

Психопрофилактика зависимого поведения

Феномен здоровья

- определение здоровья в статике: ВОЗ (1985): здоровье - это **состояние полного** физического, духовного и социального **благополучия**, а не только отсутствие болезни и физических дефектов;
- в динамике (А. Г. Щедрина): здоровье - это **целостное многомерное динамическое состояние** (включая его позитивные и негативные показатели), которое развивается в **условиях** конкретной социальной и экологической среды и позволяет человеку **осуществлять** его **биологические и социальные** функции;
- Определение здоровья в современной валеологии:
 - **Физический компонент** - уровень роста и развития органов и систем организма, а также текущее состояние их функционирования;
 - **Психологический компонент:**
 - Мотивационно-эмоциональный
 - Когнитивный
 - Нравственно-духовный
 - **Поведенческий компонент** - внешнее проявление здоровья, его функционирование в среде. Социально-психологическая основа - жизненная позиция и стиль межличностных отношений

Критерии психического здоровья по ВОЗ:

- **Сознание** : соответствие (адекватность) психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- **Самосознание:**
 - *Самопознание:*
 - осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
 - чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
 - *Саморегуляция* :
 - способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
 - способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать запланированное;
 - способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.
 - **Сквозная характеристика:** критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

Факторы риска нарушения психического здоровья:

- **Предрасполагающие** (усиливают восприимчивость к патогенным воздействиям):
 - генетические: «гены» шизофрении, деменции, аффективных расстройств;
 - биологические:
 - возраст
 - пол
 - соматическое здоровье
 - социальные: социально-психологические стрессы, техногенные катастрофы, локальные войны.
- **Провоцирующие:**
 - физические - соматические заболевания и травмы
 - социально-психологические - жизненные события, находящие реализацию в клинической картине заболевания (невротическая триада Ясперса)
- **Поддерживающие.** Ответственны за актуалгенез патогенеза. Поддерживают расстройство.

- **Поведение** - процесс, опосредованный индивидуальными особенностями и внутренней активностью личности, имеющий форму преимущественно внешних действий и поступков
- **Свойства поведения:**
 - социальность
 - тесная связь с речевой регуляцией и целеполаганием
 - отражает процесс социализации и адаптации
- **Поведение человека описывается следующими характеристиками:**
 - мотивированность - внутренняя готовность действовать, направляемая потребностями
 - адаптивность - состояние равновесия относительно требований среды
 - аутентичность - внутренняя согласованность поведения
 - продуктивность в реализации целей
 - адекватность - согласованность с конкретной ситуацией

Аддиктивное поведение

- *Зависимое (аддиктивное) поведение* - аутодеструктивное поведение, связанное с зависимостью от употребления какого-либо вещества (или от специфической активности) в целях изменения психического состояния
- Классификация:
 - по объекту аддикции: ПАВ, пища, игры, секс, религия и религиозные культы, отношения;
 - по формам: химическая, нарушения пищевого поведения, гемблинг, сексуальные аддикции, религиозное деструктивное поведение
- Общие признаки аддиктивных зависимостей:
 - стремление к изменению своего психофизического состояния
 - представляет собой непрерывный процесс формирования и развития аддикции
 - цикличность зависимого поведения
 - вызывает личностные изменения и **социальную дезадаптацию:**

- Социальная дезадаптация. Типичные изменения:
 - аддиктивная установка
 - появление сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции. При этом формируется магическое мышление (фантазии всемогущества)
 - недоверия ко всем «другим»
 - объект зависимости становится доминирующим мотивом, а употребление - образом жизни
- Аддиктивная тетрада Зальмунина:

По аналогии с 4 А Блейлера формулирует свою тетраду аддикции:

 - **А**ддиктивное влечение (обсессивно-компульсивное)
 - **А**ффективные расстройства (депрессивный, дисфорический радикалы)
 - **А**нозогнозия (отсутствие критики к состоянию, непризнание себя больным)
 - **А**лекситимия (нарушение контакта с эмоциями, телесным компонентом самосознания)

Структура личности

- Ковалев:
 - Темперамент - природные свойства индивида
 - Направленность - потребности, идеалы, интересы мировоззрение
 - Способности - система интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств личности.
- Платонов выделяет уровни в структуре личности:
 - Социально обусловл. - направленность, моральные качества, мировоззрение
 - Биологически обусловл. - темперамент, задатки, инстинкты, простейшие потребности
 - Опыт - объем и качество знаний, умений, навыков
 - индивидуальные особенности различных психических процессов - стили: когнитивные, эмоциональные, волевые⁸, поведенческие

