной Ассамблеи, приложение.

кратно подчеркивала особые потребности женщин и в последний раз сделала это на своей пятидесят девятой сессии, проведенной в марте 2016 года, на которой она приняла резолюцию 59/5 под названием “Учет гендерной проблематики в политике и программах, касающихся наркотиков”.

2. Признавая важность учета гендерных аспектов, Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) посвятил первую главу настоящего ежегодного доклада теме “Женщины и наркотики”. Вместе с тем эту тему, учитывая ее многогранный характер, нельзя в полной мере раскрыть только в одной главе. Кроме того, анализ осложняется отсутствием достаточных данных о женщинах, потребляющих наркотики. В этой связи настоящая глава ограничивается рассмотрением некоторых важных аспектов, таких как вред от наркотиков, особые группы населения, профилактика и лечение наркозависимости и последующая реабилитация.

3. Наркозависимые женщины могут испытывать многие трудности. Так, они могут сталкиваться с общественным осуждением, подвергаться гонению со стороны семьи или общины, а также насилию со стороны партнеров или членов семьи и могут также прибегать или принуждаться к работе в секс-индустрии, чтобы иметь возможность покупать наркотики для себя и для своего партнера. Кроме того, они не имеют доступа к лечению от наркозависимости, учитывающему гендерные аспекты. Имеющиеся на мировом уровне ограниченные данные свидетельствуют о росте численности женщин-наркоманок среди молодежи и лиц, находящихся в местах заключения. Лишь в немногих странах обеспечивается должный уровень лечения женщин от наркозависимости, и фактически все страны нуждаются в расширении терапевтической помощи, учитывающей гендерные аспекты, для достижения наивысшего уровня здоровья женщин.

4. Данные системы уголовного правосудия указывают на то, что все большее число женщин подвергается аресту за совершение преступлений, связанных с наркотиками. Лишение свободы женщин, причастных к совершению наркопреступлений, может иметь катастрофические последствия для их детей, особенно если они являются основными кормильцами. Кроме того, женщины-заключенные страдают весьма высокой степенью наркозависимости, но редко имеют доступ к услугам по лечению и реабилитации.

## А. Масштабы и формы злоупотребления наркотиками

5. На долю женщин и девочек приходится треть лиц во всем мире, употребляющих наркотики путем инъекций. Согласно расчетам, в 2010 году число женщин в мире, зависящих от амфетаминов, составило 6,3 миллиона, от опиоидов – 4,7 миллиона и от кокаина – 2,1 миллиона. На долю женщин приходится высокая степень зависимости от амфетаминов (0,31 процента) в Юго-Восточной Азии и Океании, от опиоидов (0,25 процента) в Океании и от кокаина (0,22 процента) в Северной Америке и Латинской Америке. В том же 2010 году число женщин, употребляющих наркотики путем инъекций, составило в мире, согласно расчетам, 3,8 миллиона, что соответствует 0,11 процента женского населения в мире<sup>9</sup>. Форма потребления наркотиков женщинами отражает разные возможности приема наркотиков, которые определяются социальными или культурными факторами.

6. В целом женщины начинают употреблять наркотики позже, чем мужчины, и на форму употребления наркотиков сильное влияние оказывают их партнеры, также употребляющие наркотики. Вместе с тем, если женщины начинают злоупотреблять наркотиками, то уровень потребления каннабиса, опиоидов и кокаина у них растет быстрее, чем у мужчин, и, как правило, раньше, чем у мужчин, развиваются расстройства, вызванные потреблением психоактивных веществ. Что касается метамфетаминов, то женщины начинают употреблять их в более раннем возрасте, чем мужчины, и у них чаще, чем у мужчин, могут возникать расстройства, связанные с употреблением метамфетамина. По сравнению с мужчинами женщины, потребляющие героин, моложе по возрасту, употребляют его в меньших дозах и в течение более короткого времени, реже употребляют его с помощью инъекций и чаще находятся под влиянием своих сексуальных партнеров, потребляющих наркотики. Часто первую инъекцию наркотиков делают не сами женщины, а кто-то другой, как правило, их партнер.

<sup>9</sup>Harvey A. Whiteford and others, “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, vol. 382, No. 9904 (2013), pp. 1575-1586.

7. Уровень потребления наркотиков среди женщин в странах с высокими доходами выше, чем в странах с низкими и средними доходами. Если говорить о злоупотреблении наркотиками в целом, то разница между мужчинами и женщинами среди молодежи меньше, чем среди взрослого населения. Кроме того, женщины составляют значительную долю лиц, злоупотребляющих рецептурными лекарствами. Группа Помпиду Совета Европы сообщила, что употребление женщинами рецептурных лекарств увеличивается с возрастом и достигает своего пика у женщин в возрасте от 30 до 40 лет. Несмотря на ограниченность данных, Германия и Сербия сообщили о том, что случаи передозировки со смертельным исходом в результате злоупотребления рецептурными лекарствами чаще встречаются среди женщин, чем среди мужчин<sup>10</sup>. Проведенное исследование свидетельствует о том, что женщины более склонны к употреблению в немедицинских целях рецептурных лекарств, таких как наркотические анальгетики и транквилизаторы (например, бензодиазепины)<sup>11</sup>. Эта проблема усугубляется повышенной уязвимостью женщин перед депрессией, тревогой, травматическим состоянием и виктимизацией по сравнению с мужчинами. Согласно имеющимся сообщениям, женщины употребляют наркотики для преодоления стрессовых ситуаций в своей жизни, и существуют свидетельства, того, что женщинам значительно чаще, чем мужчинам, выписывают наркотические средства и успокоительные препараты<sup>12</sup>.

