

Литвинчук Л. М., кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник,
НПУ імені М.П. Драгоманова
ORCID ID 0000-0002-5085-4499
Каськов І. В., кандидат психологічних наук,
доцент НПУ імені М.П. Драгоманова.
ORCID ID 0000-0002-5085-4499

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, З ХІМІЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ НА РІЗНИХ ФАЗАХ ЕМОЦІЙНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Дана стаття покликана розкрити питання психологічної допомоги особам, з хімічною залежністю на різних фазах емоційного переживання в процесі реабілітації. В статті розкриваються етапи особистісно-емоційних змін, через які проходить особа в процесі психотерапії. Описуються фази емоційного переживання, які мало чим відрізняються від стадій реагування будь-якої особи на те чи інші обмеження або втрату. Розкривається зміст роботи психолога на різних стадіях емоційної реакції пацієнта.

Ключові слова: реабілітація, хімічно залежна особа, емоційна реакція, психологічна допомога, фокус роботи, психологічні стратегії.

Данная статья призвана раскрыть вопросы психологической помощи лицам, с химической зависимостью на разных фазах эмоционального переживания в процессе реабилитации. В статье раскрываются этапы личностно-эмоциональных изменений, через которые проходит человек в процессе психотерапии до момента полного восстановления: прозрение, понимание, обучение, присвоения. Описываются фазы эмоционального переживания, которые мало чем отличаются от стадий реагирования на то или иное ограничение или потерю. Раскрывается содержание работы психолога на разных стадиях эмоциональной реакции пациента, возникающих в процессе реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, химически зависимый человек, эмоциональная реакция, психологическая помощь, фокус работы, психологические стратегии.

Постановка проблеми. Руйнування природної здатності організму до підтримання гармонії та підміна її психоактивними речовинами вказує на існування психологічної залежності особистості. Психологічна залежність від ПАР має так зване «хибне коло», у якому основну роль відіграє наявність невирішених психологічних проблем. Наркотичні речовини «ілюзорно» дозволяють вирішити психологічні проблеми особистості шляхом тимчасового зняття тривожності, провини, сорому, відсутності інтересу до життя, репресивності тощо. Суб'єкт не замислюється над ефемерністю вирішення проблем, а знижує внутрішній дискомфорт штучними засобами.

Невизнання факту залежності ускладнює ситуацію за рахунок недостатності інформації та її несприйняття від оточення. У разі визнання та звернення за лікуванням мислення хворого базується не на логічних закономірностях, а на емоційній значущості подій. Проблеми займають непропорційне місце, відтісняючи основну – здоров'я. Нерідко усвідомлення шкоди від вживання наркотиків приходить набагато пізніше самого звернення за

лікуванням. Переконавання рідних та друзів у необхідності лікування нерідко здійснюються під тиском та не мають такої ефективності, яка була б за умови усвідомлення шкоди залежності. Дане питання є надзвичайно важливим у побудові ефективної програми психологічної допомоги, з урахуванням анозогнозії та етапів особистісно-емоційних змін, через які проходить особа в процесі психотерапії до моменту повного відновлення від тієї чи іншої психічної (психологічної) проблеми. Тому дана проблема є актуальною як в теоретичному так і практичному плані.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед особистих порушень хімічно залежних осіб спостерігаються акцентуації характеру, рідше – розлади особистості. Із формуванням залежності відбувається загострення характерологічних особливостей, яке потім змінюється їх нівелюванням.

А.Н. Ланда, І.П. Лисенко, М.Л. Рохліна, А.А. Козлов, Р. Лайбов вважають, що ступінь вираженості і швидкість динаміки наростання негативних розладів залежать від виду наркотичної речовини. У цьому сенсі особливо злорякісною є фенілпропаноламінова залежність [3]. Г.В.

Кузнецова, В.М. Аклін пояснюють анозогнозію наркоманів значною деформацією особистості і вважають, що зниження або відсутність критики до свого захворювання і власної особистості є найбільш характерною рисою для цього контингенту хворих [3]. А.Н. Ланда знаходить більш серйозні порушення когнітивної сфери при хімічній залежності: низький рівень знань, малу вираженість інтелектуальних інтересів (крім осіб з початково високим рівнем інтелекту), відволікання, відсутність переживання невдачі, порушення зорової пам'яті і зорово-просторової координації, труднощі засвоєння нового матеріалу [3]. Також серед особистісних змін виокремлюють зміни іпохондричного типу, що проявляються тривогою, фіксацією на своєму соматичному стані, який наркозалежні особи прагнуть поліпшити за допомогою прийому психоактивних речовин [2].