• Леонтьев

- Личность определяется иерархическими отношениями **деятельностей**. За соотношением деятельностей стоит соотношение **мотивов**. Главное - соотношение **смыслообразующих мотивов** и **мотивов-стимулов**
- Л. рассматривается с двух сторон:
 - со стороны «внешних» процессов и функций личности
 - со стороны «внутреннего» мира личности через призму личностных структур, опосредующих его мировосприятие
- Выделяет следующую структуру л.:
 - Направленность - фундамент многообразия отношений личности
 - Система способностей, обеспечивающих успех деятельности
 - Характер
 - Темперамент:
 - общая психич. активность - стремление к самовыражению
 - моторный компонент

- Психодинамические концепции:
 - Аддиктивная адаптация - формирование защит против «карающего» СуперЭго
 - Аддиктивные семьи. Аспект объектных отношений.
- Этапы формирования зависимой личности

1. Аддиктивная защита против «карающего» СуперЭго
 - **Вместо** того, чтобы стремиться к достижению своего идеала, аддикт ищет **состояния абсолютного удовлетворения**, грандиозности и умиротворения **здесь и теперь**;
 - Вместо того, чтобы обладать **внутренней самокритичностью** и при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне
 - Вместо тонко настроенной, функционирующей **способности к самонаблюдению**, у аддикта присутствует постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые эти чувства провоцируют

2. Аддиктивные семьи. Объектные отношения.

Ситуации:

1. **травмирующая семья**, в кот. ребенок может идентифицироваться либо с агрессором, либо с жертвой. Чувства - стыда, беспомощности.
2. **навязчивая семья**, возлагающая собственные грандиозные ожидания на ребенка, который впоследствии избавляется от фальшивой идентификации с помощью ПАВ.
3. **лживая семья**, в которой ребенок утрачивает чувство реальности и собственной личности. Чувства - стыд, отчуждение и деперсонализация.
4. **непоследовательная семья**. Прала и поведение родителей постоянно меняются, из-за чего нарушается стабильность СуперЭго и социализация

Этапы формирования зависимой личности

- Человек не склонен к формированию патологической зависимости, если:
 - находится в относительном согласии с самим собой
 - чувствами
 - способен адекватно выражать свои чувства
 - поддерживает здоровые отношения с другими
 - может заботиться о себе
- Наличие зав-ти свидетельствует о дефиците у человека и отражает базовые трудности в сфере саморегуции:
 - Чувства
 - Самооценка
 - Интерперсональные отношения
 - Забота о себе
- Ключевое условие формирования зав. повед-я находится внутри субъекта в виде психологической предрасположенности к появлению зависимого поведения

Механизм формирования



1. Значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и нескоро приводящей к успеху.
2. Эмоциональная лабильность: поверхностное веселье с эйфорией сменяется раздражительностью, приступами злобы и агрессии
3. При реализации потребностей могут не учитываться последствия или социальные нормы
4. Нарушения мышления в форме подозрительности или параноидных мыслей и озабоченность абстрактно-резонерской темой
5. Выраженные изменения темпа и потока речи с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (включение побочных ассоциаций в ткань рассуждения), вязкость и гиперграфия
6. Изменение сексуального поведения - гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения

- Легкая, компенсированная, с измененной реактивностью организма в виде патологического влечения к алкоголю и утраты количественного контроля, увеличение толерантности.

1. Алкогольный абстинентный синдром
2. Максимальная толерантность к алкоголю
3. [Псевдозапой](#) или постоянное злоупотребление алкоголем
4. Заострение преморбидных личностных черт
5. Возможно развитие эпилептиформных припадков или алкогольных психозов
6. Начинают появляться признаки алкогольной деградации
7. Соматические расстройства труднообратимы
8. Нарастает социальная дезадаптация

1. Снижение толерантности к алкоголю
2. Истинные запои или постоянное злоупотребление на фоне низкой толерантности
3. Алкогольная деградация личности
4. Присоединение признаков органического поражения ЦНС
5. Необратимые соматические изменения
6. Глубокая социальная дезадаптация с резким нарушением трудоспособности

- Синдром состоит из двух частей:
 - неспецифичной токсикогенной симптоматики, связанной с патогенным влиянием алкоголя на ГМ
 - нозологически специфичной аддиктивной симптоматики, отражающей доминантные свойства патологического влечения

С самого начала патологической зависимости личность подвергается деформации:

- утрата прежних интересов
- игнорирование и притупление чувства долга и совести
- паразитические тенденции

Именно нравственно-этическое снижение выступает на первый план. Эти признаки являются сквозными и сопровождают течение непрерывно.

