

УДК 616.89-08-039.76

С.И. Табачников, А.Э. Гатицкая, Е.Н. Зинченко
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины
(г. Киев – г. Донецк)

Ключевые слова: алкоголизм, зависимость, психотерапия, лечение, профилактика

На сегодняшний день, несмотря на значительное количество научных разработок, а также внедрение в практику новых препаратов и схем лечения АЗ, эффективность терапии указанного заболевания продолжает оставаться недостаточной (Игонин А.Л., Никель Б., 1990; Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я., 1998; Михайлов Б.В., Мартыненко А.А., Сарвир И.М., Маркова М.В., 2000).

Так, по данным литературы, ремиссии длительностью 1-2 года у больных, с синдромом зависимости от алкоголя, наблюдаются лишь в 14,3% случаев (Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р., 1994).

Вышесказанное, по мнению различных исследователей, обусловлено рядом причин. Так, Г.М. Энтин (1990), выделяет среди них недостаточный уровень организации терапевтического процесса, в том числе отсутствие поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий. Автор подчеркивает, что “-перед началом амбулаторного или стационарного лечения больной и его родственники должны быть ориентированы на длительную поддерживающую терапию, без которой нет шансов на успех”. Другие авторы указывают на относительную изученность этиопатогенетических особенностей данного заболевания (Синицкий В.Н., 1996; Минко А.И., 1997; Табачников С.И., Зинченко Е.Н., 1999; Лебедев Д.С., 2002).

В зависимости от воззрений той или иной клинической школы, в разных странах мира многими специалистами подчеркивается необходимость создания структурированной комплексной программы терапии алкогольной зависимости с учетом биологических, психологических и социальных ее составляющих (Иванец Н.Н., 2002).

В частности, эксперты ВОЗ при лечении алкогольной зависимости рекомендуют выделять следующие основные подходы:

1. Фармакологический - предполагающий широкое применение лекарственных средств, направленных на достижение трезвости и купирование сомато-неврологических расстройств.

2. Психосоциальный или психологический, заключающийся в разработке и применении специальных методик, способствующих обучению больных навыкам межличностного общения, коррекции внутрисемейных взаимоотношений, профессиональной ориентации и социальной адаптации.

3. Поведенческий подход, при котором традицион-

но используются методы условно-рефлекторной терапии.

4. Подход, связанный с воздействием групп взаимопомощи.

В последние годы значительно расширился “арсенал” фармакологических препаратов для лечения алкогольной зависимости (Валентик Ю.В., Новиков Е.М., 2002; Марута Н.А., Минко А.И., 2003; Сосин И.К., Слабунов О.С., Сайко Д.С., Чуев Ю.Ф., 2004). Однако, появившиеся многочисленные научные публикации, касающиеся эффективности медикаментозной терапии при АЗ, являются противоречивыми и иногда взаимоисключающими. Так, одни авторы чрезвычайно оптимистично оценивают перспективы использования лекарственных препаратов, утверждая, что с их помощью можно достигнуть длительных ремиссий (Малка Р, Генри Х., Кимоуди А., 1992; Майский А.И., 1996; Зарицкий М.Г., 1998; Головка С.И., Зефирова С.Ю., Головка А.И., 2000).

Большинство клиницистов считают, что фармакологические средства, несомненно, эффективны при купировании определенных психопатологических расстройств, и применять их следует целенаправленно, дифференцировано и с учетом особенностей клиники алкогольной зависимости (Майский А.И., 1996; Валентик Ю.В., Новиков Е.М., 2002). Как отмечает А. Качаев “установление диагноза хронического алкоголизма не является достаточным для шаблонного назначения тех или иных препаратов”.

Анализируя данные литературы, можно прийти к выводу о том, что существующие сегодня методы фармакотерапии своей конечной целью имеют модуляцию функционирования дофаминергической системы (Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я., 1998).

В.Р. Lawford (1995) полагает, что агонист дофамина - бромкриптин, подавляет патологическое влечение к алкоголю, стабилизирует состояние больного в ремиссии, предупреждает развитие рецидива, что совпадает и с данными И.П. Анохиной (2000).

В настоящее время в наркологии широко обсуждается вопрос (в основном на уровне клинических испытаний) об использовании антидепрессантов нового поколения: леривон, золофт, феварин, прозак и др. (Иванец Н.Н., 2000; Минко А.И., Линский И.В., 2003 и др.). Данные зарубежных исследователей подтверждают, что указанные препараты уменьшают “тягу” к алкоголю и вызывают снижение уровня употребления

спиртных напитков на 15-20%.

Ряд авторов отмечают эффективность акампросата при лечении больных с указанной выше патологией (Головко С.И., Зефиоров С.Ю., Головко А.И., 2000).

Сформулировано предположение о возможности использования налтрексона в качестве дополнительного средства в комплексной программе лечения алкоголизма. Принимая во внимание этот факт J.C. Carbutt et al. (1999) провели оценку эффективности лекарственных препаратов пяти различных классов и пришли к выводу, что “по сумме доказательств” налтрексон и акампросат обладают явными преимуществами перед “плацебо”.

В настоящее время предпринимаются попытки более широкого использования антиконвульсантов в терапии АЗ (Сосин И.К., Куприенко Н.В., Куприенко Н.Ф., 2000).

В свою очередь, применение комбинированного препарата “Медихронал-Дарница” по мнению ряда авторов, “устраняет физическую зависимость и тягу к алкоголю, оказывает выраженное дезинтоксикационное действие, купирует похмельный синдром, обладает выраженным отрезвляющим действием, улучшает общее состояние и самочувствие, не имеет побочного действия и противопоказаний” (Синицкий В.Н., Ковтун Т.В., 1996).