8. Уровень распространенности потребления запрещенных наркотиков, злоупотребления наркотиками путем инъекций и наркотической зависимости значительно выше среди женщин-лесбиянок. Среди трансгендерных женщин злоупотребление наркотиками, в том числе путем инъекций, также является обычным явлением, и их доля составляет от примерно 30 процентов в Соединенных Штатах Америки до 42 процентов в Австралии и 50 процентов в Португалии и Испании. Вместе с тем проведенное в 2004 году исследование в Пакистане показало, что в прошлом году наркотики путем инъекций употребляли менее 2 процентов трансгендерных женщин<sup>13</sup>.

<sup>10</sup>Marilyn Clark, *The Gender dimension of non-medical use of prescription drugs* (Strasbourg, Council of Europe, 2015).

<sup>11</sup>L. Simoni-Wastila, G. Ritter and G. Strickler, “Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs”, *Substance Use and Misuse*, vol. 39, No. 1 (2004), pp. 1-23; *2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009).

<sup>12</sup>UNODC, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Vienna, 2011).

<sup>13</sup>Sarah Larney and others, “Global epidemiology of HIV among women and girls who use or inject drugs: current knowledge and limitations of existing data”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 69, supp. 2 (June 2015).

## В. Начало, причины и обстоятельства злоупотребления наркотиками

9. Злоупотребление наркотиками, в том числе путем инъекций, обычно начинается в подростковом возрасте и в начале взрослой жизни. Наиболее уязвимые группы молодежи, например бездомные молодые люди, могут начать делать инъекции в раннем подростковом возрасте. Причины, побуждающие женщин, как и мужчин, принимать наркотики, включают любопытство, давление со стороны ближайшего окружения, желание уйти от реальности и расслабиться. Переход от неинъекционного к инъекционному способу употребления наркотиков среди женщин может произойти из-за личностных особенностей или внешних обстоятельств. Кроме того, это может стать следствием физического или сексуального насилия, пережитого в детстве, вовлечения в секс-индустрию и общения с лицами, которые злоупотребляют наркотиками путем инъекций.

10. Некоторые женщины сообщают, что употребляют наркотики, чтобы снять стресс, подавить отрицательные эмоции или пережить развод, потерю опеки над детьми или смерть родственников. Женщины, страдающие расстройствами на почве потребления психоактивных веществ, часто воспитывались в неблагополучных условиях или в конфликтных семьях или были вынуждены слишком рано брать на себя обязанности взрослых. У таких женщин, как правило, есть наркозависимые родственники. Многие женщины сообщали, что первый опыт употребления психоактивных веществ был связан с проблемами в личной жизни. Кроме того, злоупотреблению психоактивными веществами часто предшествуют аффективные и тревожные расстройства. В числе прочих причин злоупотребления психоактивными веществами, отмечаемых женщинами, – желание похудеть, борьба с истощением, обезболивание или самостоятельное лечение психических расстройств.

### 1. Биологические факторы

11. Зависимость от наркотиков определяется сочетанием биологических, внешних, поведенческих и социальных факторов. Повышенному риску подвергаются мужчины и те, кто ищет новых и острых ощущений; кроме того, повышению риска способствуют такие факторы, как наличие поведенческих и оппозиционных расстройств, низкая успеваемость и нарушение сна. Употребление психоактивных веществ среди женщин может быть сопряжено с особыми проблемами, которые отчасти объясняются биологическими факторами.

12. Зависимость формируется, когда нейроны мозга адаптируются к неоднократному воздействию наркоти-

ческих средств и могут нормально функционировать только в их присутствии. Риск формирования зависимости в значительной степени зависит от генетической предрасположенности человека, поэтому изучение генетических факторов может быть весьма полезным при лечении наркозависимости. Считается, что генетические факторы на 40–60 процентов определяют предрасположенность к развитию наркомании. Исследования, проведенные близнецовым методом, показали, что коэффициент наследуемости аддиктивных расстройств по шкале от 0 до 1 варьируется от 0,39 для галлюциногенов до 0,72 для кокаина<sup>14</sup>. В результате метаанализа исследований, проведенных близнецовым методом Вервейом и другими (2010 год), было рассчитано, что у женщин склонность к проблемному потреблению каннабиса на 59 процентов определяется генотипом, а у мужчин – только на 51 процент.

13. Употребление психоактивных веществ среди женщин может быть сопряжено с особыми проблемами, которые отчасти объясняются биологическими различиями или гендерными стандартами. Исследования показали, что на употребление женщинами наркотиков и их способность вылечиться от наркомании могут влиять такие факторы, как гормональный фон, менструальный цикл, фертильность, беременность, кормление грудью и менопауза. Исследования человеческого организма показали, что максимальная восприимчивость к стимуляторам наблюдается в фолликулярной фазе менструального цикла, для которой характерен высокий уровень эстрадиола и низкий уровень прогестерона. В результате одного исследования, посвященного изучению употребления кокаина, было обнаружено, что женщины в фазе лютеинизации были менее восприимчивы к действию кокаина, чем женщины в фолликулярной фазе или мужчины<sup>15</sup>. В ходе исследования было также выявлено разное воздействие генотипов моноамина оксидазы А (МАО-А) (энзима, который нарушает действие моноаминных нейромедиаторов, например, серотонина) на женскую психопатологию и женское поведение<sup>16</sup>. Имеются также свидетельства того, что сексуальное принуждение в детском возрасте и насилие со стороны интимного партнера являются однозначными факторами риска антисоциального поведения и наркомании среди женщин и могут предсказывать рецидив по прошествии многих лет<sup>17</sup>.