- Психоорганический синдром:
 - астенический синдром(повышенная психич. истощаемость, ослабление концентрации внимания, ухудшение памяти, раздражительность)

- патология эмоциональной сферы в виде огрубения эмоций, брутальности аффекта, взрывчатости, притупления высших эмоций
- мнестические расстройства: корсаковский синдром - фиксационная амнезия, конфабуляции и амнестическая дезориентировка
- апато-абулические состояния. Вялость, пассивность, малоподвижность
- эйфорические состояния

Соответственно перечисленным синдромам выделяют соответственные синдромы деградации:

- астенический
- эксплозивный
- эйфорический
- апатический

Любовная аддикция

- Признаки:
 - Сверхценное отношение к значимому другому с фиксацией на нем при неспособности справиться со своим влечением
 - нереалистическое, некритическое ожидание безусловно положительного отношения ЗД, отказ от возможности быть самим собой
 - осознанный страх покинутости, который ослабляет негативные чувства, направленные на объект, и заставляет идти на любые жертвы ради сохранения отношений
 - неосознанный страх интимности, тормозящий сексуальные побуждения в ситуации интимной близости
 - выбор ЗД, не способного к интимной взаимоотношениям, нередко это аддикт избегания
- Жизнь любовного аддикта протекает с чередованием эротического возбуждения и разочарования
- Центральные моменты этого состояния - идеализация и желание слияния, которые сменяются разочарованием и обесцениванием объекта

Этапы развития любовной аддикции

- **Преморбид.** Склонность к чрезмерно ответственному поведению и опеке. Поиск партнера на основе потребности полностью контролировать партнера, руководить им.
- **Острая стадия.** Женщина все больше сосредотачивается на поведении партнера, на его проблемах, свои проблемы замалчиваются. Возникает ощущение краха с агрессивными интенциями по отношению к партнеру, которые сменяются чувством вины. Начинаются проблемы на работе, в отношениях с другими людьми, утрачиваются контакты, что подготавливает почву для слеующей стадии.
- **Хроническая стадия.** Начинаются затяжные депрессии, женщина уходит в работу. Отмечаются нарушения мышления, упадок духа, неприязнь к «нормальным» людям, полная фиксация на партнере. Усиливается жестокость по отношению к партнеру, детям. Суицидальные попытки.

- На уровне первичной психопрофилактики происходит решение психосоциальных проблем, предоставление информации о причинах и последствиях ПАВ
- Объект: дети и подростки без опыта употребления ПАВ
- Цели: предотвращения вовлечения в процесс потребления ПАВ. Оказание психологической поддержки в выработке отказа от предложений употребления ПАВ
- Задачи:
 - Формирование школ, свободных от ПАВ
 - Санитарно-гигиеническое образование родителей и учителей
- Основные принципы работы:
 - Раннее начало
 - Дифференцированные подходы к социальным и

- Предотвращение ухудшения, развития зависимости путем обучения социально приемлемым способам удовлетворения собственных потребностей
- Объект - подростки, имеющие единичные эпизоды употребления ПАВ.
- Цель - снизить выраженность проблем и ограничить степень вреда, вызванного употреблением ПАВ
- Задачи:
 - Выявление
 - Ранжирование оказания медико-соц. и психол. поддержки
 - Работа с родителями подростков
- Осн. принципы:
 - Правдивость
 - Партнерство
 - Открытость обсуждения проблемы

- Лечение и комплексная реабилитация посредством индивидуальной, групповой и семейной терапии
- Достижение ремиссии, предотвращение рецидивов
- Объект - лица с признаками зависимости
- Цель - предотвращение осложнений
- Задачи:
 - Формирование реабилитационного пространства
 - Вовлечение в работу микросоциального окружения
 - Развитие групп взаимопомощи
 - Предотвращение созависимости
- Принципы:
 - Единство психосоц. и биологич. возд-я
 - Длительность поддержки
 - Межведомств. взаимодействие

Алкогольный делирий

Острый психоз с помрачением сознания, сопровождающийся иллюзиями и сценopodobными истинными галлюцинациями, нарушением ориентировки в месте и времени (при сохранной оценке личности) и психомоторным возбуждением.

- **Классический АД:**

- **Продромальный период.** Преобладают расстройства сна, кошмарные сновидения; аффект с преобладанием тревоги. Иногда эпилептические припадки на 2-3 день абстинентного синдрома. Иногда - развивается вслед за эпизодом вербальных галлюцинаций или острого чувственного бреда.
- **I стадия.** Прогрессируют **аффективные нарушения:** аффективная лабильность - беспокойство, подавленность легко сменяются эйфорией, беспричинным весельем. **Речь и мышление:** быстрая, непоследовательная, слегка бессвязная, отмечаются различные элементы образного бреда. **Внешний облик, поведение:** мимика, движения живые, быстрые. **Сознание:** неполная ориентировка во времени и месте. **Ощущения:** психическая гиперестезия. **Восприятие, представления:** наплывы ярких воспоминаний, зрительных иллюзий...