Имеются данные об использовании препаратов “Пропротен -100” и “Анар”, новизна которых состоит в интеграции фармакотерапии и гомеопатии (Штарк М.Б., Эпштейн О.И., Воробьева Т.М., 2002).

Вместе с тем, несмотря на имеющийся и постоянно пополняющийся огромный арсенал средств и методов интенсивной фармакологической терапии, эффективность лечения АЗ остается недостаточной. Особенно ограничивают возможности успешных фармакологических интервенций побочные эффекты, осложнения, противопоказания, дополнительная лекарственная интоксикационная нагрузка (Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л., 1986). В связи с этим отсутствует единая точка зрения в отношении оптимальной фармакологической позиции, сопутствующей реабилитационной терапии, а также индивидуальных показаний для конкретных лекарственных средств (Пауков В.С., 1994). К отрицательным моментам фармакотерапии относят также “возможность актуализации патологического влечения к алкоголю”, “нарушение процессов постстрессовой адаптации”.

В ряде случаев в качестве аргументирующих доводов против расширительного применения психофармакотерапии приводятся также такие наркологические аксиомы, как поражение жизненно важных паренхиматозных органов, сердечно-сосудистой системы и центральной нервной системы вследствие хронической алкогольной интоксикации, что существенно повышает вероятность побочного действия лекарственных препаратов (Stetter F, 1995).

Все это объясняет огромную актуальность и интерес исследователей к поиску, разработке и внедрению

новых подходов к лечению АЗ. В качестве надежной альтернативы и средств выбора к настоящему времени разработаны и могут служить терапевтические подходы, предусматривающие использование немедикаментозных методов. К их достоинствам, как известно, относят “возможность комплексной эфферентной детоксикации, нефармакологической инкубации и стимуляции постинтоксикационно истощенных естественных физиологических механизмов детоксикации”. Интерес исследователей и практических врачей к этой проблеме не только не ослабевает, но с каждым годом все более актуализируется.

Так, в ходе исследований доказана эффективность метода транскраниального электрического воздействия базирующегося на активации неспецифических мозговых систем положительного эмоционального подкрепления, дистантной ксеноимплантации (-Минко А.И., 1997). Для проведения транскраниальной электростимуляции, И.Д. Даренский, А.В. Мельников предлагает использовать аппарат “Лэнар” (1996). Авторами установлены позитивный терапевтический эффект у больных алкоголизмом, проявляющийся нормализацией гормонального статуса.

В свою очередь, отмечено широкое применение в лечении алкогольной зависимости рефлексотерапии, одним из вариантов которой является микроволновая резонансная терапия (Левашов В.И., 1991).

Я.С. Песиков, А.Э. Гатицкая (2009) указывают на новый метод лечения алкогольной зависимости в амбулаторных условиях путем воздействия на зону нулевой точки ушной раковины иглами изготовленными самими авторами.

По мнению многих исследователей (Жигилев С.И., 1996; Табачников С.И., Зинченко Е.Н., 1999; Валентик Ю.В., 2000 и др.), психотерапия является методом выбора в лечении больных с алкогольной зависимостью. Кроме того, ее роль и удельный вес в комплексе терапевтических воздействий постоянно возрастает.

По определению В.Е. Рожнова (1985), психотерапия представляет собой комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Задачи психотерапии, по сути, отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению – коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов. При этом особенно важным является уточнение компонентов синдрома психической зависимости, к которым относят: систему механизмов психологической защиты, нарушения в сфере эмоционально-волевой регуляции, нарушения самооценки и самосознания, изменения в системе настоящее – будущее, нарушения в системе направленности личности и мотивации поведения (Завьялов В.Ю., 1999; Лысенко И.П., 2000).

Психотерапевтические методы, при лечении больных с АЗ, по мнению Ю.В. Валентика (2000) следует разделять на три группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия: методы манипулятивной стратегии; методы развивающие личность и синтетические.

В отечественной практике традиционно для лечения алкоголизма широко применяются различные методы суггестивной и гипносуггестивной психотерапии (Классен И.А., 1987; Miller W.A., 1991).

Концепция эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСП), разработка которой была начата В.Е. Рожновым (1985), предполагает диалектическое понимание эмоционального стресса, сформулированное еще канадским патофизиологом Гансом Селье (1979), содержащее одновременно две возможности этого процесса: влияние стресса на организм и личность может быть как патогенным, так и стимуляционно-активирующим и, тем самым, лечебным. Понимание того, что стресс не только отрицательное напряжение, но и положительное, не только разрушение, но и созидание, что он может быть как патогенным, так и саногенным, заставляет видеть в нем не только “врага”, но и “союзника” в борьбе с болезнью, в первую очередь, когда эта борьба ведется средствами психотерапии (Рожнов В.Е., 1988).

Гипнотическому воздействию, при проведении ЭСП предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе. Последние проводятся по предложенной автором методике удлиненных сеансов гипнотерапии (не менее 1–1,5 ч). В гипнозе вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус запах и вид алкоголя.

В практике отечественной суггестивной терапии наиболее известным остается метод стрессовой терапии, разработанный А.Р. Довженко (1984), сущность которого состоит в создании психологической установки на длительное воздержание от алкоголя путем применения комплекса психотерапевтических приемов в виде физических (стрессовых) воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга. Несмотря на небольшую продолжительность лечебного процесса, в пределах 3–4 часов, методика А.Р. Довженко предусматривает определенную этапность. Каждый из этапов преследует свои цели, а психотерапевтическое воздействие различается по форме, направленности и содержанию. Обязательным условием является полное воздержание от употребления алкогольных напитков в течение 21 дня.