Отже, хімічна залежність впливає на емоційну та когнітивну сфери особистості, зумовлюючи ригідність мислення, порушення пам'яті, труднощі у плануванні майбутнього тощо. Ю.Ю. Комлев, Н.А. Маруга, А. Лоухлін, Х. Клуонов, вивчаючи психологічні характеристики залежних від ПАР, зазначають, що такі особистості мають важливе прогностичне значення.

Ю.П. Сиволап, Н.Н. Іванець, М.Л. Рохліна стверджують, що в осіб з хімічною залежністю спостерігаються наступні розлади: 1) розлади невротичного спектру; 2) мотиваційні та особистісні порушення; 3) афективні розлади; 4) порушення харчової поведінки. Найвні типові для синдрому відміни порушення сну, дратівливість, млявість, тривожно-фобічні, тривожно-іпохондричні, астено-депресивні розлади. У ранньому постабстинентному періоді спостерігаються найбільш часті дисфоричні розлади, при більш тривалому терміні утримання від наркотизації може спостерігатися депресія. У наркозалежних осіб період ремісії часто супроводжується синдромом ангедонії з афективним і поведінковим компонентами.

Формулювання мети статті. Дана стаття має на меті розкрити питання психологічної допомоги особам, з хімічною залежністю на різних фазах емоційного переживання в процесі реабілітації.

Методи дослідження. Для розв'язання завдань дослідження використано комплекс взаємопов'язаних теоретичних методів, а

саме: аналіз психологічних досліджень формування наркотичної залежності; метод теоретичного моделювання процесу психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотиків, теоретико-методологічним підґрунтям якого слугував системний підхід.

Виклад основного матеріалу дослідження. Дослідження психологічних типів наррозалежності може сприяти оптимізації терапевтичного процесу на етапі протирецидивної і підтримуючої терапії. Так, В.О. Русаковим виділено 7 специфічних психологічних типів, кожному з яких відповідають особливості нейромедіаторного обміну, що передбачає відповідну диференціацію терапевтичних програм [3]. Доведено, що вираженість темпераментальних особливостей у залежних від ПАР – циклоїдних, емотивних, гіпертимних – полегшувала протікання процесу адекватного переживання хвороби і пов'язаних з цим змін у фізичній і психічній сферах [3].

На важливості дослідження клініко-персоналогічної структури особистісних типів хворого наркоманією наполягають Ю.А. Російський, Т.В. Пак, Ж.К. Мусабєкова. Зокрема, розглядаються такі персоналогічні типи:

- 1) патологічна наркоманічна особистість;
- 2) дисоційована залежна особистість;
- 3) нормативна залежна особистість.

Вказується на те, що для успішної реабілітації необхідно визначити домінуючий тип особистості і відповідним чином вибудувати комунікацію.

Не дивлячись на специфіку типів, наркозалежні особи набувають спільних рис – егоцентризм, тенденцію до уникнення дискомфорту, брехливість, конфліктність, схильність до перебільшення власних достоїнств, звинувачення оточуючих у своїх проблемах, відсутність критики до себе [4]. За Ю.П. Сиволап «Деформація особистості по адиктивному типу» включає в себе: 1) поведінку, спрямовану на отримання задоволення; 2) зниження здатності долати психофізичний дискомфорт; 3) зниження порогів сприйняття психогенних подразників; 4) стійке прагнення до модуляції власного стану за допомогою ПАР; 5) мотиваційний колапс [4].

У дослідженнях звертається увага на важливість урахування розладів при визначенні терапевтичної стратегії на етапах протирецидивної та підтримуючої терапії. В

останні роки значна увага приділяється діагностиці, опису структури і типології негативних психопатологічних розладів при наркотичній залежності. Базисні психічні функції, такі як пам'ять, мислення та інші, змінюються менше. У хворих із особистісними розладами суттєво частіше, ніж у наркозалежних без ознак особистісних розладів, відзначаються елементи безглуздої поведінки: сумнів, підозрілість, недовірливість, невмотивована необґрунтована відмова від підтримуючої терапії, безглузда опозиційність, агресія і аутоагресія. А.Р. Кузнєцов і В.В. Білокрилов пропонують оцінювати потенціал особистісних розладів за такими параметрами:

- 1) ступінь вираженості афективної лабільності;
- 2) наявність імпульсивної поведінки;
- 3) рівні викривлення самооцінки та загальної критичності [4].