- **II стадия.** Присоединяются парейдолии - зрительные иллюзии фантастического содержания. Усиливается гиперстезия. Сноподобные переживания перемежаются с эпизодами относительной ясности с оглушенностью сознания.
- **III стадия.** Полная бессонница, истинные зрительные галлюцинации. И не только - тактильные, вербальные. Преобладают зрительные микроскопические. Больной теряет ориентировку в месте и времени. Преобладают страх, тревога, растерянность. На высоте делириозных расстройств больной - заинтересованный зритель. Галлюцинации не просто сложные, а комбинированные. Больные суеверны, на месте не удерживаются. К вечеру и ночью - резкое усиление галлюцинаторных, бредовых расстройств, нарастает психомоторное возбуждение, тревога доходит до уровня раптуса. К утру состояние сменяется сопорозным сном.
- Длительность делирия - 2-8 дней.

Алкогольный галлюциноз

- Алкогольный психоз с преобладанием слуховых галлюцинаций, бреда и аффективных тревожных расстройств, обычно наблюдающийся в абстиненции или в конце длительных запоев на фоне снижения толерантности.
- Острый галлюциноз («классический»):
 - истинные слуховые галлюцинации
 - их бредовая интерпретация
 - аффект страха

Острый алкогольный галлюциноз

- В общем **Алкогольный галлюциноз** представляет собой психоз с преобладанием слуховых вербальных галлюцинаций, наличием галлюцинаторного бреда и аффективных расстройств (преимущественно в форме тревоги).
- **Острый алкогольный галлюциноз** развивается на высоте запоя или при похмельном синдроме и характеризуется наличием слуховых вербальных галлюцинаций и связанным с их содержанием бредом преследования. Чаще больной слышит несколько «голосов» в форме их диалога между собой о больном, реже «голоса» обращаются к самому больному, иногда угрожают, оскорбляют. **Бредовые идеи преследования связаны с содержанием галлюцинаций**, несистематизированы, отрывочны. В настроении преобладает аффект тревоги. В начале галлюциноза имеет место двигательное возбуждение, постепенно сменяющееся заторможенностью. **Симптомы заболевания усиливаются в вечернее и ночное время.** Длительность острого галлюциноза от 2—3 дней до нескольких недель, редко до месяца.

Особенности и причины алкогольного галлюциноза

- Алкогольный галлюциноз – это психоз на почве регулярного употребления алкоголя, основной симптом – яркие слуховые (вербальные) галлюцинации.
- При таком синдроме алкоголик неизменно сохраняет ясность сознания, прекрасно понимает, кто он такой, отлично ориентируется в пространстве и во времени.
- Очень часто на галлюцинации накладывается бред преследования, неизменно фиксируются аффекторные расстройства – тревога, страх, перерастающий в приступы паники.
- На пике заболевания алкоголик может попытаться убить себя или причинить вред близким людям, защищаясь от мнимой опасности.

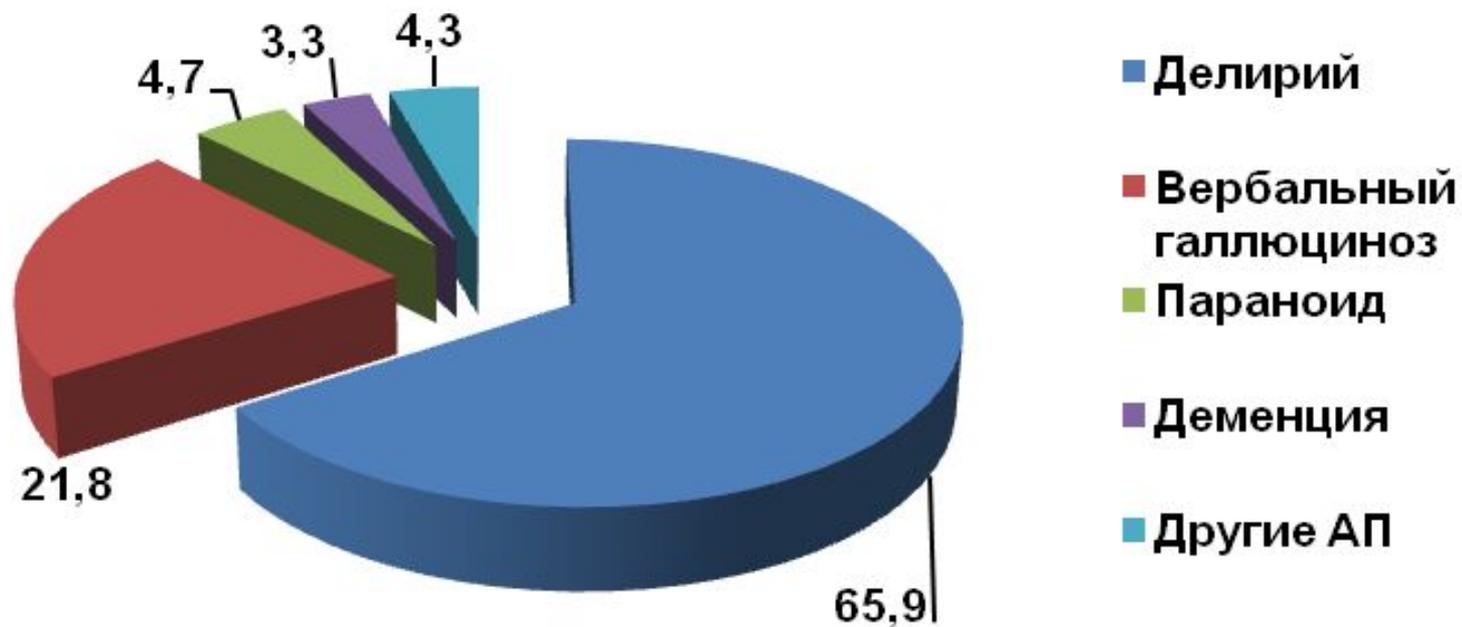
Основная причина галлюциногенного синдрома – долгий и систематический (почти каждый день) прием спиртных напитков. Непонятные звуки и голоса, бред возникают лишь через 10-15 лет запойного пьянства. Поэтому средний возраст типичного пациента с диагнозом «галлюциноз» — 40-43 года. В группе риска оказываются в основном женщины.