Некоторыми исследователями высказано мнение о том, что лечение путем «кодирования» по А.Р. Довженко эффективно для людей с тоталитарным менталитетом. При этом, недостатками метода являются разовый, однократный сеанс, отсутствие работы с проблемами пациента, его семьи (Макаров В.В., 2002). В этой связи, в последние годы предложены различные модификации указанного выше метода.

Одним из них является «блокирование» (Макаров В.В., Киселев Л.И., 1991). Данная методика разработана на основе западных методов психотерапии (трансактного анализа, нейролингвистического программирования, недирективной психотерапии по М. Эриксо-ну), а также отечественных авторских наработок, и построена на выявлении позитивных возможностей и перспектив в жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу жизни без спиртного. С помощью психотерапевтического воздействия блокируется влечение к алкоголю. Метод «блокирования», по мнению авторов, представляется эффективным и гуманным подходом к лечению алкогольной зависимости.

В свою очередь, Г.И. Григорьевым, Кузнецовым О.Н. (1991), разработан метод массовой эмоционально-эстетической психотерапии. По мнению авторов, увеличение числа пациентов до 500–600 человек на общем сеансе позволяет повысить терапевтическую результативность самого сеанса и использовать эффект взаимного эмоционально-психологического потенцирования – “храмовый эффект”.

Методы медикаментозной опосредованной терапии основаны на новизне применяемых лекарственных средств и вере пациентов в их эффективность. Так, известный метод терапии под условным названием “Торпедо” заключается во внутривенном введении 10 мл 25 % раствора сульфата магния с добавлением 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты и 0,1 г метиленовой сини, которое вызывает бурную вегетативную реакцию (Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р., 1994). Введение “Торпедо” сопровождается императивным внушением отвращения к алкоголю, суггестивной установкой на неминуемость подобной реакции в случае употребления алкоголя в течение оговоренного срока воздержания от приема спиртных напитков. Существуют и многие другие методики, в основе которых лежит выработка аверсии к алкоголю.

По-прежнему широко применяются пролонгированные формы дисульфирама: эспераль, для имплантации в подкожную клетчатку, или 25% раствор дисульфирама – “тетлонг-250” в виде инъекций с соответствующим психотерапевтическим воздействием (Минко А.И., Собетов Б.Г., Линский И.В., Шалашов В.В., 2002). По мнению Н.И. Иванца (2000), эффект эсперали чисто психотерапевтический – “эффект терапевтической новизны”, однако допускается его применение, у определенного контингента больных при должном качестве процедуры терапии. Данное обстоятельство подтверждается многочисленными сравнительными исследованиями.

А.Я. Гриненко и Е.М. Крупицким (1988) разработан метод аффективной контратрибуции, основанный на способности кетамина вызывать сильные психоделические переживания. Особенностью терапии является преимущественно негативная эмоциональная окраска психоделических переживаний, которая может быть атрибутирована тому, что пациенты в образной

символической форме переживают вытесненные в подсознание основные личностные конфликты и проблемы, которые у них во многом связаны со злоупотреблением алкоголя и негативными аспектами алкогольного образа жизни. Такие переживания обуславливают впоследствии особое катартистическое чувство разрешения личностных проблем, а также психологическое неприятие алкогольного образа жизни, твердую установку на трезвость. Авторы отмечают эффективность разработанного метода (69,8% ремиссий более 1 года). Его недостатками являются: высокий риск осложнений на введение кетамина и ухудшение психического состояния, что требует обязательного участия в процедуре врача-анестезиолога, специальной реанимационной аппаратуры, последующего наблюдения.

По мнению Б.М. Гузикова (1986), «основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе является ее эволюция от гетеро- и ауто-уггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повышение социально-психологической адаптации».

Принимая во внимание наличие у больных нарушений в сфере эмо-ционально-волевой регуляции, самооценки и самосознания, в системе направленности личности и мотивации поведения, а также учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении алкоголизма подчеркивается важность использования групповой психотерапии (Батищев В.В., Негерин Н.В., 1999 и др.), целью которой являются: изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной анозогнозии, коррекция интрапсихических и межличностных проблем. Авторы отмечают, что особенностью терапии является неэффективность применения какой-либо одной психотерапевтической техники. Те или иные психотерапевтические методики используются в зависимости от возникающих проблем и задач во время самого группового терапевтического процесса (Павлов Н.С., 2002). Как отмечает N.E. Zinberg (1982), это обусловлено способностью пациентов достаточно быстро вычислять терапевтическую тактику врача, и формировать защитное поведение, позволяющее нивелировать все усилия по формированию критики к заболеванию и установки на трезвость. Наиболее применимы следующие методики: разъяснительная и рациональная, рационально-эмотивная психотерапия, ролевые игры, элементы психодрамы, трансактный анализ и его составляющие.

Особая роль при этом отводится дискуссионной психотерапии. Главной ее целью является формирование у больных АЗ установок на полное воздержание от употребления алкоголя. Эффективность данного метода обусловлена тем, что у пациентов имеется единство опыта в развитии заболевания, сходные психологические и социальные проблемы, а также общая необходимость в постоянной поддержке и помощи на весь

период реабилитации. Следует отметить, что патологическое влечение к алкоголю вызывает в то же время известные трудности при его обсуждении в процессе дискуссионной психотерапии. Во многом это связано с недостаточной степенью осознания больными этого клинического феномена, отличиями в его проявлениях.

