**Оглавление**

[Введение 3](#_Toc10824713)

[1. Проявления медикаментозной зависимости 5](#_Toc10824714)

[2. Мотивация клиента к психотерапии 6](#_Toc10824715)

[3. Психотерапия лекарственной зависимости 10](#_Toc10824716)

[Заключение 15](#_Toc10824717)

[Список литературы 16](#_Toc10824718)

# **Введение**

***Актуальность исследования***

Зависимость человека от лекарств это - психическое, в некоторых случаях и физическое состояние, которое проявляется в неотложном желании принять лекарственное средство, оказывающее влияние на психику. Долгое время использование одних и тех же лекарств, особенно психотропных препаратов, способно вызвать привыкание. Медицинские препараты при лекарственной зависимости не оказывают своё фармакологическое действие, а чаще всего наоборот приводят к противоположному своему назначению результату.

Процесс воздействия лекарственных средств (ЛС) на организм человека становится все более актуальной темой. Появление этой проблемы основано на том, что в медицинской практике увеличивается количество лекарственных препаратов с высокой биологической активностью, применение которых может сопровождаться проявлением побочных реакций (ПР), разной степени тяжести. Ситуация настолько серьезна, что привела к созданию под эгидой ВОЗ международной программы по мониторингу побочных реакций/действий ЛС, участие в которой принимают более 60 стран мира, в том числе и РФ [2].

Стоит отметить, что при алкогольной зависимости врачи в большинстве случаев име­ют дело с последствиями других заболеваний, а зависимость, возникшая от применения медикаментов, имеет совсем другое значение. Исключительным правом врача является назначить медикаментозное лечение, эффективность этого назначение само по себе может представлять злоупотребление и зависимости. Медсестра, выдающая рецепт является иногда неосведомленным, а иногда осведомленным «сообщником» злоупотребляющих и зависимых. Пациент ходит по лезвию ножа в случае, когда медикаменты можно приобрести в свободной продаже (даже если они имеют потенциал зависимости).

Трудно переоценить роль врачей в про­блеме злоупотребления медикаментами и зависимости от них, а особенно в профи­лактике этих злоупотреблений. Отсюда вытекает необходимость осознанной ответственности при реализации этой врачебной монополии [10].

***Цель исследования***: изучить медикаментозную зависимость

***Задачи исследования:***

1. Рассмотреть проявления медикаментозной зависимости;

2. Проанализировать мотивацию к психотерапии лекарственной зависимости;

3. Ознакомиться со значением и методами психотерапии медикаментозной зависимости.

***Объект исследования*** – медикаментозная зависимость.

***Предмет исследования*** – проявления, мотивация и психотерапия медикаментозной зависимости.

***Метод исследования*** – аналитико-синтетический, теоретической базой 5 являются труды российских и зарубежных исследователей в области психологии, психотерапии и психиатрии.

***Структура работы*** определена целями и задачами работы, и состоит из введения, основной части, заключения и списка использованной литературы.

# 1. Проявления медикаментозной зависимости

Пациенты, зависимые от медикаментов в результате диагностических исследований показывают намного больше проблем, чем больные алкоголизмом, так как у них нет «свойственных» телесных расстройств, неясность сознания свойственно на поздних этапах и при тяжелой степени зависимости. Смысл показанных симптомов заключается в трудоемкости выявления трезвости мысли и со­крытии ее, что связано с возможностями для сокрытия препаратов и способами не осуществлять их прием. B связи с этим зависимость от медицинских препаратов часто не распознается.

Примером может служить 25-летний юноша, проходивший обследование в семи больницах по поводу неверно установленного диагноза, пока, все таки, не была поставлена медикаментоз­ная зависимость.

Клинические симптомы употребления бензодиазепинов или барбитуратов проявляются при­знаками интоксикации: колебания при хотьбе, нарушения речи, дрожащие конечности. Психопатологические симптомы могут быть обнаружены при тяжелой интоксикации, которая проявляется при передозировки препарата.