MyShared

Алкогольный параноид

- Здесь преобладающим расстройством является **острый чувственный бред, напряженный аффект страха, тревоги, двигательное возбуждение**, а обманы восприятия рудиментарны и не являются ведущими. Продромальные расстройства выражаются в немотивированном страхе, тревоге, диффузной подозрительности. **Сразу появляется различный по содержанию бред преследования**. Страх может достичь степени ужаса или отчаянья, его поведение становится импульсивно-разрушительным: **больные внезапно нападают на окружающих, бросаются бежать**. Изучение характера злоупотребления алкоголем ясно покажет, что и в этих случаях алкоголизм будет симптоматическим, что даст основание говорить о шизофрении, осложненной симптоматическим алкоголизмом.



Определение наркомании

Наркомания - это состояние периодической или хронической интоксикации натуральным или синтетическим наркотическим веществом, характеризующиеся влечением к данному веществу, а также психической и физической зависимостью от эффекта этого вещества.

Различие наркомании и токсикомании заключается в предмете потребления. Наркоманию вызывают вещества, официально, в установленном законом порядке, признанные наркотическими и взятые под контроль в качестве таковых. Злоупотребление же другими веществами, не отнесенными к наркотическим и не взятыми в качестве таковых под контроль, но вызывающим привыкание и болезненное пристрастие, следует считать токсикоманией.

Перечень наркотических веществ и взятых под контроль в качестве таковых приведен в Единой Конвенции о наркотических веществах 1961 г.



Виды наркоманий

Каннабизм

- Препараты:
- марихуана
 - гашиш
 - хаш-ойл
(масло гашиша)

Кокаинизм

- Препараты:
- кокаин

Опийная наркомания

- Препараты:
- морфин
 - кодеин
 - героин
 - опнопон

Наркомания, вызванная галлюциногенами

- Препараты:
- диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД)
 - мескалин
 - псилоцибин

Полинаркомания — одновременное или попеременное использование двух или более наркотиков

Токсикомания.

Токсикомания - это состояние, при котором болезненное пристрастие вызывается к веществам, не входящим в список наркотиков. Большое место среди таких веществ занимают психотропные средства, а также снотворные и препараты, стимулирующие ЦНС. В одних случаях они применяются для улучшения самочувствия, снижения чувства дискомфорта, в других - с целью ощутить их эйфоризирующий или одурманивающий эффект



Виды токсикомании:

- *Токсикомания бензином.*
- *Токсикомания ацетоном.*
- *Токсикомания растворителями.*
- *Токсикомания клеем.*

К наркотикам те или иные вещества относятся обычно по следующим критериям:

- способность вызывать эйфорию (приподнятое настроение) или, по крайней мере, приятные субъективные переживания;
- способность вызывать зависимость (психическую и/или физическую) - то есть непреодолимую потребность снова и снова использовать наркотик;
- существенный вред, приносимый психическому и/или физическому здоровью регулярно употребляющего их;
- возможность и опасность широкого распространения этих веществ среди населения;
- в данной культурной среде потребление рассматриваемого вещества не должно быть традиционным (иначе в первую очередь необходимо было бы отнести к наркотикам табак и алкоголь).

- Некоторые вещества, способные вызывать опьянение, в Список наркотиков не входят - например, отдельные снотворные препараты (реладорм), клей «Момент», бензин и пр. Злоупотребление ими называется «токсикомания», но с врачебной (не юридической) точки зрения от наркомании ничем не отличается. То же самое можно сказать об алкоголе, табаке и некоторых других продуктах, употребление которых является традиционным в отдельных человеческих культурах.