Определенной особенностью групповой психотерапии при алкоголизме, подчеркиваемой рядом авторов является наличие в ней выраженного компонента рациональной психотерапии (Poldrugo F., 1997). При этом, одни исследователи (Карвасарский Б.Д., 1985; Гузикив Б.М., 1986) задачами индивидуальной психотерапии пациентов с АЗ считают анализ глубинных механизмов возникновения болезни, воздействие на сознательные и неосознанные установки больных посредством детальной реконструкции их анамнеза, установления причинно-следственных связей между преморбидными особенностями личности, образом жизни и злоупотреблением алкоголя. Другие указывают, что индивидуальная психотерапия должна быть личностно-ориентированной в отношении каждого больного и ее основная задача не только укрепление трезвеннической установки, но и обучение больного способам дезактуализации первичного патологического влечения к алкоголю в случае его обострения во время ремиссии (Николаенко В.Н., 1989).

Исходя из того, что групповая рациональная психотерапия имеет те же задачи, что и индивидуальная (преодоление алкогольной анозогнозии, создание установки на лечение и трезвый образ жизни) многие исследователи отмечают в числе преимуществ групповой психотерапии возможность значительно большего охвата больных при меньших затратах времени, их положительную взаимную индукцию.

Установлено, что эффективность групповой психотерапии при АЗ тесно связана с семейной психотерапией (Рыбакова Т.Г., 1987; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990; Бендлер Р., Гриндер Д., Сатир В., 1993). При этом, основными задачами ее являются выявление конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи и больного к режиму трезвости. Авторами выявлена статистическая значимость между степенью активности отношения жен к лечению и терапевтическим эффектом при алкоголизме. Одновременно установлено, что отношения значительно улучшались в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности групповой. При этом ремиссии более года отмечены у 75,3% больных (Рыбакова Т.Г., 1987).

Одной из особенностей развития мировой психотерапии в последнее десятилетие является ее интегративность. Стремление осуществить и соответственно оптимизировать объединение различных направлений, подходов, способов психотерапии, и необходимость осознанного системообусловленного управления этим процессом способствовало формированию концепции интегративности в психотерапии. По мнению Б.Д. Карвасарского (1998), интегративный подход в психо-

терапии в отличие от эклектического, использующего простое сочетание приемов, различных психотерапевтических направлений, предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных теоретических систем психотерапии.

Так, в ходе интеграции психоаналитической и поведенческой психо-терапии возникли психодинамическая психотерапия, когнитивно-аналитическая, небиохевиористские направления (нейролингвистическое программирование), гештальт-терапия и другие.

В гештальт-подходе основой терапевтического воздействия является снятие блокирования и стимулирование процесса развития, осознание и переживание контакта с самим собой и с окружением. Главным принципом гештальт-терапии является важность находиться в настоящем, “здесь и теперь”. Больные алкоголизмом предпочитают вместо этого находиться в будущем или прошлом. Поэтому одной из задач психотерапии является обучение пациентов жить в настоящем, переживать то, что происходит с ними сейчас. Вторым положением является работа с самосознанием (Peris F, 1969; Эриксон М., Росси Э, 1995; Коршко И.Н., 2000).

Все более популярным методом психотерапии АЗ становится нейро-лингвистическое программирование (НЛП), которое было разработано Р.Бендлером и Д.Гриндером (1993, 1995). Авторам удалось выявить устойчивые лингвистические образования речи, невербальные приемы в общении, оказывающие положительное влияние на больных.

К традиционно применяемым техникам в психотерапии пациентов с алкогольной зависимостью следует отнести и методы психоаналитической ориентации. Однако эффективность классически ориентированных психоаналитических методов подвергается серьезным сомнениям, а психодинамические техники все чаще входят лишь в виде отдельных компонентов в другие методы терапии.

На основе интеграции психоаналитически - ориентированных школ А. Адлера, В.Райха, К.Юнга и экзистенциально-гуманистической традиции А.Маслоу, К. Роджерса, а также в контексте философских учений и практик Востока, возник холотропный подход, реализовавший себя в методе холотропного дыхания (Grof С., 1980).

Холотропная терапия – система психотехнологий, ориентированная на изменение психологических установок личности, которое происходит в вызываемых особых измененных состояниях сознания, достигающихся с помощью длительной гипервентиляции со специальным, музыкальным сопровождением. Установлено, что увеличение частоты и глубины дыхания, как правило, ослабляет психологическую защиту и ведет к освобождению и проявлению бессознательного материала.

В.Ю. Завьяловым (2002) разработана система интегративной психотерапии, сущностью которой является эффективная помощь больному путем дополнения клинического анализа состояния пациента иными способами изучения и понимания личности. В качестве

“модельных описаний” личности больного алкоголизмом в его системе используются понятия и принципы диалектики “последнего русского философа” А.Ф. Лосева и учение о мифе, которые помогают полнее раскрыть проблемы пациента. Дианалитический метод, в отличие от клиничко-психопатологического, по мнению автора, открывает возможность создавать любые интерпретации изменения поведения и душевной организации человека и, тем самым, точнее формулировать “терапевтическую идею” и выстраивать терапевтическую логику психотерапии в процессе непрерывного диалога профессионала, работающего с больным.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии алкоголизма аутогенной тренировки (Рожнов В.Е., 1974; Табачников С.И., 1974-1984; Филатов А.Т., 1987). Целью ее при этом, является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Вместе с тем, ряд авторов отмечает, недостаточную эффективность при алкоголизме обычной техники аутогенной тренировки. В этой связи сотрудниками ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского разработана методика ситуационно-психологического тренинга, целью которой является психотерапевтическая коррекция патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом. Она представляет собой методику групповой психотерапии, объединяющую групповые структурированные дискуссии, ролевое воспроизведение ситуаций и состояний, актуализирующих патологическое влечение к алкоголю и психическую саморегуляцию (Валентик Ю.В., 2000). Задачами ситуационно-психологического тренинга являются: повышение степени осознания больными у себя ПВА и выявление конкретных признаков, типичных индивидуальных факторов актуализации патологического влечения к алкоголю и обучение методам противодействия этим факторам; выработка навыков аутогенной релаксации.