Первоначально на что следует обратить внимание – постоянная рассеянность даже во время обследования (например, отсутствие концентрации внимания). На ЭЭГ постоянно вырaжен бета-ритм.

При интоксикации лекарствами, понижающими аппетит, или стимуляторами в большинстве случаев начинается тахикардия и повышение кровяного давления, что сопровождается расширением зрачков. Психопатологически наблюдаются тревога и двигательное беспокойство; изменения на ЭЭГ нетипичны.

Проведенное несколько раз исследование мочи на наличие в ней психотропного вещества может доказать подозрение врача на злоупотребление медикаментами и зависимость от них [3].

Жалобы больных на нарушения работы функций организма часто могут быть процессом медикаментозной проблематики. Например, нарушения активности, плохой сон, неожиданное чувство страха, исчезновение способности к концентрации внимания, беспокойство, неприятные ощущения в суставах, головокружение наверняка могут служить основанием для назначения болеутоляющих и успокаивающих средств. Стоит задуматься о том, что такие жалобы могут быть в результате отмены или снижения дозы препарата.

Пристального внимания требуют пациенты, которые упрашивают о назначе­нии им активного психотропного препарата, отказываясь от объяснений реальных причин или отрицая их. Систематическая смена врача также должна восприниматься, как способ скрыть главную причину заболевания.

Диагностическая неуверенность, исключительно при «функциональных» жалобах, создает иллюзию, что самой продуктивной и лишенной риска терапией будет назначение средств, которые облегчат боль и успокоят пациента. Как говорится «облегчат душу» (например, назначение транквилизатора Lexotanil). Врач обязан выбрать, как ему воспринимать требования пациента назначить препарат с большим процентом зависимости, и противостоять обещаниям фармацевтической индустриипри выборе необходимо препарата. Кроме того, следует не идти на поводу необоснованным страхам пациента перед возможным вредом, который может быть нанесен выбранным препаратом, основываясь при этом на собственной практики в устранении возможных побочных действий этого препарата [5].

# 2. Мотивация клиента к психотерапии

В основе проблемы психотерапии лежит поддержание мотивации клиента. Психика систематически наблюдает за сохранением своего равновесия и восстановлением его на обновленном уровне и в новом виде, а в основе психотерапевтического процесса лежит разрушение этого равновесия.

Для этого требуются «твердые намерения» и желание со стороны самого клиента, выбраться из сложившейся ситуации.

Конструкцию мотивационного фактора в психотерапии, можно свести к трем основным концепциям:

1. Психоаналитические. Главной идеей концепции являются представления З. Фрейда о бессознательном, он убеждает пациентов, прибегнуть к психотерапии. Движимой силой психотерапии в таком случае, являются боль и мучения пациентов и возникающее вследствие этого стремление к выздоровлению.

Побуждение к психотерапии вызывает у пациента активные действия в терапевтическом направлении, однако плодотворным переменам может противодействовать "вторичный выигрыш от болезни". Согласно этой теории, перемены возможны только тогда, когда мотивация к психотерапии оказывается сильнее, чем условная желательность заболевания [1].

Концепция Фрейда, как важнейшей предпосылки и детерминанты в конструкции мотивации к психотерапии не потеряла своего значения до сегодняшнего времени. Более детально эта проблема изучалась Доллардом и Миллером. Учитывая эту модель, стремление отстраниться от психотерапии обусловливается гордостью, стыдом перед осознаванием того факта, что человек не может самостоятельно решить свои проблемы, ощущением чувства беспомощности, страхом перед отношением окружающих. Готовность начать лечение, то есть приступить к сеансам психотерапии, вызвано душевными страданиями, ограничениями возникшими из-за нарушений, желанием перемен, собственной постановкой целей и, не в последнюю очередь, давлением со стороны партнеров по общению [4].