На думку Є.А. Лаврентьевої, вкрай важливим чинником є структура внутрішньої картини хвороби, яка формується у залежних від ПАР у процесі реабілітації. При цьому необхідно аналізувати такі складники:

- 1) структуру внутрішньої репрезентації феноменів хвороби/здоров'я;
- 2) рівні усвідомлення хвороби;
- 3) типи реакцій на хворобу.

Поняття «внутрішня картина хвороби» передбачає сукупність не лише емоційних порушень, але й певних інтелектуальних та вольових процесів, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби. Вагомою є емоційна реакція залежної особи на власну хворобу, її визнання чи витіснення цього факту. Невизнання факту залежності ускладнює ситуацію за рахунок недостатності інформації та її несприйняття від оточення. У разі визнання та звернення за лікуванням мислення хворого базується не на логічних закономірностях, а на емоційній значущості подій. Проблеми займають непропорційне місце, відтісняючи основну – здоров'я. Нерідко усвідомлення шкоди від вживання наркотиків приходить набагато пізніше самого звернення за лікуванням. Переконавання рідних та друзів у необхідності лікування нерідко здійснюються під тиском та не мають такої ефективності, яка була б за умови усвідомлення шкоди залежності.

К.Г. Юнг виокремлював кілька етапів особистісно-емоційних змін, через які

проходить особа в процесі психотерапії до моменту повного відновлення від тієї чи іншої психічної (психологічної) проблеми: прозріння, розуміння, навчання, привласнення [5]. У процесі психотерапевтичного стаціонарного лікування залежна особа зазвичай проходить перші два етапи – «прозріння» та «розуміння». Як правило, це проявляється у визнанні пацієнтом наявності власної проблеми та необхідності підтримки тверезого способу життя. «Навчання» та «присвоєння» реалізуються з подальшим відновленням пацієнта, через відвідування груп, опанування нових способів розв'язання проблем. Оскільки процеси «прозріння» та «розуміння» часто є досить болючими для психіки особистості, під час просування шляхом реабілітаційної програми пацієнт проходить низку фаз, пов'язаних із емоційними переживаннями. Слід погодитися з тим, що істотну роль можуть відігравати структурно-динамічні особливості соціального й емоційного інтелекту залежної особистості, які спричиняють втечу від соціальної реальності, підвищену агресивність, використання неадекватних психологічних захистів [1; 3; 6].

У процесі проходження групової та індивідуальної психотерапії важливо відстежувати динаміку змін, адже відсутність такого контролю може призвести до погіршення результатів. Недостатній аналіз внутрішніх протиріч особистості може призвести до зменшення періоду ремісії чи відмови суб'єкта від лікування. Загострення внутрішніх протиріч та неможливість їх розв'язання в процесі психотерапії може призвести до виникнення регресивної поведінки, агресії, девіантних нахилів тощо.

Е. Кублер-Росс, К. Роджерс, Д. Фрейберг, К. Фопель окреслили стадії чи фази емоційного переживання, які мало чим відрізняються від стадій реагування будь-якої особи на те чи інше обмеження або втрату. *Фази (стадії) емоційної реакції пацієнта, що виникають у процесі реабілітації до повного усвідомлення ним необхідності відмови від споживання наркотиків: заперечення; агресія; пошук компромісу; депресія; адаптація*, тобто прийняття факту хвороби і готовність змінити своє життя. Е. Кублер-Росс окреслює такий психологічний захист як заперечення – перший механізм

психологічного захисту, який застосовується при виникненні серйозних життєвих проблем або втрат. Заперечення найбільш характерне і для перших контактів залежної особи з тією реальністю, яка утворюється навколо неї з прогресуванням захворювання.