В большинство психотерапевтических программ входят также методы, направленные на улучшение психической саморегуляции: аутосуггестия, самоуправление, стрессоуправление, самоинструирование.

Психокоррекционные воздействия могут быть оказаны в группах само- и взаимопомощи (Москаленко В.Д., Валентик Ю.В., 1989).

В Польше разработана стратегически – структурная модель психотерапии АЗ, основной задачей которой является воздержание от потребления алкоголя, обучение пациентов трезвой жизни, помощь в решении личных проблем и др. (Кочукова В.А., Иванов Филипов Ф.В., 1998; Богдан Т., Воронович, 2001). Психотерапия направлена на сдерживание механизмов зависимости, ликвидацию факторов, активизирующих эти механизмы, и включает пять этапов. Кроме индивидуальной работы, больные принимают участие в групповых встречах с участием психотерапевта, существенную роль, в процессе которых играют поведенческо-познавательные вмешательства и отработка прак-

тических действий, при этом им рекомендуется посещать собрания групп Анонимных Алкоголиков и клубов абстинентов.

В зарубежных исследованиях особое внимание уделяется также христианским программам реабилитации больных алкоголизмом (Демьяненко Б.Т., Штенгелов В.В., Балабаева Т.В., 1998). Авторы подчеркивают, что эффективность этих программ обусловлена комплексным анализом биологических, психологических, социальных и духовных параметров болезни, а также подходом к лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Духовно-ориентированная терапия, построенная на основах религиозности, с одной стороны, синтезирует в себе идеи самоактуализации личности, а с другой, приобщает человека к высшим ценностям, свободе (-Зыков О.В., Цетлинг М.Г., 2000). Религиозность таких психотерапевтических движений как движение Анонимных Алкоголиков, родственников больных в американской практике именуемое “Ал-Анон” очевидна. Используемая этими движениями программа “12 шагов”, служит базой лечебных программ, так называемого Миннесотского или Хейзелденского типов, основной акцент в которых делается на углубленное изучение каждого из “12 шагов”, групповой и индивидуальной психотерапии, ориентированной на духовное, эмоциональное и интеллектуальное развитие пациента. Следует отметить, что лечебные программы не признают никакой авторитарности, манипулятивности, в них отсутствует традиционное для медицины противопоставление “врач-пациент”, а основную терапевтическую роль в них играют консультанты – люди, преодолевшие путем работы собственные проблемы, связанные с алкогольной зависимостью.

По мнению отечественных исследователей (Бурцев А.К., Антонович И.А., Бурцева Т.А., 2002), это движение существенно не поможет решить проблему лечения АЗ, что связано с неконгруентностью православному менталитету, сохраняющемуся в душе нашего народа. Поэтому не любая религиозная, самоактуализирующаяся, а именно православно ориентированная психотерапия представляется нам наиболее приемлемой и потенциально эффективной в нашей стране.

Касаясь вопросов профилактики алкогольной зависимости необходимо отметить, что многие специалисты едины во мнении о том, что до настоящего времени не выработано единой стратегии по данной проблеме. Так, по мнению одних авторов основным средством профилактики является санитарно-просветительная работа в школе. Другие исследователи утверждают, что эта пропаганда порождает нездоровый интерес и неэффективна (Личко А.Е., 1977).

В соответствии с терминологией ВОЗ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику АЗ. Предупреждение злоупотребления алкоголем относится к задачам первичной профилактики. В настоящее время, она осуществляется по четырем кардинальным направлениям и предполагает широкую воспитательную работу среди молодежи, санитарно-

гигиеническое воспитание населения, общественные меры борьбы с распространением алкоголизма, административно-законодательные меры.

С этой целью создан ряд международных и национальных общественных организаций, одной из которых является Интернациональная организация гуманизма и трезвости, насчитывающая несколько миллионов человек в 50 странах, в том числе и в Украине. ВОЗ стала инициатором утверждения Европейского плана действий по борьбе с алкоголем. Целью принятой общеевропейской концепции и плана действий является стремление к постепенному сокращению и уменьшению потребления алкогольных напитков. Такой перенос акцентов дал возможность ряду стран Европы существенно уменьшить уровень потребления алкоголя (Франция, Швеция, Италия, Португалия, Финляндия и др.).

В свою очередь, мировой опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективным методом профилактики является проведение программ направленных на уменьшение спроса на алкоголь.

Так, национальная политика Голландии в области здравоохранения становится все более ориентированной на раннюю профилактику пьянства и алкоголизма. Приоритетным является то, что взаимодействие административных и медицинских служб реализуется в тесном сотрудничестве с различными общественными организациями.

Во многих странах мира профилактическая работа проводится городскими и общинными центрами по профилактике, а также создаваемыми в структурах благотворительных обществ молодежными центрами, клубами.

В свою очередь, вторичная профилактика АЗ включает в себя мероприятия по раннему выявлению алкогольных заболеваний, привлечению этих больных к лечению, проведению медико-социальных воздействий, способствующих оздоровлению микросоциальной среды и профилактики рецидивов болезни. В этом плане приобретает особое значение с одной стороны, интегративная деятельность психиатров-наркологов с представителями соматической службы, в первую очередь, с участковыми терапевтами, семейными врачами, персоналом подростковых кабинетов, школьными врачами. Другой, важной задачей является работа с лицами, имеющими высокую степень риска заболевания.

С целью повышения качества лечения и реабилитации пациентов с АЗ, а также в связи с Указом Президента Украины “О дополнительных мерах по улучшению медицинской помощи населению Украины”, концепции развития охраны здоровья, необходимо проведение мероприятий, как государственного уровня, так и отраслевых мероприятий в рамках системы охраны здоровья.