Вторая концепция - клиент-центрированная психотерапия Роджерса.

Эта концепция направлена на мотивацию к психотерапии, характеризуется стремлением человека реализовать себя, свои способности, и оказать на организм стимулирующее действие. В зависимости от различных обстоятельств, стремление к самопознанию, индивидуальному росту не приносит успеха, каждый человек, согласно Роджерсу, обладает этим стремлением к самореализации. Таким образом, в процессе психотерапии следует организовать такие условия, которые должным образом облегчат самореализацию. Такое понимание мотивации в психотерапии также соответствует модели Фрейда. И у Роджерса стремление к идеалу собственного "Я" является двигателем изменения и лечения. Но, в противоположность Фрейду, этот двигатель предстает в виде силы, которая развивается и исцеляет, тогда, как у Фрейда мотивации в психотерапии понимается как фактор, помогающий пациенту подвергнуться лечению за счет уменьшения "вторичного выигрыша от болезни" [5].

Третья концепция, основана на представлениях из области поведенческой психотерапии. Согласно концепции, мотивация в психотерапии изучается как явление, самостоятельно разумеющееся и необходимое, приводящее к предпосылке успеха психотерапевтического процесса. Никакой завершенной концепции мотивации в психотерапии бихевиорально-ориентированные психотерапевты не предлагали, однако в последнее время они все чаще подчеркивают значение мотивации в психотерапии.

Главным образом, внимание акцентируется на мотивирующей функции беседы с пациентом, основные ориентиры которой - прояснение терапевтических ожиданий больного и побуждение его к активному участию в терапевтическом процессе.

Особое значение мотивации в психотерапии приобрела в связи с усилением внимания к познавательным процессам и посредничеству познавательных механизмов в психотерапии. При использовании методов и приемов поведенческой психотерапии залог успеха - самостоятельная и направленная активность больного. В основе лежит идея, что пациенты, которые активно участвуют в составлении терапевтического плана и понимают основное содержание процесса лечения, способны к особенно благоприятной мотивации перемен.

Таким образом, психотерапевты различных школ рассматривают мотивацию к психотерапии своих пациентов как необходимую предпосылку для лечения, а при ее моделировании между разными школами отсутствуют существенные различия [2].

Общая стратегия поведения психотерапевта в случае недостаточной мотивации выглядит по Волбергу следующим образом: осознание и отражение негативных чувств пациента по поводу терапии психотерапевта; указание на то, что эти чувства понимаются и принимаются; выражение нейтрального отношения к тому, насколько необходима пациенту психотерапия, до тех пор, пока не станет известно больше информации о проблемах пациента; когда необходимые психотерапевту факты будут известны, он может выразить мнение, что пациенту может понадобиться курс терапии и что он может получить пользу от этого.

Возможность установить стимулирующий довод для психотерапии: сочувствие волнением пациента, если пациент продлевает отрицательное отношение к терапии или отказывается рассказывать о себе, а также пытается справиться с тем, что выходит за пределы его чувств; работа над неправильным представлением пациента о психотерапии, причем на вопросы следует давать максимально прямые ответы; удерживаться от "продажи" пациенту терапии, уважая мнение, которое примет пациент по отношению к терапии; принятие пациента, даже если он согласился на терапию из-за внешнего давления или по другим причинам.

Для пациентов мотивация к психотерапии выполняет прежде всего функцию поддержки: перед началом лечения ее усиливает стремление получить информацию о том, где можно лечиться; в начале лечения она помогает пациенту освоиться со своим положением и избавиться от несбыточных ожиданий; в процессе лечения она помогает пациенту переносить напряжение, трудности и перемены, обусловленные психотерапией, и не отступать при неудачах [6].