<sup>14</sup>Laura Bevilacqua and David Goldman, “Genes and addictions”, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 85, No. 4 (2009).

<sup>15</sup> Mehmet Sofuoglu and others, “Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans”, *Experimental Clinical Psychopharmacology*, vol. 7, No. 3 (1999), pp. 274-283.

<sup>16</sup>Kim-Cohen and others, “MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children’s mental health: new evidence and a meta-analysis”, *Molecular Psychiatry*, vol. 11, (2006), pp. 903-913.

<sup>17</sup>Office of Research on Women’s Health, “Research summaries, FY 2011” (Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 2011).

## 2. Социальные и внешние факторы

14. Высокий уровень безработицы, доступность наркотиков и криминальная обстановка в некоторых странах создают благоприятную среду для проблемного употребления наркотиков. Предполагается, что между низким социально-экономическим статусом и употреблением наркотиков существует взаимосвязь. Жизнь в нищете может стать причиной хронического стресса, который сказывается на психическом здоровье людей и временное облегчение от которого могут дать наркотики. Кроме того, злоупотребление наркотиками может, пусть и в меньшей степени, привести к снижению социально-экономического статуса. Что касается женщин, то воздействие этих факторов часто усугубляется. Например, проведенное **Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН)** исследование воздействия употребления наркотиков на семью в Афганистане показало, что существует тесная связь между употреблением наркотиков, безработицей и нищетой<sup>18</sup>. Более половины опрошенных, у которых до начала употребления наркотиков была работа, впоследствии потеряли ее, и более трети опрошенных детей сообщили, что им пришлось бросить школу из-за того, что один из членов семьи злоупотреблял наркотиками. Общины с высоким уровнем потребления наркотиков зачастую имеют ограниченный доступ к средствам социальной поддержки, здравоохранению и общественным организациям, что еще больше затрудняет получение помощи их членами, которые желают вырваться из замкнутого круга нищеты и наркомании.

15. Проведенное в Индии масштабное исследование показало, что из 3000 охваченных им потребителей наркотиков<sup>19</sup> 10 процентов составляли женщины. Многие из этих женщин были неграмотны, и лишь некоторые получили среднее специальное образование. Большинство из них употребляли героин. Многие женщины сообщали о физических и психических проблемах, связанных с употреблением наркотиков, включая выкидыши или прерывание беременности. Около половины женщин были заняты в секс-индустрии, чтобы иметь возможность покупать наркотики, что повышало риск их заражения ВИЧ и вероятность передачи инфекции от матери ребенку. Одной из основных причин приобщения женщин к наркотикам были семейные конфликты.

<sup>18</sup>UNODC, *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (Vienna, 2014).

<sup>19</sup>India, Ministry of Social Justice and Empowerment, and UNODC, Regional Office for South Asia, "Women and drug abuse: the problem in India – highlights of the report" (New Delhi, 2002).

## С. Вред, связанный с употреблением наркотиков

### 1. ВИЧ-инфекция, передозировка и другие пагубные последствия для здоровья

16. В исследованиях, посвященных злоупотреблению наркотиками и связанному с ними вреду, женщины зачастую конкретно не рассматриваются, что ограничивает возможность точной оценки воздействия различных аспектов на женщин, потребляющих наркотики. Кроме того, большинство исследований проводятся в странах с высоким уровнем дохода, что ограничивает глобальное понимание положения. Тем не менее о распространенности ВИЧ среди женщин собрано достаточное количество данных, дающих определенное представление об этой проблеме с учетом взаимосвязи между употреблением наркотиков путем инъекций и риском заражения ВИЧ. Показатель распространенности ВИЧ среди женщин, употребляющих наркотики, значительно варьируется от низких значений в ряде стран до более 50 процентов в других странах, таких как Филиппины и Эстония. В Объединенной Республике Танзания ВИЧ инфицированы 72 процента женщин, которые злоупотребляют героином путем инъекций, и только 45 процентов мужчин. В Сенегале распространенность ВИЧ среди женщин, употребляющих наркотики путем инъекций, в три раза выше, чем среди мужчин.

17. В целом даже с учетом генерализованной эпидемии в странах Африки к югу от Сахары ВИЧ-инфицированных женщин, работающих в секс-индустрии, в 12 раз больше, чем среди остальных женщин. Аналогичным образом, было обнаружено, что в других условиях при среднем или высоком показателе распространенности ВИЧ или при наличии генерализованной эпидемии ВИЧ вероятность инфицирования ВИЧ была высокой<sup>20</sup>. Уровень распространенности ВИЧ среди женщин-заклученных и женщин, занятых в секс-индустрии, также выше, чем в среднем по населению и чем среди заключенных-мужчин<sup>21</sup>.

18. Многие женщины, злоупотребляющие наркотиками путем инъекций, сообщают о совместном использовании игл, объясняя это, в частности, незнанием существующих рисков, отсутствием возможности купить иглы в аптеках или страхом перед полицией. Некоторые женщины сообщают о том, что

<sup>20</sup>Stefan Baral and others, "Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, vol. 12, No. 7 (2012), pp. 538-549.