- Наш ведущий консультант Самуил Борисович разделяет все наркотики на следующие группы (учитывая распространенность тех или иных веществ в северо-западном регионе России в конце XX века):
 1. Производные конопли (наркотики, изготовленные из конопли)
 2. Опиатные наркотики (наркотики, изготовленные из мака или действующие сходным с ними образом)
 3. Психостимуляторы (такие как кокаин, эфедрон, фенамин)
 4. Галлюциногены (синтетические - ЛСД и природного происхождения - из грибов)
 5. Снотворно-седативные препараты ("Седативные" - значит успокаивающие)
 6. ЛВНД - Летучие Вещества Наркотического Действия (бензин, клей "Момент" и пр.)

- На нашем сервере диагностике наркоманий и осложнениям приема наркотиков посвящены специальные разделы.

Вещество причисляется к

«наркотическим», если оно удовлетворяет
критериям:

1. Медицинский - вещество должно оказывать специфическое действие на ЦНС (успокаивающее, стимулирующее, галлюциногенное), которое и становится причиной его немедицинского применения (удовлетворяют все ПАВ).
 2. Социальный - немедицинское употребление средства приобретает масштабы социально значимого явления.
 3. Юридический критерий - требует, чтобы соответствующая инстанция (правительство по представлению министра здравоохранения) признала данное средство наркотическим и включила его в перечень наркотических веществ- юридическая ответственность.
- 

Степени отравления алкоголем:

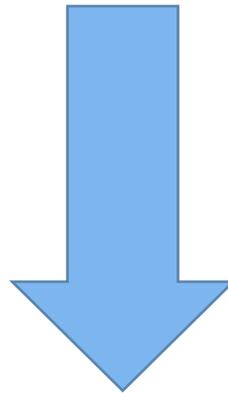
- 1) Из-за паралича мозговых центров у человека наблюдаются лёгкое психическое возбуждение и повышенная двигательная активность.
- 2) Наблюдается сильное психомоторное возбуждение, нарушение координации движений и начальная фаза помрачения сознания.
- 3) Человек находится без сознания, но рефлексy у него сохраняются и все ещё в нормальном состоянии находятся дыхательная и сердечно-сосудистая системы.
- 4) Человек сильно бледнеет в связи с резким падением артериального давления и ослаблением дыхания, он впадает в кому, и это может кончиться смертью.

- Формирование терапевтической программы начинается с тщательного обследования пациента:
 - Физикальное обследование - сбор жалоб, анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация, рентгенография гр. клетки
 - Биохимическое - общий анализ мочи, анализ кала, общий анализ крови, биохимический анализ крови
 - Токсикологическое - токсикологический анализ мочи и сыворотки
- **I этап. Купирование абстинентных расстройств.**
Дифференцированный подход к терапии в зависимости от клинического типа ААС:
 - ААС с вегетативно-астеническими расстройствами:
 - Детоксикационная терапия
 - Витаминотерапия
 - Транквилизаторы
 - Антиоксиданты и антигипоксанты
 - ААС с вегетативно-соматическими и неврологическими нарушениями:
 - Многопрофильная ивневная инфузионная терапия
 - Витамины в максимальных дозах
 - Транквилизаторы
 - Ноотропы

- Сердечно-сосудистые средства
- Антиоксиданты и антигипоксанты
- ААС с психическими расстройствами:
 - Детокс.
 - Психотропные препараты, как правило, с седативным эффектом
- ААС с судорожным компонентом:
 - Массивная детоксикационная терапия
 - Транквилизаторы
 - Антиконвульсанты
 - Антиоксиданты, антигипоксанты
- ААС с обратимыми психоорганическими расстройствами:
 - 1 этап - седативная, дегидратационная, витаминотерапия, дезинтокс. терапия
 - 2 этап - длительный курс витаминотерапии, ноотропы, антиоксиданты, транквилизаторы
- **Инфузионная терапия** проводится при ААС ср. и тяж. степени тяжести. Цель: устранение дегидратации, поддержание норм. объема циркулирующей крови, нормализация ионного баланса, поддержание диуреза.

- **II этап - становление ремиссии.** На данном этапе превалирует психопатологическая симптоматика, - аффективные, астенические, поведенческие расстройства, - отражение проявление синдрома *патологического влечения*:
 - *антидепрессанты* - терапия выбора при наличии аффективных расстройств
 - *нейролептики*. Предпочтительны те, которые в меньшей степени вызывают экстрапирамидные расстройства
 - *антиконвульсанты*. Обоснование - клонцепция киндлинга (разжигание) Godard: возникновение эпилептиформной активности в лимбических структурах мозга после повторных эксцессов. Распространено мнение о связи этой активности и первичного патологического влечения.
- **III этап - стабилизация ремиссии.** Применяются средства аверсивной терапии, психотерапия.