Для психотерапевтов мотивация пациентов к терапии выполняет, прежде всего, прогнозирующую функцию: прогноз успеха излечения тем благоприятнее, чем сильнее оказывается мотивация к психотерапии по отношению к стремлению избежать лечения (вызванному в первую очередь "вторичным выигрышем от болезни"); это имеет значение, однако, только в случае, когда у пациента отсутствует очень сильная мотивация к психотерапии.

Проводя психотерапию, врач по мере сил укрепляет мотивацию пациента, создавая предпосылки для конструктивных перемен [4].

# 3. Психотерапия лекарственной зависимости

Зависимость от лекарственных средств складывается при последующем периодическом или длительном применении препаратов, оказывающих вред здоровью человека, который их принимает, а нередко и обществу. У такого человека возникает неудержимое желание или потребность принять препарат, а в случае отказа от него наступает болезненное состояние (синдром отмены, или абстиненция).

Лекарственная зависимость включает три основные составляющие:

1) эмоциональная (психическая) зависимость, которая появляется вначале и характеризуется общей эмоциональной лабильностью при воздержании от приема препарата;

2) физическая зависимость, которая следует за эмоциональной и проявляется в нарушениях физиологического состояния при воздержании от приема препарата;

3) толерантность, развивающаяся по отношению ко многим препаратам, в том числе и не вызывающим зависимости [9].

Попытки дифференцировать длительное регулярное применение препаратов без медицинских показаний на две категории (наркоманию и привыкание) оказались безуспешными. Наркоманию определяли как состояние, при котором желание принять препарат непреодолимо и сопровождается психической и физической зависимостью, оно губительно как для личности, так и для общества. Привыкание к препарату описывали как желание, при котором зависимость носит психический характер, что вредно только для конкретного лица. Но различия оказались несущественными, так как разграничить просто желание и непреодолимое желание часто невозможно, а отсутствие выраженной физической зависимости характерно для пристрастия к таким стимуляторам центральной нервной системы, как кокаин и амфетамин (фенамин), т. е. средствам, вызывающим наркоманию; к тому же вред, наносимый отдельной личности, трудно отделить от угрозы для всего общества.

Экспертный комитет ВОЗ по проблемам лекарственной зависимости предложил объединить определением «лекарственная зависимость» как наркоманию, так и привыкание. Различные формы лекарственной зависимости имеют общие проявления. Важными детерминантами развития зависимости являются особенности личности и социально-экономические условия, а также сам препарат и его доступность. Зависимость не представляет собой проблемы преимущественно фармакологической, так как нередко больные наркоманией заменяют предпочитаемое средство другим. Согласно рекомендации ВОЗ, лекарственную зависимость дифференцируют по принадлежности ее к ряду типов: морфиновому, барбитуратному, кокаиновому, алкогольному, никотиновому, смеси препаратов (например, барбитуратно-фенаминовая смесь, героино-кокаиновая смесь и др.) [2].

Психотерапию проводят дифференцированно с учетом типа лекарственной зависимости, отражающего динамику развития ее основных компонентов (скорость формирования психической и физической зависимости от препарата) и личностных особенностей больных. При «больших наркоманиях» целесообразно применение гипносуггестивной методики в сочетании с глубокой психотерапией. Однако, по мнению автора, здесь недостаточно одного лишь внушения, основным средством становится «перевоспитывающая корректировка личности».

В случаях привыкания к снотворным средствам (барбитуромании) В. Е. Рожнов рекомендует гипнотерапию по предложенной им методике удлиненных сеансов (1-1,5 часа); полезна гипнотерапия и для устранения расстройств сна, которые развиваются на фоне лишения пациентов снотворного. Аутогенная тренировка при «больших наркоманиях» малоэффективна, хотя у больных с барбитуратными наркоманиями этот вид терапии дает в отдельных случаях положительные результаты. Транквилизирующие приемы аутогенной тренировки, нормализуя сон, оказывают «замещающее» снотворное действие. Однако у некоторых наркоманов аутогенная тренировка провоцирует состояния, сходные с наркотическим опьянением, и обусловливает тягу к наркотику («псевдоабстинентные кризы», по И. Н. Пятницкой) [11].