<sup>21</sup>Kate Dolan and others, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Suppl. No. 1 (2015), pp. S12-S15.

используют общие иглы в знак любви или доверия к партнеру. Неумелые инъекции могут привести к повреждению вен и вызвать серьезные осложнения. Женщины, употребляющие наркотики путем инъекций, испытывают такие проблемы, как усталость, потеря веса, абстинентные боли, депрессии и попытки самоубийства, при этом многие из них страдают также болезнями, передающимися половым путем, и гепатитом. Для этих женщин доступ к медицинскому обслуживанию в основном затрудняется тем, что общество осуждает женщин, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций.

19. В 2012 году в Соединенных Штатах от передозировки наркотиков умерло более 15 000 женщин. С 1999 по 2010 год число смертей, вызванных употреблением опиоидных обезболивающих средств рецептурного отпуска, среди женщин в Соединенных Штатах выросло в пять раз, в то время как среди мужчин аналогичный показатель увеличился в 3,6 раза. Анализ данных о смертности показал, что в период 2007–2008 годов в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии уровень смертности в результате передозировки (всех видов психоактивных веществ) среди женщин вырос больше, чем среди мужчин (17 процентов среди женщин и 8 процентов среди мужчин). В частности, за тот же период на 8 процентов увеличилась женская смертность от передозировки героина/морфина и на 20 процентов – от передозировки кокаина<sup>22</sup>.

## 2. Психические заболевания

20. Случаи, когда расстройства на почве потребления психоактивных веществ сопровождаются психическим заболеванием, сложно диагностировать и лечить, и они отмечаются у женщин чаще, чем у мужчин. Если оставить таких женщин без лечения, то клинический исход у них будет хуже, чем у женщин, страдающих только одним из расстройств. В Европе коморбидная основная депрессия гораздо чаще наблюдается у женщин с расстройствами, связанными с потреблением психоактивных веществ, чем у мужчин, страдающих такими расстройствами. Распространенность основной депрессии в этой группе женщин в два раза превышает соответствующий показатель для женщин в целом<sup>23</sup>. Люди с двойным диагнозом имеют менее благоприятный прогноз лечения, они нуждаются в более интенсивной симптоматической терапии и подвержены более высокому риску самоубийства по сравнению с пациентами с

<sup>22</sup>Silvia Martins and others, “Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature”, *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 11 (November 2015).

<sup>23</sup>EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe* (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015).

одним диагнозом<sup>24</sup>. Эффективное лечение пациентов с двойным диагнозом должно быть комплексным и в равной мере учитывать оба расстройства.

21. Сравнительное исследование среди женщин, находящихся в местах лишения свободы и имеющих двойной диагноз или страдающих только тяжелым психическим заболеванием, показало, что после выхода на свободу у представительниц первой группы чаще возникнет неотложная потребность в социальной помощи, например в жилье, и что такие женщины чаще вновь оказываются под стражей. У женщин, оказавшихся в тюрьме, развиваются тяжелые депрессивные и тревожные расстройства. Кроме того, было отмечено, что распространенность психических симптомов среди мужчин, отбывающих наказание, снижалась, а среди женщин, находящихся в предварительном заключении, нет.

## 3. Насилие

22. Согласно оценкам, каждая третья женщина в мире подвергалась физическому или сексуальному насилию. Среди женщин, которым оказывается наркологическая помощь, доля жертв физического и сексуального насилия очень высока и составляет от 40 до 70 процентов<sup>25</sup>. Такое насилие отрицательно сказывается на психическом, физическом и репродуктивном здоровье женщин. Примерно у 20 процентов женщин, переживших насилие в прошлом, развивается психиатрическое расстройство, например депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство. Исследование влияния употребления наркотиков на семью в Афганистане, проведенное УНП ООН, показало, что употребление наркотиков повышает вероятность семейно-бытового насилия<sup>26</sup>. В 2015 году Группа Помпиду провела обзор, согласно которому женщины, употребляющие наркотики, чаще подвергаются насилию, чем женщины, не употребляющие наркотики. Еще чаще насилию подвергаются беременные или занятые в секс-индустрии женщины, употребляющие наркотики<sup>27</sup>.

## 4. Лишение свободы

23. Доля женщин, совершающих преступления, связанные с наркотиками, растет. За последние 30 лет в Соединенных Штатах число женщин, лишенных свободы за преступления, связанные с наркотиками,

<sup>24</sup>Stephanie Hartwell, “Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system”, *Criminal Justice Policy Review*, vol. 15, No. 1 (March 2004).

<sup>25</sup>Mayumi Okuda and others, “Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey”, *Psychiatric Services*, vol. 62, No. 8 (August 2011).

<sup>26</sup>*Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan*.

<sup>27</sup>Thérèse Benoit and Marie Jauffret-Roustide, *Improving the Management of Violence Experienced by Women Who Use Psychoactive Substances* (Strasbourg, Council of Europe, 2016). Доступно на [www.coe.int/](http://www.coe.int/).

увеличилось на 800 процентов, при этом число мужчин, осужденных за такие же преступления, выросло на 300 процентов. В Соединенных Штатах две трети женщин, содержащихся в федеральных тюрьмах, отбывают срок за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками. В Европе и Центральной Азии более 25 процентов (в Таджикистане почти 70 процентов) женщин-заключенных были осуждены за наркопреступления. В странах Латинской Америки число женщин-заключенных в период 2006–2011 годов почти удвоилось, причем от 60 до 80 процентов из них были осуждены за преступления, связанные с наркотиками.