Заперечення у пацієнтів може виявлятися через нерозуміння того, що говорять інші люди (фахівці); через появу сильної сонливості чи засинання під час згаданих вище бесід; через появу психосоматичних захворювань, які з'являються в початковий період психотерапевтичного лікування та через невизнання проблем, які виникли після зловживання ПАР, незважаючи на те, що вони очевидні тощо. Механізми психологічних захистів формуються з раннього дитинства та чітко проявляються під час психологічних травм, отримуваних особою протягом життя. Чим більше травмована особистість, тим жорсткіше її система психологічних захистів і складніший процес оздоровлення. В осіб, які мають залежність від ПАР, розвинені такі психологічні захисти як витіснення, заперечення, регресія, раціоналізація та ін.

Низка авторів (Р.Д. Ілюк, Ю.А. Бубеев, В.Я. Гиндикін) вважає, що для наркозалежних осіб типові невротичні стани і реакції, коли патологічний потяг заміщується невротичними захисними механізмами. Перехід від заперечення до агресії часто характеризується тим, що залежна особа починає застосовувати в цей період низку інших психологічних захистів, зокрема:

➤ раціоналізацію. Цей різновид захисту проявляється в спробах довести, що будь-які вчинки суб'єкта є єдино вірними, а тому – критиці не підлягають. Як правило, раціоналізацію використовують, щоб пояснити свої дії, наприклад, вживання наркотику. Людина не визнає свою провину, не дивлячись на те, що наслідки цих дій не відповідають гарним словам, які вона виголошує;

➤ інтелектуалізацію. Залучення хворим для виправдання свого зловживання «наукових знань про користь наркотиків, часто без співвіднесення зі своєю системою споживання, застосування під час психотерапевтичної роботи «філософствування» з метою уникнути відкритого обговорення своїх проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин;

➤ ідентифікацію (порівняння, отождолення) як форму захисту, що протилежна проєкції. Під ідентифікацією розуміють неусвідомлений перенос суб'єктом на себе рис характеру та поведінки іншої людини, що є взірцем для неї. Ідентифікація підвищує почуття власної значущості. Завдяки цьому механізму захисту особа долає почуття самотності.

Сформована в процесі наркотизації система психологічних захистів спотворює об'єктивну інформацію про наркотики, при цьому критичність хворих на наркоманію до свого захворювання різко знижується при загостренні патологічного потягу до психоактивної речовини.

Отже, різні способи психологічного захисту актуалізуються у різних ситуаціях, але професійний психолог, який працює з людиною, залежною від опіоїдів, повинен враховувати особливості зародження і функціонування таких механізмів. Оскільки у залежної особи психологічні захисти є більш вираженими ніж у інших, її лікування повинно передбачати глибинний аналіз проблем, що існують. Витіснені переживання зумовлюють виникнення регресивної поведінки, а з тим і різні ідентифікації. Така людина більш схильна йти за авторитетом, що на несвідомому рівні отождолюється із батьком. Тому пропрацювання неусвідомлюваних конфліктів є необхідним, адже вони містять найбільшу кількість деструктивної енергії.

На думку Р.Д. Ілюка, підвищена агресивність – майже неминуха і глибоко укорінена характеристика особистої реакції залежних від ПАР у стані ремісії, оскільки постійно існує загроза зриву. Якщо психологічний захист не приносить особі очікуваного результату, настає наступний етап – фаза агресії. Агресія в осіб, залежних від опіоїдів проявляється найчастіше через пошук відповідальних за своє споживання серед оточуючих і звинувачення їх у цьому. Також агресія може бути спрямована на себе; вона, як правило, проявляється в самозвинуваченні та самоприниженні. На етапах заперечення і агресії найбільш ефективним і доречним є включення у реабілітаційну програму психотерапевтичної роботи, спрямованої на подолання психологічних захистів, опрацювання опору реабілітації та агресії.

Пошук компромісу може бути одним із способів поліпшити неприємний емоційний стан, що виник у результаті розуміння

пацієнтом реальної картини власної хвороби. На цьому етапі залежна особа намагається знайти спосіб розв'язання згаданих вище проблем без припинення споживання наркотиків. З метою залишити за собою можливість вживати наркотики пацієнт шукає варіанти контрольованого споживання і, як наслідок, починає виправдовувати різними способами своє небажання займатися лікуванням. Одним із варіантів пошуку компромісу є спроба залежного «домовитись» з психотерапевтом чи консультантом, тобто встановити з ним особливі відносини з метою ухилення від лікування.

