**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***

Лекарственная зависимость - психическое, может быть физическое состояние, включающее настоятельную потребность в приеме лекарственных средств, действующих на психику. Длительное употребление многих лекарств, особенно психотропных препаратов, способно вызвать привыкание. Лекарства и средства при лекарственной зависимости перестают оказывать своё фармакологическое действие, а зачастую наоборот приводят к парадоксальному, противоположному своему назначению результату.

Проблема безопасности применения лекарственных средств (ЛС) становится все более актуальной. Это связано, прежде всего с тем, что в медицинской практике возрастает количество лекарственных препаратов с высокой биологической активностью, применение которых может сопровождаться возникновением побочных реакций (ПР), разных за проявлением и степенью тяжести. Сложившаяся 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].

B то время как при алкогольной зависимости врачи в большинстве случаев име­ют дело с последствиями заболевания, зависимость, возникшая от применения медикаментов, имеет совсем другое значение: медикаментозное лечение является пре­рогативой врача, действенность этого вида лечения сама по себе представляет рас­плату за возможность возникновения злоупотребления и зависимости. Выписывающий рецепт является иногда неосведомленным, а иногда осведомленным «сообщником» злоупотребляющих и зависимых. Пациент проходит мимо «игольного ушка» рецепта в случае, когда медикаменты можно приобрести в свободной продаже (даже если они имеют потенциал зависимости) или криминальным путем. Роль врачей в про­блеме злоупотребления медикаментами и зависимости от них и особенно в профи­лактике этих злоупотреблений трудно переоценить. 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

Медикаментозно зависимые пациенты представляют значительно больше диагности­ческих проблем, чем больные алкоголизмом: у них нет «типичных» соматических расстройств, делирий возникает на поздних этапах и при тяжелой степени зависимо­сти. Сущность симптоматики состоит в невозможности выявить абстиненцию и со­крытии ее, что связано с благоприятными возможностями для припрятывания препаратов (например, в кошелек) и позволяет скрывать их прием. B связи с этим меди­каментозная зависимость часто не распознается.

Один 25-летний пациент проходил лечение в семи больницах по поводу неправо­мерно установленного диагноза, пока, наконец, не стала очевидной медикаментоз­ная зависимость.

Клинические симптомы приема бензодиазепинов или барбитуратов носят при­знаки интоксикации: неуверенность походки, дизартрия, установочный нистагм. Психопатологические симптомы выявляются при тяжелой интоксикации, которая связа­на с превышением пациентом дозировки препарата.

Бросается в глаза неустойчи­вость внимания даже во время обследования (например, отсутствие концентрации внимания). На ЭЭГ постоянно вырaжен бета-ритм.

При интоксикации средствами, снижающими аппетит, или стимуляторами на­блюдается в большинстве случаев тахикардия и повышение кровяного давления вместе c расширением зрачков. Психопатологически наблюдаются тревога и двигательное беспокойство; изменения на ЭЭГ нетипичны.  
Подозрение на злоупотребление медикаментами и зависимость от них может под­твердить повторяющееся исследование мочи на наличие в ней психотропной суб­станции [3].

Функциональные жалобы больных иногда могут быть следствием медикаментоз­ной проблематики. Нарушения активности, расстройства сна, неопределенный страх, утрата способности к концентрации внимания, беспокойство, боли в конечностях, головные боли легко могут служить основанием для назначения болеутоляющих и успокаивающих средств. При этом следует подумать о том, что такие жалобы могут быть проявлением синдрома отмены и возникшей зависимости от применения низ­ких доз.  
Внимательного отношения требуют пациенты, которые настаивают на назначе­нии им активного психотропного препарата, уклоняясь при этом от разъяснений по существу или отклоняя их. Частая смена врача также должна расцениваться как по­пытка скрыть основную причину заболевания.

Диагностическая неуверенность, особенно при «функциональных» жалобах, под­держивает иллюзию, что наиболее действенной и лишенной риска терапией являет­ся рекомендация средств, облегчающих боль и успокаивающих пациента, в соответ­ствии с поговоркой «облегчить душу» (например, назначение транквилизатора Lexotanil). Врач должен решать, как ему относиться к настоятельным требованиям пациента назначить препарат с потенциалом зависимости, и противостоять соот­ветствующим обещаниям фармацевтической индустриипри выборе адекватного препарата. Кроме того, следует противостоять необоснованным страхам пациента перед возможным вредом, наносимым каждым препаратом, руководствуясь при этом собственной практикой в устранении возможных побочных действий этого препарата [5].

# 2. Мотивация клиента к психотерапии

Главная проблема любой психотерапии -- в поддержании мотивации клиента. Психика очень заботится о поддержании своего равновесия (и правильно делает), а психотерапевтический процесс предполагает нарушение этого равновесия с тем, чтобы восстановить его в новом виде и на новом уровне.

Тут необходимо «несгибаемое намерение», причем принадлежать это несгибаемое намерение, по смыслу дела, может только самому клиенту.

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

1. Психоаналитические. В основе данной концепции представления З. Фрейда о бессознательном, который заставляет пациентов, прибегнуть к психотерапии.

В данном случае, движущей силой психотерапии, являются страдания пациентов и возникающее из-за них стремление к выздоровлению.

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

Концепция Фрейда, как основной предпосылки и детерминанты в структуре мотивации к психотерапии не утратила своего значения до настоящего времени. Более подробно эта проблема рассматривалась Доллардом и Миллером. По данной модели, стремление уклонения от психотерапии обусловливается гордыней, стыдом перед признанием того факта, что человек не может самостоятельно решить свои проблемы, неприятным чувством беспомощности, страхом перед отношением окружающих. Стремление к лечению, то есть к психотерапии, вызвано страданиями, ограничениями вследствие нарушений, желанием перемен, собственной постановкой целей и, не в последнюю очередь, давлением со стороны партнеров по социуму, общению [4].

Вторая концепция - клиент-центрированная психотерапия Роджерса.

В данном случае, мотивация, к психотерапии, характеризуется стремлением человека реализовать себя, свои способности, выявить все возможности организма и оказать на него стимулирующее действие. Даже если из-за различных обстоятельств стремление к самопознанию, личностному росту не приносит успеха, каждый человек, согласно Роджерсу, обладает этим стремлением к самореализации. Поэтому в процессе психотерапии следует создавать такие условия, которые максимально облегчают 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. В данном случае, мотивация в психотерапии рассматривается как явление само собой разумеющееся и необходимое, которая сводится 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.

Попытка установить побудительный мотив для психотерапии: сочувствие переживаниям пациента, если пациент продолжает отрицательно относиться к терапии или отказывается рассказывать о себе, а также попытка справиться с тем, что находится за пределами 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

Лекарственная зависимость развивается при повторном периодическом или длительном применении препаратов, наносящих вред принимающему его лицу, а нередко и обществу. У такого индивида появляется непреодолимое желание или потребность принять препарат, а в случае воздержания 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).