24. Увеличение числа женщин, вовлекаемых в наркоторговлю, происходит в первую очередь за счет женщин с низким уровнем формального образования или женщин, которые не могут найти работу. Большая часть задержанных женщин-наркокурьеров не имели судимости, и многие из них родились за рубежом. В Аргентине 9 из 10 женщин-иностранок, отбывающих срок по статьям, связанным с наркотиками, осуждены за незаконную перевозку наркотиков и подавляющее большинство из них прежде не совершали преступлений<sup>28</sup>. У этих женщин-заключенных нет семьи, социальных или институциональных связей со страной, в которой они находятся, и они часто отбывают длительный срок лишения свободы.

## D. Особые группы женщин, потребляющих наркотики

### 1. Женщины-заключенные и их дети

25. Хотя мужчин среди заключенных в десять раз больше, чем женщин, доля женщин в местах лишения свободы растет. За последние пятнадцать лет число женщин, находящихся в заключении, увеличилось примерно на 50 процентов<sup>29</sup>. В 2015 году более 700 000 женщин и девочек содержались в пенитенциарных учреждениях по всему миру в ожидании суда или под стражей или в качестве осужденных и приговоренных лиц<sup>30</sup>. В местах заключения доля злоупотребляющих наркотиками среди женщин намного выше, чем среди мужчин. Согласно общемировым данным, от 30 до 60 процентов женщин-заключенных злоупотребляли наркотиками в течение месяца до заключения по сравнению с 10–50 процентами мужчин.

<sup>28</sup>Corina Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America", IDPC Briefing Paper (International Drug Policy Consortium, 2013).

<sup>29</sup>Roy Walmsley, "World Female Imprisonment List", 3rd ed., World Prison Brief (London, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London, 2015).

<sup>30</sup>Ibid.

26. Если женщина попадает в места лишения свободы, то это, как правило, крайне негативно сказывается на жизни ее семьи. Так, в странах Латинской Америки треть женщин-заключенных лишается своих домов и только 5 процентов детей остаются жить в собственном доме после того, как мать попадает в тюрьму. Проведенное в Бразилии исследование показало, что дети, как правило, остаются на попечении матери, если в тюрьму попадает отец, но в тех случаях, когда за решеткой оказывается мать, только 10 процентов детей остается на попечении отца. В странах Латинской Америки большая часть женщин-заключенных ранее не имели судимости, и поскольку дети, как правило, находятся на их попечении, то в случае тюремного заключения матери дети либо помещаются в исправительное учреждение вместе с ней, либо становятся бездомными.

27. В связи с недостаточным количеством женских исправительных учреждений женщины часто отбывают наказание далеко от дома, что затрудняет свидания. Отрыв от привычной среды, дома и семьи особенно пагубно сказывается на психическом здоровье женщин-заключенных. Женщины-правонарушители намного чаще, чем мужчины, страдают от психических расстройств, таких как депрессия, биполярное расстройство личности, психоз, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожное расстройство, личностное расстройство и наркозависимость.

28. Значительная часть женщин, содержащихся в тюрьмах по всему миру, находятся в предварительном заключении. Некоторые содержатся под стражей по несколько лет, и зачастую срок предварительного заключения превышает срок, к которому они могут быть приговорены. В Пакистане дела более половины опрошенных женщин-заключенных находились на стадии судебного разбирательства и пятая часть женщин ожидала суда более года. В результате инспекции девяти тюрем обнаружилось, что в них практически отсутствуют места отдыха, образовательные или медицинские услуги для женщин или детей и возможности профессиональной подготовки для женщин. В одном из исправительных учреждений на 60 заключенных приходился один санузел, а в восьми из девяти тюрем питьевая вода была непригодной для потребления, что вело к распространению передаваемых через воду заболеваний. Медицинские службы в них были неудовлетворительными и не оказывали никакой психиатрической помощи. Большая часть специализированных медицинских услуг для женщин оказывалась неправительственными организациями, а не министерством здравоохранения или департаментом тюремных учреждений. В небольших городах женщины-заключенные рожали в тюрьмах без какой-либо медицинской помощи<sup>31</sup>.

<sup>31</sup>UNODC, *Females Behind Bars: Situation and Needs Assessment in Female Prisons and Barracks* (Islamabad, 2011).

29. Ряд стран Южной Америки внесли поправки в национальное законодательство, регулирующее содержание беременных женщин и кормящих матерей под стражей в ожидании суда. Эти поправки позволяют таким женщинам отбывать предварительное заключение по месту жительства.

30. Страны, желающие уменьшить количество женщин-зключенных, имеют возможность применить положения подпункта с) пункта 4 статьи 3 Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ 1988 года<sup>32</sup>, который ясно предусматривает меры, альтернативные тюремному заключению, и гласит, что "...в соответствующих случаях, когда совершаются малозначительные правонарушения, Стороны могут предусмотреть в качестве альтернативы осуждению или наказанию такие меры, как перевоспитание, восстановление трудоспособности или социальная реинтеграция, а также, если правонарушитель является наркоманом, его лечение и последующее наблюдение за ним".