В целом, указанные выше факторы свидетельствуют о том, что профи-лактика алкогольной зависимости должна быть активной, ориентированной на выявление нуждающихся в помощи лиц и носить системный

характер. При этом системность предполагает выполнение следующих условий:

1. Воздействие на лиц, злоупотребляющих алкоголем и так называемых “умеренно пьющих” должно осуществляться с учетом социально-психологической микросреды.

2. Влияние на социально-психологическую микросреду должно сочетаться с предупредительными мероприятиями в государственном масштабе.

3. Профилактическая работа должна представлять собой часть нравственного воспитания личности, повышения их общей культуры.

Все это обуславливает необходимость создания комплексной государственной программы, которая должна включать создание образовательной антиалкогольной инфраструктуры, привлечение средств массовой информации к проведению антиалкогольной профилактики, а также разработку финансовой основы профилактических программ.

Литература

1. Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я. Основные достижения в области наркологии, токсикомани, алкоголизма // *Вести. Рос. АМН.* – 1998. – №7. – С.29-37
2. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // *Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца.* – М.: Ноллидж, 2000. – С. 16–41.
3. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2001. – №3. – С.76–79.
4. Артемчук А.Ф. Патологическая интеграция экзо-эндоэкологических взаимодействий при алкогольной зависимости у подростков и юношей // *Архів психіатрії.* – 2002. – №4 (31). – С.94–101.
5. Батицев В.В., Негерин Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИННИТИ.* – 1999. – №2. – С.6–10.
6. Битенский В.С., Мельник Э.В., Романский Н.А. Патогенетическая фармакотерапия опийной наркомании и хронического алкоголизма // *Таврический журнал психиатрии.* – 1998. – Т.2, №2 (5). – С.40-43.
7. Богдан Т. Воронович. Алкоголізм – хвороба, яку можна успішно лікувати // *Архів психіатрії.* – 2001. – №4(27). – С. 221–223.
8. Бурцев А.К., Антонович И.А., Бурцева Т.А. Опыт психологической оценки эффективности православно-ориентированной реабилитации больных с алкогольной зависимостью // *Український вісник психоневрології.* – 2002. – Т.10., вип. 2 (31). – С. 184–185.
9. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // *Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца.* – М.: Ноллидж, 2000. – С. 309 – 341.
10. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата колме при лечении больных алкоголизмом // *Наркология.* – 2002. – №3. – С. 2–4.
11. Валентик Ю.В. Характеристика основных компонентов взаимодействия между врачом и пациентом в процессе психотерапии // *Российский психиатрический журнал.* – 1999. – №1. – С.36-41.
12. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український вісник психоневрології.* – 2001. – Т.9, вип.3 (28). – С.7–9.
13. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Усаинова И.Н. Алкогольные болезни печени // *Моск. мед. журнал.* – 1998. – №5. – С. 13–15.
14. Гриненко А.Я., Крупицкий Е.М., Палей А.И. Аффективная контр-атрибуция как метод наркопсихотерапии алкоголизма // *Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма: Сб. науч. тр.* – М., 1988. – С.39-44.
15. Гузикув Б.М. Психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом // *Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии.* – Ставрополь, 1986. – С.75–76.
16. Даренский И.Д., Мельников А.В. Влияние электротранквилизации на некоторые гормональные показатели у больных алкоголизмом // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 1996. – Т.96, №1. – С.67–69.
17. Демьяненко Б.Т., Штенгелов В.В, Балабаева Т.В. Опыт и принципы работы христианских организаций в социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // *Архів психіатрії.* – 1998. – № 1(16). – С. 42–45.
18. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 г.г. (проект).- Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. – 28 с.
19. Жижильов С.І. Емоційно-стресова психотерапія патологічної тяги до алкоголю під час алкогольного абстинентного синдрому: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27/ Дон. держ. мед. ун-т. – Х., – 1996. – 24 с.
20. Жиров И.В. Алкоголь и артериальное давление // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИННИТИ.* – 1998. – № 5. – С. 1–5.
21. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии // *Наркология.* – 2002. – №9. – С. 36–41.
22. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. – М.: Ноллидж, 2000. – 448 с.
23. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // *Наркология.* – 2002. – №6. – С. 2–7.
24. Качаев А. Современный подход к лечению алкоголизма // *Врач.* – 1995. – №8. – С.7–8.
25. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
26. Под ред. Карвасарского Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
27. Классен И.А. Психотерапия больных алкоголизмом: Лекция // *Казан. мед. журн.* – 1987. – Т.68, № 6. – С.453–457.
28. Козловский А.В., Разводовский Ю.Е., Лелевич В.В., Зиматин С.М. Алкогольная ситуация в Беларуси и ее регионах // *Мед. новости.* – 2000. – №1. – С.21–24.
29. Коршко І.Н. Лікування алкоголізму психотерапевтичними методами: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17/ Дон. держ. мед. ун-т. – Х., 2000. – 20 с.
30. Кочукова В.А., Иванов-Филипов Ф.В. Программы АРЕТА и АРЕТОН в Польше (по материалам журнала «Alkoholizm i Narkomania», 1997, №3/28) // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь. ВИННИТИ.* – 1998. – №11. – С. 4–12.
31. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний // *Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца.* – М.: ИД Медпрактика, 2002. – С. 8–33.
32. Кошкина Е.А., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИННИТИ.* – 1998. – №3. – С. 9–22.
33. Кришталь Е.В. Социальные и социально-психологические факторы развития супружеской дисгармонии при алкоголизме у мужчин // *Український вісник психоневрології.* – 1995. – Вип. 1. – С. 18–20.
34. Левашов В.И. Возможности применения иглорефлексотерапии при лечении алкоголизма // *Вопросы наркологии.* – 1991. – №3. – С.42.
35. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 528 с.
36. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте. – Л., 1977. – 286 с.
37. Майский А.И. Клинико-биологические аспекты дифференцированной фармакотерапии алкоголизма // *Мед. фарм. вестн.* – 1996. – №3. – С.44–48.
38. Макаров В.В. Психотерапия в наркологии // *Наркология.* – 2002. – №2. – С. 37–41.
39. Маколкин В.И., Махов В.М. Поражение желудочно-кишечного тракта при алкоголизме (зависимость от длительности и стадии) // *Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИННИТИ.* – 1997. – № 12. – С. 1–2.
40. Минко А.И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выяв-