- Качественный и количественный анализ **карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT)** методом капиллярного электрофореза.
- В настоящее время Американским Федеральным управлением по надзору за качеством пищевых и лекарственных препаратов CDT признан **единственным биологическим маркером**, отражающим хроническое злоупотребление алкоголем.
- Согласно классификации рабочей группы к карбогидрат-дефицитному трансферрину относят асиало-, моносиало- и дисиало- изоформы трансферрина.



Изоформы трансферрина



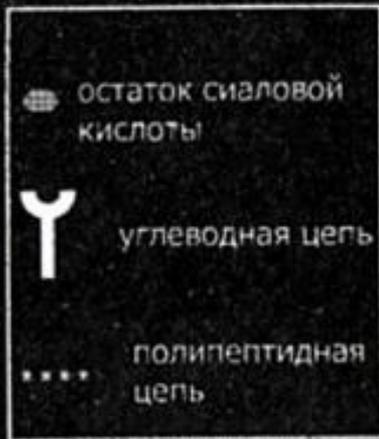
6-сиало-
трансферрин
1%



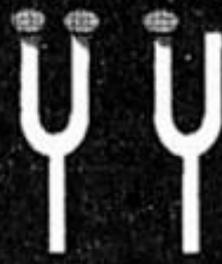
5-сиало-
трансферрин
15%



4-сиало-
трансферрин
80%



3-сиалотрансферрин
2,5%



2-сиало-
трансферрин

Моносиало-
трансферрин

0-сиало-
трансферрин

Низкосиалированные, карбогидрат-дефицитные изоформы трансферрина - CDT

- MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)
- SMAST
- CAGE(95%):
 - Возникало ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?
 - Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?
 - Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?
 - Возникало ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы просыпались после имевшего места употребления алкогольных напитков?
- Шкала Мак-Эндрю из MMPI (валидность 72%)
- ПДО (шкала «склонность к злоупотреблению алкоголем»)

- Первичная профилактика.
 - Цель: предотвратить возникновение, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида
 - Задачи: развитие и усиление **мотивации** на позитивные изменения в собственном жизненном стиле, направление процесса осознания себя(поведенч, когнитивных, эмоциональных проявлений лич-ти), усиление адаптационных, стрессорезистентных факторов (копинг-стратегии и т.д.), развитие процесса саморегуляции, развитие социально-ресурсного(ых) состояния(й)
 - Стратегии:
 - информирование о ПАВ и формирование мотивации на эффективное соц-психол и физич. развитие
 - формирование мотивации на самоподдерживающее поведение
 - развитие протективных факторов здорового социально-эффективного поведения
 - развитие навыка разрешения проблем

Вторичная профилактика

- Цель: изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения.
- Стратегии:
 - Формирование мотивации на изменение
 - Изменение дезадаптивных моделей поведения на адаптивные
 - Формирование и развитие социально-поддерживающего пространства

Третичная профилактика

- Цель: реабилитация личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения.
- Стратегии:
 - Формирование мотивации на изменение поведения, прекращения употребления ПАВ
 - Изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные
 - Осознание собственных ценностей
 - Изменение жизненного стиля
 - Развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.
 - Формирование и развитие социально-поддерживающего пространства

Благополучная семья

- По определению Всемирной Организации Здравоохранения Здоровая семья – это семья, не подверженная деструктивному, психологическому и социальному влиянию и способная воспроизводить здоровое поколение.
- Базисные качества:
 - Наличие работы, удовлетворяющей членов семьи
 - Достаточный доход; наличие квартиры
 - Удовлетворение образовательных, медицинских, бытовых, культурных потребностей.
- Качества поведения:
 - Трудовая и экономическая активность
 - Активность в сфере культуры и образования
 - Активность в поддержании и улучшении здоровья
 - Общественная активность
- Качества семейного сообщества:
 - Духовно-нравственный потенциал
 - Образовательный потенциал
 - Психологический потенциал.

Неблагополучная семья

- Под неблагополучной (дисфункциональной) семьей Г.И. Гайсина понимает семью, которая не справляется или игнорирует выполнение своих основных, особенно воспитательных, функций. Это семья, в которой ребенок испытывает неблагополучие (от слова «благо»), где отсутствует благо для ребенка
- В неблагополучной семье происходит десоциализация ребенка (от франц. des...- приставка, означающая уничтожение, удаление чего-либо + социализация) -- утрата человеком по каким либо причинам или под воздействием неблагоприятных для его жизнедеятельности факторов социального опыта, отражающаяся на его самореализации в среде жизнедеятельности