## 2. Работники сферы сексуальных услуг

31. Женщины, занятые в сфере сексуальных услуг, которые злоупотребляют наркотиками путем инъекций, подвергают свое здоровье серьезной опасности и сталкиваются с угрозой насилия и социальной маргинализации. Законодательство многих стран предусматривает суровые меры наказания вплоть до смертной казни для женщин, занятых в сфере сексуальных услуг. Существует тесная взаимосвязь между потреблением наркотиков и работой в сфере сексуальных услуг, поскольку наркозависимость может побуждать женщин заниматься оказанием сексуальных услуг для получения средств, необходимых для приобретения наркотиков. Кроме того, женщины могут также начать принимать наркотики, чтобы справиться с особенностями и характером работы в сфере сексуальных услуг.

32. В целом по миру среди женщин, занятых в сфере сексуальных услуг, очень высока доля злоупотребляющих наркотиками, носителей ВИЧ-инфекции и имеющих опыт тюремного заключения. В Мьянме треть опрошенных женщин, занятых в сфере сексуальных услуг, сообщили об употреблении стимуляторов амфетаминового ряда в силу профессиональной необходимости, что повышает риск заражения ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися половым путем. В сфере сексуальных услуг у женщин, потребляющих наркотики, в три с половиной раза выше риск обнаружения заболеваний, передающихся половым путем, чем у женщин, не употребляющих наркотики<sup>33</sup>.

33. Женщины, работающие в сфере сексуальных услуг, потребляют стимуляторы амфетаминового ряда, чтобы повысить выносливость и удерживаться в нужном весе. Камбоджийские работницы секс-индустрии сообщили также, что употребление стимуляторов амфетаминового ряда повышает их общую уверенность в себе и помогает лучше контролировать ситуацию при взаимодействии с клиентами. Вместе с тем прием стимуляторов амфетаминового ряда ведет к более рискованному сексуальному поведению и росту заболеваемости инфекционными болезнями, передающимися половым путем. Кроме того, хроническое потребление стимуляторов амфетаминового ряда приводит к развитию паранойи и агрессивности<sup>34</sup>.

## 3. Беременные женщины

34. Существует прямая связь между потреблением наркотиков и нежелательной беременностью, осложнениями при родах, жестоким обращением с детьми или отсутствием заботы о них. Употребление наркотиков в период беременности может быть причиной преждевременных родов, низкой массы ребенка при рождении или послеродового кровотечения. Женщины, потребляющие наркотики в период беременности, также чаще попадают в отделение интенсивной терапии во время родов, и у них отмечаются более высокие уровни младенческой смертности.

35. Употребление наркотиков во время беременности может привести к развитию множества психических, физических и эмоциональных расстройств у ребенка. У детей, которые подвергались воздействию наркотиков в утробе матери, могут возникнуть серьезные проблемы, которые потребуют дополнительного ухода и, следовательно, дополнительных расходов как для матери, так и для общества. Дети, растущие среди наркоманов, подвергаются значительно более высокому риску физического и сексуального насилия и безнадзорности.

36. Ребенок, мать которого употребляла каннабис во время беременности, может испытывать проблемы неврологического развития. Воздействие каннабиса в раннем возрасте может негативно сказаться на развитии мозга и поведении. В более взрослом возрасте у таких детей может развиться расстройство внимания, обучаемости и памяти, проблемы с поведением в школе и импульсивность. Кроме того, повышается вероятность того, что, повзрослев, они также будут употреблять каннабис.

<sup>32</sup>United Nations, *Treaty Series*, vol. 1582, No. 27627.

<sup>33</sup>Katie Hail-Jares and others, "Occupational and demographic factors associated with drug use among female sex workers at the China-Myanmar border", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 161 (April 2016).

<sup>34</sup>Marie-Claude Couture and others, "Correlates of amphetamine-type stimulant use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia", *Drug and alcohol dependence*, vol. 120 (January 2012).

## Е. Профилактика и лечение наркозависимости и последующая реабилитация

### 1. Профилактика злоупотребления наркотиками

37. В разных странах существуют разные программы профилактики расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ среди особых групп населения. Основная задача профилактики злоупотребления наркотиками состоит в том, чтобы помочь людям, в частности молодым, предотвратить приобщение к наркотикам либо, если они уже начали употреблять наркотики, избежать формирования зависимости. Программы профилактики часто ориентированы на детей и семьи, которые входят в группу риска, заключенных, лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, беременных женщин и работников сферы сексуальных услуг. В таких программах особое внимание должно уделяться преодолению общественного осуждения, связанного с употреблением наркотиков, особенно женщинами, и разработке конкретных мер, позволяющих женщинам участвовать в программах профилактики.

38. Оказание беременным женщинам научно обоснованной комплексной медицинской помощи может положительно сказаться на развитии, эмоциональном здоровье и поведении будущего ребенка, а также на родительских навыках матери.

### 2. Препятствия для получения лечения

39. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), правительства большинства стран не выделяют конкретных бюджетных ассигнований на лечение расстройств, вызываемых употреблением психоактивных веществ. Кроме того, профилактические и наркологические службы лишь в редких случаях включаются в национальные системы здравоохранения. Специализированная наркологическая помощь для беременных женщин (существует в 31 проценте стран) и работников сферы сексуальных услуг (существует в 26 процентах стран) ограничена и малодоступна. Вместе с тем в 61 проценте стран Европы существуют службы наркологической помощи для беременных женщин, а в 40 процентах стран Юго-Восточной Азии имеются аналогичные службы для работников сферы сексуальных услуг<sup>35</sup>.