ление, лечение, реабилитация, профилактика // Украинський вісник психоневрології. – 2001. – Т.9, вип.4 (29). – С.6–7.

41. Минко А.И., Линский И.В. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т.9, №3. – С.28-30.

42. Минко А.И. Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физиологическое и клинико-нейробиологическое исследование): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.17. – Х., 1997. – 350 с.

43. Минко О.І., Собетов Б.Г., Лінський І.В., Шалашов В.В. Використання пролонгу дісульфірама "Тетлонг-250" у комплексному лікуванні залежності від алкоголю // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.1 (30), – С.192–193.

44. Москаленко В.Д. Биологические, индивидуальные, семейные и внесемейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков // Международный. мед. журн. (Москва). – 2003. – Т.6, №1. – С.81–87.

45. Москаленко В.Ф., Вівєвський А.М., Табачников С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // Архив психіатрії. – 2000. – №3–4 (22–23). – С.5–8.

46. Під ред. Москаленка В.Ф. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990 - 1999 роках (Статистично-аналітична довідка). – К., 2000. – С. 56–67.

47. Найденкова Н.Г., Гордеев М.Н. Алкоголизм и патология органов дыхания // Наркология. – 2002. – №4. – С. 23–26.

48. Окладников В.И. Типология и адаптационные состояния личности. – Иркутск, 2000. – 172 с.

49. Павлов И.С. Достижение адекватного осознания болезни – необходимый этап психотерапии // Наркология. – 2002. – №9. – С. 42–46.

50. Пауков В.С. Алкогольная болезнь // Архив патол. – 1994. – № 1. – С. 38–45.

51. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект // Рос. психiatr. журнал. – 2002. – №1. – С.35 – 42.

52. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий // Руководство по психиатрии. - М.: Медицина, 1974. – С. 242–258.

53. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. – Т.: Медицина, 1985. – С. 156–188.

54. Рыбакова Т.Г. Роль семейной адаптации больных алкоголизмом в формировании устойчивых ремиссий // Ремиссии при алкоголизме. – Л., 1987. – С. 86–91.

55. Семке В.Я. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков // Российский психиатрический журнал. – 1999. - №6. – С.4-7.

56. Синицкий В.Н., Ковтун Т.В. Лечение хронического алкоголизма новым патогенетическим препаратом мидхроналом // Архив психіатрії. – 1996. – Вип.10-11. – С.122–123.

57. Синицкий В.Н. Комплексная терапия хронического алкоголизма // Лікуваннa та діагностика. – 1996. – № 2. – С. 40–44.

58. Сосин И.К. Преформирование аксиомы классической наркологии (на модели алкогольной зависимости) // Архив психіатрії. – 2002. – №4(31). – С.51–59.

59. Сосин И.К., Кришталь Е.В., Андрух Г.П. Алкоголизм и нарушение сексуального здоровья. – Х: НПФ "Велест", 1996. – 272 с.

60. Сосин И.К., Куприенко И.В., Куприенко И.Ф. Влияние финлепсина на продолжительность и качество ремиссий у больных с запойной формой алкоголизма // Архив психіатрії. – 2000. – №3-4. – С.70–72.

61. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Гуревич Я.Л. Немедикаментозные методы лечения алкоголизма. – К.: Здоров'я, 1986. – 152 с.

62. Табачников С.И., Зинченко Е.Н. Обоснование и оценка краткосрочной эмоционально-стрессовой психотерапии алкогольной зависимости в учреждениях нового типа // Украинський вісник психоневрології. – 1999. – Т.7, вип. 1 (19). – С.96–98.

63. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. – К.: Здоровья, 1987. – 143 с.

64. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: «Лань», 1999. – 352 с.

65. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.

66. Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. –Т.4., вып.1. – С. 90–95.

67. Lawford B.R., Young R.M., Rowell J.A. Bromocriptine in the treatment of alcoholics with the D2, dopamine receptor A1 allele // Nat. Med. – 1995. – Vol.1, № 5. – P.337– 341.

68. Miller W. A. Using hypnotherapy in community with the recovery addicted patient // Alcohol Treat. – 1991. – Vol.8, №1. – P.1–18.

69. O'Malley Patrick M., Johnson Lloyd D. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students // J. Stud. Alcohol. Suppl. – 2002. - №14. – P.23–39.

70. Peris F. Gestalt therapy. – California: Verbatim. Lafayette, 1969. – 142 p.

71. Poldrugo F. Integration of pharmacotherapies in the existing programs for the treatment of alcoholics: an international perspective // J. Addict. Dis. – 1997. – Vol.16, №4. – P.65–82.