Агресивна чи аутоагресивна поведінка є показником актуалізації негативних переживань особи, що проєктуються на себе чи оточуючих. Агресія як опір реабілітації, лікуванню, взаємодії з психотерапевтом є розповсюдженим явищем, адже психологічні захисти спрямовані на підтримку стабільності та спокою, нехай і ілюзорного. Залежній особі важко виходити із зони комфорту, адже наркотик створює відчуття спокою, ейфорії, що асоціюється із дитячими переживаннями. Тому, агресія є відповіддю на прагнення оточуючих позбавити суб'єкта приємного стану, що несвідомо єднає з батьками.

Наступна фаза – депресії є найбільш складна для розуміння і діагностики, оскільки депресія часто «маскується» під інші захворювання або психічні прояви. Як правило, депресія у випадку залежності особистості не має вираженого характеру і цілком може бути нівельована за допомогою психотерапевтичних заходів. Застосування на етапі депресії медикаментів, наприклад, з групи антидепресантів, не бажане: навіть якщо вони не викликають перехресного звикання в період психотерапевтичного лікування, це може зіграти негативну роль, а саме не дати можливості пацієнту повноцінно завершити фазу, що пов'язана з переживанням відмови від вживання наркотиків.

Зазвичай приховані форми, які може мати депресія, виникають на 3-4-му тижні реабілітації або дещо пізніше. Найчастіше такими прихованими формами є: порушення сну, загострення хронічних захворювань, біль внутрішніх органів без підтвердження порушення їх роботи лабораторними методиками, часті головні болі, тривожність без особливих зовнішніх причин та

підвищена турбота про інших людей при відсутності уваги до себе і своєї реабілітації.

Якщо з допомогою бригади фахівців досить добре опрацьовані фази «заперечення», агресії і пошуку компромісу, то поява фази депресії може бути, практично, нівельована або долатися пацієнтом без вираженого погіршення самопочуття. Найбільш поширеним в такій ситуації є відчуття невеликої емоційної втоми від лікувальних заходів. Попри переконання авторів у незначному впливі цієї фази, зауважимо, що її ігнорування психотерапевтом може призвести до руйнівних наслідків для особистості. Саме у депресії залежний і починає повертатися до вживання засобів, які позбавлять його відчуття самотності, непотрібності, байдужості, неприйняття оточуючими, тривожності тощо. Знижена самооцінка, нездатність протистояти проблемам, депресивні прояви можуть призвести до вороття у залежність. Наслідки вживання наркотичних препаратів для психіки, як стверджувалося вище, можуть бути різними, тому депресивні прояви також мають різний характер.

Етап адаптації характеризується повним визнанням пацієнтом наявності хвороби, побудовою подальшого життя через практичний початок дій з реалізації власної програми відновлення. За даними досліджень Г.С. Абдуліна, Б.Т. Жолдаспаєва, А.З. Нургазіна, Т.В. Агібалова, П.В. Тучина, Д.І. Шустова, Б.А. Азанова, Д.М. Буффаларі, наркозалежним особам, які перебувають у стані ремісії, властива наявність різноманітних психічних розладів пограничного і більш важкого рівнів. Так, Л.А. Дубініна, Є.М. Крупицький вважають, що після завершення курсу стаціонарного лікування у пацієнтів наркологічного профілю, як правило, спостерігаються: відчуття хронічної емоційної незадоволеності, негативна оцінка рівня соціо-психофізичного благополуччя. При цьому найбільш типовими параметрами погіршення є:

- 1) погіршення в емоційній сфері;
- 2) погіршення особистих відносин зі звичним оточенням;
- 3) зниження пізнавальних функцій;
- 4) зниження сексуальної активності;
- 5) зниження життєвої активності, енергії [2; 5; 6].

Не всі пацієнти повністю проходять описані стадії в процесі

Питання психології

психотерапевтичного лікування. Деякі зупиняються на запереченні, інші – на агресії, пошуку компромісу чи депресії. «Застрявання» хворого на одному з цих етапів емоційного опрацювання проблеми в

подальшому, швидше за все, знову поверне його до відновлення вживання.