40. Женщины составляют треть лиц, злоупотребляющих наркотиками во всем мире, и лишь пятую часть тех, кому оказывается медицинская помощь. Женщины сталкиваются с серьезными системными, структур-

ными, социальными и культурными барьерами и проблемами межличностных отношений при получении наркологической помощи. На структурном уровне основными препятствиями являются отсутствие учреждений по уходу за детьми и предосудительное отношение к женщинам, употребляющим наркотики, особенно беременным. Нередко программы амбулаторного лечения не охватывают женщин, имеющих детей.

41. Женщины, употребляющие наркотики, могут не обращаться за медицинской помощью из опасения лишения родительских прав. Низкий уровень обращаемости объясняется также враждебным отношением со стороны медработников и преобладанием пациентов-мужчин, из-за чего женщины-пациенты чувствуют себя ущемленными.

42. Во многих странах женщины, злоупотребляющие наркотиками, подвергаются общественному осуждению. В этой связи такие женщины неохотно признаются в злоупотреблении наркотиками и, опасаясь дискриминации, могут не обращаться в медицинские учреждения, в том числе за наркологической помощью. Женщины и девочки, употребляющие наркотики, могут утратить поддержку своей семьи и оказаться не в состоянии найти работу, и это толкает их в сферу сексуальных услуг, что вызывает еще большее общественное порицание.

43. Беременные женщины могут опасаться, что, обратившись за помощью, они привлекут внимание властей, у них начнутся проблемы с законом или социальными службами. Вместе с тем, если беременные женщины, злоупотребляющие наркотиками, не получают лечения, это может иметь серьезные последствия для здоровья их детей. К факторам, побуждающим женщин начать лечение, относятся беременность, материнство и начало лечения партнером. Если партнер бросает лечение, то женщина, как правило, следует его примеру. Много споров ведется на счет того, должны ли пары начинать лечение вместе или по отдельности. Хотя многие эксперты утверждают, что необходимо разделять пары, чтобы преодолеть зависимость, многие пары успешно проходят лечение вместе. Тем не менее, если наркотики перестает употреблять лишь один из партнеров, отношения, как правило, прекращаются.

44. В целом за необходимой наркологической помощью женщины обращаются реже, чем мужчины. Это особенно справедливо для стран с низким и средним уровнем дохода. Так, в Афганистане, несмотря на высокий уровень потребления опиума и героина среди женщин, такую помощь получают всего 4 процента женщин, а в Пакистане – 13 процентов женщин. В некоторых регионах мира, таких как Ближний Восток, женщины в целом по-прежнему выполняют традиционную роль домохозяйки, а мужчины ходят на работу. Если женщина хоть на шаг выходит за

<sup>35</sup>WHO, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Geneva, 2010).

пределы этой традиционной роли, потребляя наркотики, то это может привести к общественному осуждению, которое не позволяет женщинам обращаться за наркологической помощью.

45. В Исламской Республике Иран оказываются предназначенные специально для женщин наркологические услуги, что позволило расширить доступ женщин к лечению от наркозависимости. До внедрения таких услуг в предшествующие десять лет за наркологической помощью обратилось менее 20 процентов женщин. Положительные результаты работы специальных клиник для женщин привели к увеличению числа таких клиник в стране.

### 3. Результаты лечения

46. Хотя демографические исследования показывают, что решение продолжать или доводить до конца лечение не зависит напрямую от того, кто его принимает – мужчины или женщины, необходимо учитывать определенные факторы. На результаты лечения женщин, если оно не проводится надлежащим образом, отрицательное воздействие могут оказывать два фактора, а именно: наличие двойного диагноза и травматический опыт. В этой связи для повышения эффективности программ лечения важно учитывать в них эти вопросы.

47. Хотя предназначенные исключительно для женщин программы лечения все еще являются новым подходом, они были восприняты положительно самими женщинами. Участвующие в этих программах женщины считают, что в рамках таких программ их лучше понимают и что им легче найти общий язык с другими женщинами из обслуживающего персонала. Некоторые женщины сообщают, что в смешанных группах они чувствуют себя небезопасно или сталкиваются с домогательствами. Участницы программ, предназначенных только для женщин, сообщают, что для них важны возможность получения индивидуальных консультаций, отсутствие сексуальных домогательств и организованный уход за детьми.

48. Чтобы обеспечить учет гендерных факторов во время лечения, необходимо создать условия, не допускающие применения карательных мер, и обеспечить доброжелательное отношение к женщинам и их потребностям. В странах, в которых система наркологической помощи для женщин начала создаваться недавно, персонал, возможно, должен пройти специальную подготовку, чтобы лечение проводилось без всякого предубеждения и осуждения. Что касается вероятности продолжения лечения, то у женщин она такая же, как и у мужчин, однако существует много факторов, стимулирующих женщин продолжать лечение. К ним относятся: применение подхода, ориентированного на нужды пациента, наличие в медицинских центрах учреждений по уходу за детьми и оказание посттравматической помощи и психологической

помощи жертвам сексуального насилия. В рамках программ лечения женщины должны также получать соответствующие навыки, знания и поддержку, с тем чтобы они могли изменить свое поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ, когда они вернутся в свою семью и общину. Такой процесс реабилитации необходим для предотвращения рецидива употребления психоактивных веществ путем формирования у женщин навыков, требуемых для контроля за импульсивным желанием употребить наркотики. Конечная цель процесса реабилитации заключается в оказании женщинам помощи в восстановлении контроля за образом жизни, улучшении их личного здоровья и восстановлении здоровых отношений с их детьми, семьей и общиной.