Все возрастающее внимание к личности наркомана, роли наркотика в его жизни и понимание того, что лекарственная зависимость является часто выражением личностных проблем пациента, обусловливают более активное использование групповой психотерапии в системе лечения наркомании. Такой метод лечения показан лицам, страдающим от лекарственной зависимости разных типов, особенно из-за постоянного чувства психического дискомфорта и наличия аффективных нарушений, которые не связаны непосредственно с состоянием абстиненции. Но контакт с этими больными, как правило, затруднен с самого начала, так как, опасаясь лишиться препарата (наркотика), они скрывают сам факт привязанности к нему.

Положительный эффект групповой психотерапии больных с лекарственной зависимостью отмечен многими авторами. Но из-за указанных выше особенностей поведения наркоманов, при наличии выраженной недоверчивости пациента и затруднениях при налаживании контактов, групповой психотерапии нередко предшествует индивидуальная психотерапия в качестве подготовительного этапа работе в группе.

При лечении хронического никотинизма (табакокурения) как одного из типов лекарственной зависимости широко применяют различные методы аверсивной терапий, способствующие выработке условного рефлекса отвращения с помощью различных веществ (апоморфина, эметина, нитрата серебра, медного купороса и др.) [3].

В методике А. К. Поплавского заметная роль отводится гипносуггестивному воздействию. После погружения пациента в гипнотический сон ему внушается связь тошнотно-рвотной реакции и сильного кашля с табачным дымом; после этого пациенту предлагают курить в гипнотическом состоянии. В результате лечения у части пациентов вырабатывается непреодолимое отвращение к курению. Для более дифференцированной психотерапии (в связи с большим медико-социальным значением проблемы хронического никотинизма) целесообразно различать два основных типа курения:

1) нефармакологический, его описывают в двух формах (психосоциальной, которая отражает стремление пациента к самоутверждению, достижению социального доверия, признания; и сенсорно-моторной, когда процесс курения приносит удовлетворение курильщику);

2) фармакологический, он выделяется в трех формах (потворствующей, с целью получить удовольствие; седативной, для облегчения состояния при стрессе; стимулирующей, для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Учет специфических особенностей основных типов курения позволяет более эффективно, чем в случае аморфных представлений о никотинизме, осуществлять психотерапевтическое воздействие [7].

Достаточно адекватна система стрессорно-аверсивной терапии (Андрух Г. П.). В ее основе лежит трансформация условного рефлекса патологического влечения к никотину в естественный защитно-оборонительный условный рефлекс отвращения к нему. Эта переделка осуществляется путем аверсионного воздействия на первую сигнальную систему и психотерапевтического стрессорно-аффективного воздействия на вторую сигнальную систему пациента. Основное значение имеет стрессорно-аверсивная терапия, но играет роль и предшествующая психотерапевтическая подготовка (индивидуальная психотерапия, рациональная психотерапия в группе, гипнотерапия, аутосуггестия и др.).

В последние десятилетия, с внедрением в психотерапию современной видеотехники, лечение больных с лекарственной зависимостью можно проводить путем моделирования у них на основе видеозаписи новых форм поведения, которые исключают применение препаратов без медицинских показаний [8].

***Выводы:***

Психотерапия злоупотребляющих лекарственными препаратами имеет сходство с психотерапией зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков).

Если пациент реально ощущает возможность нормализации своего состояния без употребления привычных лекарственных препаратов и понимает вред злоупотребления ими, индивидуальная психотерапия, как правило, бывает успешной.

Психотерапевты различных школ рассматривают мотивацию к психотерапии своих пациентов как необходимую предпосылку для лечения, а при ее моделировании между разными школами отсутствуют существенные различия.

# **Заключение**

В результате исследования мы пришли к следующим выводам.