Важливим є зміст роботи психолога на різних стадіях емоційної реакції пацієнта, що виникають у процесі реабілітації, а саме:

Етап	Психологічні проблеми, які актуалізуються	Значення психологічної реабілітації	Психологічні стратегії або фокус роботи
Заперечення	Заперечення у наркозалежних осіб може проявлятися через: <ul style="list-style-type: none"> - нерозуміння того, про що говорять інші; (інформація не усвідомлюється клієнтом або сприймається у викривленому вигляді); - сонливістю під час реабілітаційного процесу; - появою психосоматичних розладів, що з'являються на початковому етапі реабілітації як відповідь на втручання в психіку залежної особи; - відмовою від спілкування та зустрічей з людьми, які обговорюють тему алкоголізму, наркоманії, що сприяє неприйняттю клієнтом товариств АА, АН та її його членів або провокуванням адміністрації Програми реабілітації; - невизнання проблем, які виникли через вживання наркотиків, не дивлячись на те, що вони очевидні. 	Підтримка	Застосування мотиваційного діалогу
Агресія	- Звинування, пошук винуватця. Перехід від заперечення до агресії часто характеризується застосуванням механізмів психологічного захисту. Найбільш розповсюдженими є такі види психологічного захисту, як раціоналізація, інтелектуалізація; ідентифікація.	Найбільш ефективним є включення в реабілітацію психотерапевтичних методик.	Контейнування агресії, повернення відповідальності.
Пошук компромісу	- Договір. Пошук компромісу або «домовленість» з консультантом; - встановлення «особливих» відносин з метою ухилення від лікування як один із способів нівелювання неприємного емоційного стану, що виникає в результаті усвідомлення реальності проблем, пов'язаних з вживанням наркотиків.	Включення в реабілітацію психотерапевтичних методик.	Подібні прояви даного етапу в поведінці та мисленні важливо не пропустити.
Депресія	Часто «маскується» під інші захворювання або психічні прояви. Як правило, депресія не має вираженого характеру. Найпоширенішими прихованими формами депресії, можуть бути: <ul style="list-style-type: none"> - порушення сну; - загострення хронічних захворювань без підтвердження порушення їх роботи лабораторними методиками; - часті головні болі, тривожність без особливих зовнішніх причин; - підвищена турбота про інших людей при відсутності уваги до себе і своєї реабілітації. 	За умови ефективного опрацювання фаз заперечення, агресії, пошуку компромісу фази депресії можуть бути практично нівельовані або долатися без вираженого погіршення самопочуття.	Дати можливість клієнту повністю завершити дану фазу переживання відмови від вживання наркотиків.
Адаптація	Прийняття факту хвороби та готовність змінити своє життя.		Побудова планів на подальше життя, початок дій з реалізації власної програми одужання.

Успішне проходження усіх перелічених вище стадій, беззаперечно, є важливим для реабілітації залежної особи. Необхідним є психологічний супровід на всіх етапах процесу, зокрема виявлення глибинних (неусвідомлюваних) чинників, що призвели до вживання наркотичного препарату та активізація життєвої, продуктивної енергії.

Висновки та перспективи подальших досліджень.

Актуалізація внутрішніх сил організму можлива за умови вирішення внутрішніх проблем залежного суб'єкта, що зумовлюють тенденцію вороття до

минулого. Тому успішна психологічна робота дозволяє пом'якшити захисті механізми особистості, нівелювати депресивні прояви та підвищити адаптивні резерви психіки до соціального життя. Навіть якщо залежний від ПАР в процесі лікування пройде всі етапи, але на фазі адаптації не почне змінювати свій спосіб життя, то він, як і пацієнти, які «застрягли» на інших етапах, знову може повернутися до вживання наркотиків. Тому, подальші післяреабілітаційні зміни не менш важливі для відновлення, ніж саме лікування за певною програмою реабілітації.