49. Многие исследования подтверждают вывод о том, что лечение одинаково эффективно для мужчин и женщин, причем различия в результатах терапии минимальны. Вместе с тем женщины оказались более восприимчивы, чем мужчины, к лечению зависимости от метамfetамfина. Женщинам, употребляющим наркотики, следует сначала предлагать добровольное лечение, поскольку принудительное лечение должно применяться только в исключительных случаях. Использование наркологических центров принудительного содержания неоднократно подвергалось критике рядом организаций системы Организации Объединенных Наций<sup>36</sup>, поскольку содержащиеся в них женщины являются особенно уязвимыми в отношении сексуального насилия и домогательств.

### F. Рекомендации

50. МККН призывает государства-члены собирать и предоставлять другим сторонам дифференцированные по возрасту, полу и другим соответствующим факторам данные при представлении информации в ответах на вопросник к ежегодным докладам, а также при представлении докладов Комиссии по наркотическим средствам.

51. Для повышения эффективности использования ресурсов всем правительствам рекомендуется собирать данные о злоупотреблении наркотиками и лечении наркозависимости, дезаггегированные по признаку пола. Адресные мероприятия, опирающиеся на результаты исследований, могут быть чрезвычайно эффективны в удовлетворении особых потребностей женщин, потребляющих наркотики.

52. Усилия по профилактике и лечению злоупотребления наркотиками среди женщин должны лучше финансироваться, координироваться и основываться на фактах. Для более полного понимания проблемы

<sup>36</sup>International Labour Organization and others, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", joint statement, March 2012. Доступно на [www.unodc.org](http://www.unodc.org).

злоупотребления женщинами наркотиков обеспечить лечение и осуществлять сбор данных могут помимо правительств другие заинтересованные стороны, такие как неправительственные организации и научные учреждения.

53. Правительствам следует уделять первоочередное внимание предоставлению легкодоступной медицинской помощи наркозависимым женщинам. Особые группы населения, например беременные наркозависимые женщины, нуждаются в особой помощи специально подготовленных многопрофильных специалистов. Ведение беременности может включать тестирование на ВИЧ и другие передающиеся половым путем инфекционные заболевания для более эффективного выявления таких обстоятельств и их контроля, однако принимаемые меры не должны носить карательного характера.

54. Программы наркологической помощи должны гарантировать личную безопасность и конфиденциальность, а также предусматривать время и место для обслуживания только женщин. Службы помощи становятся более доступными, если они предусматривают уход за детьми и организацию мероприятий для женщин, занятых в сфере сексуальных услуг, или женщин, ставших жертвами гендерного насилия. Чтобы обеспечить гендерное равенство, директивным органам следует расширять сеть услуг для женщин, употребляющих наркотики, повышать степень их доступности и улучшать их качество.

55. Право женщин на охрану здоровья включает в себя право не подвергаться пыткам, принудительному лечению и опытам. Программы наркологической помощи должны отвечать тем же стандартам безопасности и эффективности, что и программы лечения других заболеваний. Кроме того, следует покончить с применением бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство форм лечения наркопотребителей, таких как наркологические центры принудительного содержания, и внедрять научно обоснованные альтернативные формы лечения на добровольной основе по месту жительства в рамках общины.

56. Правительства должны обеспечить оказание услуг по профилактике злоупотребления наркотиками и научно обоснованное лечение, особенно в социально неблагополучных общинах. Стратегии должны

учитывать интересы групп высокого риска, к которым относятся беременные женщины, работники секс-индустрии и заключенные.

57. Необходимо уделять приоритетное внимание тому, чтобы общество перестало осуждать наркозависимых, особенно среди женщин. Правительства должны играть руководящую роль в деле ликвидации дискриминации. Женщины, потребляющие наркотики, занятые в секс-индустрии и инфицированные ВИЧ, нуждаются в защите и расширении доступа к соответствующим услугам.

58. В Правилах Организации Объединенных Наций, касающихся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила)<sup>37</sup>, прямо упоминаются программы лечения наркотической зависимости и токсикомании и рекомендуется осуществлять такие программы, учитывающие гендерные факторы и перенесенные стрессы и ориентированные только на женщин, в общинах. В них также рекомендуется упрощать доступ женщин к такому лечению в порядке предупреждения преступлений, а также для целей замены уголовного наказания в виде лишения свободы иными видами исправительного воздействия и разработки альтернатив вынесения приговора судом. В них также подчеркивается важность уважения достоинства женщин в тюрьме и защиты женщин-заключенных от любых форм физического или сексуального насилия.

59. МККН призывает правительства принимать во внимание особые потребности и обстоятельства женщин, которые подвергнуты аресту или задержанию или в отношении которых осуществляется судебное преследование, суд и исполнение приговора за связанные с наркотиками правонарушения, включая меры по привлечению к ответственности женщин, злоупотребляющих наркотиками и находящихся под стражей или в тюрьме за правонарушения, связанные с наркотиками. Правительствам следует, в надлежащих случаях, использовать Бангкокские правила, Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении мер, не связанных с тюремным заключением (Токийские правила)<sup>38</sup> и Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделлы)<sup>39</sup>.

<sup>37</sup>Резолюция 65/229 Генеральной Ассамблеи, приложение.

<sup>38</sup>Резолюция 45/110 Генеральной Ассамблеи, приложение.

<sup>39</sup>Резолюция 70/175 Генеральной Ассамблеи, приложение.