* Для разработки подходящих ответных мер необходим мониторинг, при помощи которого устанавливаются масштабы и природа проблемы. Помимо основных эпидемиологических показателей и схем фармакологического надзора, другие потенциальные источники данных таковы: срочные случаи интоксикации в больницах, статистика продаж и базы данных рецептов, а также мониторинг интернет-форумов, на которых обсуждаются такие препараты.
* Методы профилактики – обучение специалистов и разработка стандартов качества и протоколов совершенствования практики выдачи рецептов; контроль доступа, например, путём ограничения продаж и упаковки и при помощи схем утилизации отходов или избытка лекарств; использование специальных форм для некоторых лекарств; запрет на выдачу рецептов по телефону или через интернет.
* Поставщики услуг наркологического лечения должны быть готовы лечить людей, у которых возникли проблемы, связанные со злоупотреблением лекарствами. Это значит, что они должны уметь распознать клиентов, которые обращаются за лечением с целью получить незаконные вещества, чтобы злоупотреблять ими, и по мере необходимости решать связанные с этим проблемы. Кроме того, поскольку люди с первичными проблемами, связанными со злоупотреблением лекарствами, могут неохотно обращаться за помощью в традиционные наркологические службы, может возникнуть необходимость альтернативного лечения в системе первичного ухода [10].

# **Список литературы**

1. Аршинова В.В. Профилактика зависимого поведения. Системный подход/ Боровиков А.А. – М.: Феникс, 2014. – 414 с
2. Бабаян Э. А. [Лекарственная зависимость](http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%9B%D0%95%D0%9A%D0%90%D0%A0%D0%A1%D0%A2%D0%92%D0%95%D0%9D%D0%9D%D0%90%D0%AF_%D0%97%D0%90%D0%92%D0%98%D0%A1%D0%98%D0%9C%D0%9E%D0%A1%D0%A2%D0%AC) // [Большая медицинская энциклопедия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%8D%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%8F), 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия. — Т. 12.
3. Бубеев Ю. А. Наркотические аддикции: профилактика и коррекция с помощью интегративных психотехнологий: монография/ Ю. А. Бубеев, В. В. Козлов, Н. Ф. Круговых. − М.: Издательство Института психотерапии, 2007. – 189 c.
4. Городничев А.В. Место бензодиазепиновых транквилизаторов в современной терапии тревожных расстройств // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. — Москва : Издательство «Социально-политическая мысль», 2012. — С. 759—772. — 1080 с.
5. Короленко Ц., Дмитриева Н, Шпикс Т. Психология зависимости/ Ц. Короленко, Н. Дмитриева, Т. Шпикс. − М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2007. – 188 c.
6. Котов А.В. К природе двух форм аддиктивного поведения/ А.В. Котов//Клиническая фармакология и лекарственная терапия. - 2010. − №1 − 153 c.
7. Пилипенко А.В. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты: психологический тренинг/ А.В. Пилипенко. − М.: Психотерапия 2011. – 192 с.
8. Смусева Ольга Николаевна, Гаврилов Юрий Юрьевич, Соловкина Юлия Владимировна Серьезные побочные реакции лекарственных средств как следствие самолечения // Астраханский медицинский журнал. 2012. №3.
9. Старшенбаум Г.В. НеЗависимость. Как избавиться от психологической или химической зависимости/ Г.В. Старшенбаум. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2018. – 480 с
10. Сулейманов, С. Ш. Роль провизора в выявлении побочного действия лекарственных препаратов в процессе ответственного самолечения / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Абросимова, Н. В. Кирпич-никова, А. А. Горбач // Новая Аптека. Эффективное управление. - 2010. - № 1. - С. 38-40.
11. Фирсова И.В., Поройский С.В., Македонова Ю.А., Марымова Е.Б. Клинический анализ применения медикаментозной терапии // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. №4 (52).