Список використаних джерел

1. Белокрылов И.В. Психотерапия больных наркоманией с низкой мотивацией на лечение / Белокрылов И.В., Кузнецов А.Г., Райзман Е.М. // Вопросы наркологии. – 2010. – № 2. – С. 28-35.
2. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 944 с.
3. Лисенко І. П. Основи побудови психокорекційної роботи з хворими, залежними від наркотичних речовин: Метод. рекомендації / І. П. Лисенко, Т. Ю. Родіонова. – К., 2005. – 20 с.
4. Сиволап Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Мед., 2005. – 304 с.
5. Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial / [Day E., Copello A., Seddon J. et al.] // Trials. – 2013. – Vol.14 (1). – P. 264.
6. Social Anxiety, Reasons for drinking, and college students / [Norberg M. M., Norton A.R., Michael J.O., Zvolensky J.] // Behavior Therapy. – 2010. – Vol.41, № 4. – P. 555-566.

References

1. Belokrylov, Y. V., Kuznetsov, A. H., Raizman, E. M. (2010). *Psykhoterapiya bolnykh narkomanyei s nyzkoi motyvatsyei na lechenye* [Psychotherapy of drug addicts with low motivation for treatment]. *Voprosy narkologiy*, 2, 28-35 (in Russian).
2. Yvanets, N. N. (2008). *Rukovodstvo po narkologiy* [Guide to Narcology]. M.: Medytsynskoe ynformatsyonnoe ahentstvo, 944 (in Russian).
3. Lysenko, I. P., Yu, T. (2005). *Rodionova Osnovy pobudovy psykhokorektsiinoi roboty z khvorymy, zalezhnymy vid narkotychnykh rehovyn: Metod. rekomendatsii* [Fundamentals of psychocorrectional work with patients dependent on narcotic substances: Method. recommendations]. K., 20 (in Ukrainian).
4. Syvolap, Yu. P., Savchenkov, V. A. (2005). *Zloupotreblenye opyoydamy y opyoydnaia zavysymost* [Abuse of opioids and opioid dependence]. M.: Med. 304 (in Russian).
5. Day, E., Copello, A., Seddon, J. (2013). Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14 (1), 264.
6. Norberg, M. M., Norton, A. R., Michael, J. O. (2010). Social Anxiety, Reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*. V.41, 4, 555-566.

SUMMARY

Lytvynchuk L. M., candidate of psychological sciences, senior researcher

Kaskov I. V., candidate of psychological sciences, associate professor

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR INDIVIDUALS, WITH CHEMICAL DEPENDENCE ON DIFFERENT PHASES OF EMOTIONAL TRANSMISSION IN THE PROCESS OF REHABILITATION

Failure to recognize the fact of the dependence complicates the situation due to the lack of information and its rejection of the environment. In the case of recognition and treatment for treatment, the patient's thinking is based not on logical regularities, but on the emotional significance of events. This issue is extremely important in building an effective program of psychological assistance, taking into account the anosognosy and stages of personality-emotional changes through which the person passes through the

process of psychotherapy until the moment of complete recovery from one or another mental (psychological) problem. Therefore, this problem is relevant both in the theoretical and practical terms.

This article is intended to reveal the problem of psychological assistance to persons with chemical dependence in different phases of emotional experience in the process of rehabilitation.

To solve the research tasks, a complex of interrelated theoretical methods was used, namely: analysis of psychological researches on the formation of narcotic addiction; the method of theoretical modeling of the process of psychological rehabilitation of persons dependent on drugs, the theoretical and methodological basis of which served as a system approach.

If, with the help of a team of specialists, the phases of "negation", aggression and compromise are well developed, then the appearance of the phase of depression may be, practically, leveled or overcome by the patient without a marked deterioration of well-being. The most widespread in this situation is a feeling of a little emotional fatigue from the treatment. Despite the authors' belief in the insignificant influence of this phase, we note that ignoring it by a psychotherapist can lead to devastating consequences for the individual.

Scientific novelty of this article is to deepen and expand the content and technologies of psychological rehabilitation of chemically dependent persons.

Actualization of internal forces of an organism is possible under the condition of solving internal problems of the dependent subject, which predetermine the tendency of reversal to the past. Therefore, successful psychological work allows to mitigate the protection mechanisms of personality, level depression and increase adaptive reserves of the psyche to social life. Even if the stage-dependent treatment is all stages, but in the adaptation phase, it will not change its lifestyle, then, like patients who are "stuck" at other stages, they can return to the drug again. Therefore, further post-rehabilitation changes are no less important for recovery than for the treatment of a specific rehab program.

Keywords: rehabilitation, chemically dependent person, emotional reaction, psychological help, focus work, psychological strategies.