72. Riviere Claude. Alcohol situation in France // Globe Mag. – 2000. – №2. – P.8–10.

73. Vandongen R., Puddey I. B. Swales J.D. Textbook of hypertension. – London, 1994. – P. 567–575.

74. Zimberg N.E. Psychotherapy in the treatment of alcoholism // New York: Gardner Press, 1982. – P. 23–41.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ Й ПРОФІЛАКТИК І АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

(огляд літератури)

С.І Табачников, А.Е. Гатицька, О.М. Зінченко

В останні роки, як в Україні, так і за кордоном відзначається значне підвищення споживання алкогольних напоїв і як наслідок цього - збільшення кількості хворих з алкогольною залежністю. У свою чергу вживання психоактивних речовин (ПАР) є один з основних факторів погіршення стану психічного здоров'я населення України. Так, гострі й хронічні розлади внаслідок вживання ПАР, займають перші два місця в рейтингу захворюваності психічних розладів.

Впровадження нових інноваційних технологій в економічну й соціальну сфери суспільства, що відбуваються в останнє десятиліття, обумовили необхідність реструктуризації наркологічної служби. На даній основі, поряд з її реформуванням, у більшості регіонів країни створена широка мережа установ з позабюджетною формою фінансування, амбулаторна спрямованість яких відповідає тенденціям розвитку охорони здоров'я у світі й, крім того, сприяє підвищенню ефективності надання медичної допомоги хворим з залежністю від психоактивних речовин (ЗПАР). Однак дотепер актуальним є питання про місце й ролі зазначених установ у структурі наркологічної служби України, а також створення ефективних короткострокових модифікацій терапевтичної інтервенції, які є вкрай необхідними при лікуванні ЗПАР в амбулаторних умовах

Ключові слова: алкоголізм, залежність, психотерапія, лікування, профілактика

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

(Literature review)

S.I.Tabachnikov, A.E.Gatitskaya, E.N.Zinchenko

As in Ukraine as abroad, increase of consumption of alcoholic drinks becomes perceptible last years and as consequence of it the augmentation of quantity of patients with alcoholic dependence. In its turn using of psychoactive substances (PAS) is one of the major factors of an aggravation of symptoms of mental health of the population of Ukraine. So, acute and chronic disorders owing of using of PAS, take first two places in a rating of a case rate of psychic disorders.

Introduction of new innovative technologies in the economic and social spheres of a society occurring last decade, have caused necessity of restructuring of narcological service. On the given basis, along with its reforming, in the majority of regions of the country the wide network of establishments with the off-budget form of the financing which out-patient orientation corresponds to tendencies of development of health protection in the world is framed and, besides, promotes rising of efficiency of rendering of medical aid by the patient with psychoactive substances addiction (PSA). However till now the question on a place and a role of the specified establishments in structure of narcological service of Ukraine, and also creation of effective short-term updating of therapeutic intervention which is extremely necessary at treatment of PSA in out-patient conditions.

Keywords: alcoholism, dependence, psychotherapy, treatment, preventive maintenance

УДК 616.89-008.442

Гуркова А.В., Рыткис И.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
У ЖЕНЩИН (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, распространенность

Здоровый образ жизни – основная задача сегодняшнего дня. Для этого немаловажное значение имеет борьба со всевозможными факторами риска, среди которых не последнее место занимает курение табака.

Вредное влияние никотина на здоровье человека и высокая степень распространенности курения среди населения делают данную проблему одной из наиболее актуальных как для охраны здоровья, так и для общества в целом (И.К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, 2003).

Табакокурение приводит к смерти каждого десятого взрослого человека в мире, и при сохранении текущих тенденций к 2020 году курение табака ежедневно будет причиной 10 млн. случаев смерти (О.В. Татаренко, 2010). На сегодняшний день ВОЗ доказано, что табакокурение является одним из основных факторов риска развития онкологических, кардиологических, цереброваскулярных, пульмонологических и ряда других заболеваний (Н.Е. Полищук, 2010).

По данным Международной организации труда (2008), ежегодно 200 тыс. людей умирают в результате вдыхания вторичного табачного дыма дома или на работе (так называемое пассивное или насильственное курение). Около 700 млн. детей, или почти половина всех детей земного шара, дышат воздухом, загрязненным табачным дымом.

В мире из более чем 1 миллиарда курильщиков, женщины составляют 200 млн. В результате употребления табака, являющегося основной причиной смерти, ежегодно умирают более 5 млн. человек и примерно 1,5 млн. из них - женщины (О.В. Татаренко, 2010). Наибольший уровень табакокурения (27%) встречается

среди женщин в возрасте от 25 до 44 лет - в репродуктивный период (, 2009). Группу риска составляют молодые, высокообразованные, работающие женщины и разведенные (G. Saka, M. Ertem, S. Zifzi, V. Deper, C. Keskin, 2008).

Первоначально «эпидемия курения» распространилась среди мужчин - сначала в развитых странах, а затем и в государствах с низким и средним уровнем доходов населения. Благодаря эмансипации табакокурение получило широкое распространение среди женщин в Европе(21%) и Америке (23%), а постепенно и во всем мире. Не придающими оптимизма являются результаты исследований табакокурения среди молодежи в 151 стране – в половине государств курит примерно одинаковое количество девушек и юношей, а в некоторых странах курящих девушек даже больше, чем юношей (О.В. Татаренко, 2010).

Распространенность курения среди женщин Украины, по данным отдельных эпидемиологических исследований, до середины 1990-х гг. была несколько ниже, чем среди женщин других стран, и составляла 5 – 15%. А уже в 2005 – 2006 гг. Украина находилась на первом месте по числу курящих женщин среди стран бывшего СНГ (Н.Е. Полищук, 2010).

Некоторые специалисты высказывают мнение (N.Britten, 1996), что одна из причин курения женщин заключается в том, что табачные компании используют тактику маркетинга, включающую рекламу и спонсорство направленно на женский пол и производят специальные женские марки сигарет. Женщины стали одной из основных мишеней табачной промышленно-