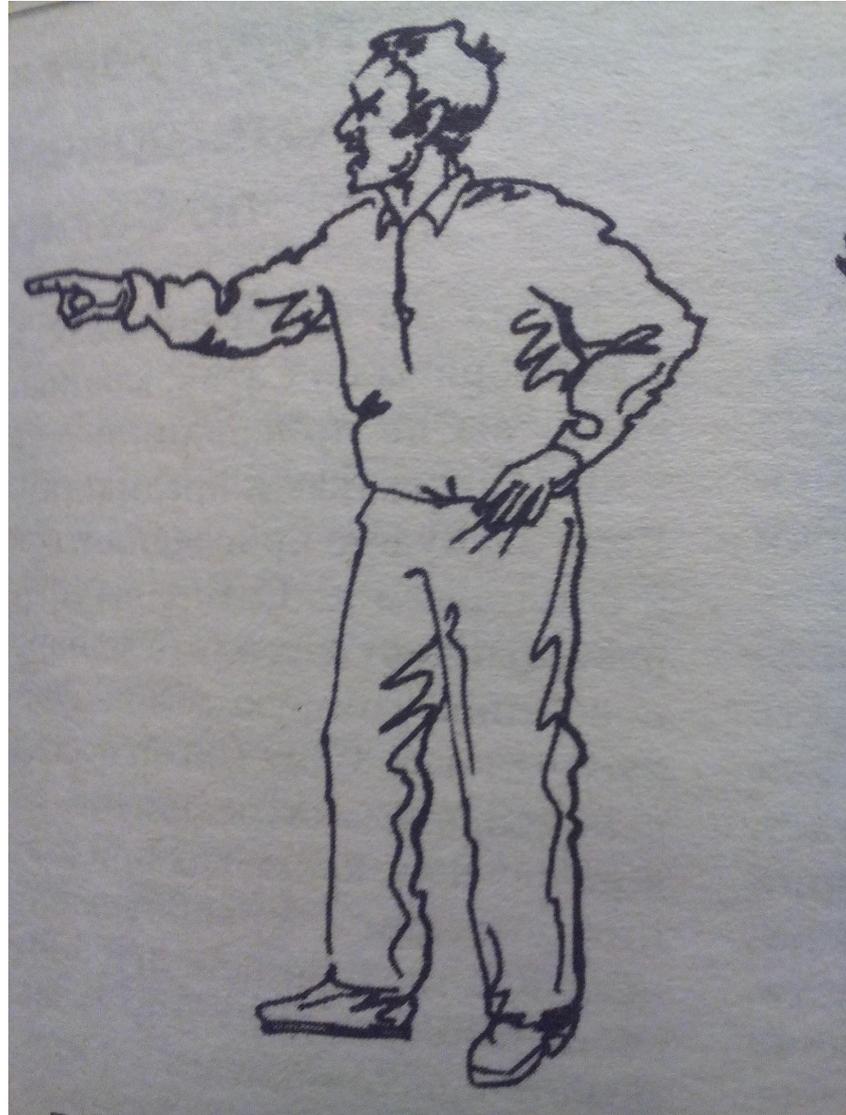
Классификация неблагополучных семей

- **I группа** - семьи с открытой формой неблагополучия:
 - конфликтные
 - проблемные
 - асоциальные
 - аморально-криминальные
 - семьи с недостатком воспитательных ресурсов
- **II группа** - внешне респектабельные, но ценностные установки и поведение резко отличается от общечеловеческих моральных ценностей:
 - **Недоверчивая семья** - характерной ее чертой является повышенная настороженность по отношению к окружающим, считают всех недоброжелательными или равнодушными, а их намерения - враждебными. Такая позиция родителей формирует у ребенка тоже недоверчивое отношение к людям, развивается подозрение, агрессивность.
 - **Легкомысленная семья** - отличается беззаботным отношением к будущему, живут сегодняшним днем. Дети из таких семей вырастают слабовольными, неорганизованными. У них отсутствуют принципы, волевые качества, часто совершают проступки по причине бездумного отношения к жизни.
 - **Хитрая семья** - прежде всего ценит предприимчивость, удачливость и ловкость в достижении жизненных целей. Стремятся использовать окружающих в своих целях, умеют произвести впечатление на нужного им человека, пренебрежительно относятся к таким качества человека как трудолюбие, терпение, настойчивость. Дети в такой семье вырастают авантюристами, нравственные оценки поступков сдвинуты

Категории Сатир как паттерны поведения в дисфункциональной семье

- **Обвиняющий.** Мотив - поиск человека, на которого можно взложить ответственность за происходящее в семье. «Скунсы», которые обрызгивают людей своими словами.
- **Заискивающий.** Мотив - перенести ответственность на другого так, чтобы другие воспринимали его как приятного человека. «Как получается, что я забочусь обо всем мире, но никто не заботится обо мне»
- **Расчетливый.** Мотив - скрыть эмоции. Отзеркаливает Мистера Спока.
- **Отстраненный.** Заимствует маски обвиняющего, заискивающего и расчетливого. Он вне ситуации, отрицает принадлежность к семье.
- **Уравновешенный.** Негативная категория - отсутствие характеристик, присущих другим категориям. Человек, основывающийся на фактах и конгруэнтный

Обвиняющий



Заискивающий



Расчетливый



Отстраненный



Уравновешенный

