

Владислав Лебедько



Механизмы человеческих зависимостей

Оглавление

[Предисловие](#)

[Концепция терапии--реабилитации психосоматических больных с наркотической зависимостью](#)

[Диагностические схемы](#)

[1\) Система патологии \(рекета\)](#)

[2\) Социальная адаптация](#)

[3\) Базовые Перинатальные Матрицы](#)

[4\) Типология жизненных миров](#)

[5\) Пространства восприятия](#)

6) Отношения Человек -- Мир

7) Аспекты

8) Культурно-информационные миры

9) Лестница мотивации

Этапы терапии-реабилитации

Терапевтическая команда

Заключение

Предисловие

Случилось так, что некоторое время мы работали (и работаем до сих пор) в Центре психосоматической медицины одной крупной Петербургской больницы. Большинство пациентов, которых мы консультировали, -- люди страдающие от зависимости к героину. В процессе работы с ними мы пришли к любопытному выводу: привязанность к сильному наркотику очень наглядно и "выпукло" показывает механизмы всевозможных зависимостей, и саму ситуацию тотальной обусловленности этими зависимостями, в которой живет подавляющее большинство "нормальных" людей.

Даже не задумываясь об этом, мы, как к само собой разумеющемуся факту привыкли ежедневно (или более-менее периодически) получать определенные "дозы": денег, любви, внимания, некоторого особого качества отношений от тех или иных людей, заботы, участия, привычных теле и радио программ, книг, газет, телефонных звонков, эмоций, идей, планов, той или иной деятельности, особенностей картины мира... (список можно продолжать и индивидуально детализировать). Далее: как только мы перестаем получать привычную "дозу" чего-либо из вышеупомянутого списка (здесь не имеются в виду потребности, от которых зависит жизнь человека), начинают происходить процессы, по сути своей совершенно аналогичные тем, которые имеют место у наркомана, который не получил свою дозу героина, то есть -- "ломки". Начинается все с ухудшения настроения, апатии или раздражительности; далее, если привычная "доза" так и не получена, -- депрессия, отчаяние, судорожные попытки как-то получить желаемое, часто путем определенного насилия, попирая нравственные нормы, доходя подчас до ярких проявлений асоциального и криминального поведения, суицидных попыток и т.п. В ряде случаев все это происходит более "размыто" и по времени, и по интенсивности, чем у наркомана, иногда же даже гораздо быстрее и ярче, чем у последнего (наиболее очевидный пример -- трагический исход семейной "сцены", причиной которой послужило банальное отсутствие всего лишь на небольшой срок привычной "дозы" внимания от одного из супругов, что стало буквально невыносимо для другого).

Подобного рода зависимости окружают нас со всех сторон, мы не считаем эти зависимости патологическими, в отличии, например, от героиновой, ведь они, вроде бы не приносят вреда организму, мало того -- мы просто не осознаем сам факт этих зависимостей. Но, с другой стороны, случись так, что какая-то из привычных "доз" вдруг станет, в силу различных причин, недоступной, -- последствия могут быть самыми непредсказуемыми (вплоть до упомянутого выше примера с семейной "сценой"). Хотя -- зачем

задумываться о том, что так маловероятно?

Следующий штрих -- большинство из обычных для "нормального" человека зависимостей в наше время не являются чем-то жизненно необходимым, -- они, как правило, навязаны ценностями массовой культуры и раздуваются рекламой и средствами массовой информации. "Нормальный" человек все более и более становится марионеткой, которую за огромное количество веревочек дергают весьма сомнительные "силы"...

Мы немного сгустили краски, но нам кажется, что при всей тяжести своего положения наркоман, обратившийся за помощью, имеет все-таки и одно преимущество перед "нормальным" человеком, -- он осознал свою зависимость, ее патологичность и захотел от нее освободиться. И у него есть реальный шанс от нее освободиться, -- об этом мы напишем далее.

Нужно ли "нормальному" человеку осознавать свои зависимости, вообще ситуацию тотальной обусловленности всей своей жизни и стремиться освободиться от этого? И зачем?

На этот вопрос каждый отвечает сам. Мы (авторы статьи) для себя ответили утвердительно. Работая над собой в этом направлении, мы отдаем себе отчет, -- ЗАЧЕМ нам это нужно и КАК это осуществить. Изучая механизмы своих собственных зависимостей, и столкнувшись, как профессионалы -- психологи, с ситуацией наркомании, мы разработали **прикладную** концепцию лечения -- реабилитации людей, страдающих от зависимости к наркотикам. Наркомания -- лишь частный случай общей ситуации человеческих зависимостей, но, как мы уже отмечали, этот случай позволяет наиболее наглядно продемонстрировать как механизм привязанности, так и путь освобождения от нее.

Мы приводим далее сокращенный текст "концепции терапии--реабилитации". Некоторые места этого текста читатель может использовать для осознания своей собственной ситуации. Так, во все приводимые ниже Диагностические схемы читатель может вместо наркотической зависимости подставлять актуальную для себя зависимость и т.п. Схему терапии мы не приводим в силу системности и многофакторности усилий, необходимых для освобождения от зависимости **в каждом конкретном случае**. Естественно, что читатель, осознавший свою обусловленность огромным количеством факторов и обстоятельств, и искренно захотевший измениться, не побежит ложиться в больницу на три недели (уплатив за это "кругленькую" сумму) и проходить различные психотерапевтические процедуры и мероприятия. В данном случае дело обстоит по-другому, -- необходимы годы регулярных самостоятельных усилий, желательно при поддержке группы единомышленников и в контакте с компетентными в деле Освобождения

специалистами (которые в России таки есть! -- в конце 1999 года вышла в свет документальная повесть В.Лебедько "Хроники Российской Саньясы", -- книга, рассказывающая о жизни Российских Мастеров и их учеников -- наших современников).

Итак, мы предлагаем читателю творчески осмыслить приводимую ниже "концепцию", что само по себе может стать первым (а для кого-то, Бог даст, и решающим) шагом на Пути к изменению, к Постижению Истины и Преображению своей жизни.

Концепция терапии--реабилитации психосоматических больных с наркотической зависимостью.

Проблема лечения наркотических зависимостей и сопряженных с ними психосоматических заболеваний -- одна из наиболее актуальных проблем современности. Количество больных катастрофически нарастает, но в то же время ни медицина, ни психология не могут пока предложить надежных путей решения сложившейся ситуации. Психиатрия и наркология концентрирует внимание на биохимической стороне вопроса, подчеркивая важную роль в развитии наркотической зависимости угнетения "центра удовольствия" и т.п., и предлагая лекарственную терапию, которая, безусловно, результативна для снятия физической зависимости от наркотика, но это лишь одна сторона медали. Лечится следствие, а не причина, имеющая очень глубокие **корни во всей структуре жизни данного конкретного больного и, далее, -- общества в целом.**

Со стороны психотерапии предлагаются, как правило, отдельные методы, иногда звучат призывы к лечению не симптома, а личности в целом, но в рамках той или иной парадигмы. ([Рожнов 1979](#), [Пятницкая 1975](#), [Карвасарский 1985](#), [Брюк 1996](#), [Бернер и Плог 1997](#), [Косянинский 1997](#)).

Немаловажным является фактор определенной социальной обусловленности самих медиков и психологов. Насаждаемые средствами массовой информации и рекламы идеалы и ценности современной массовой культуры - идеалы и ценности гедонизма и инфантилизма -- пускают медиков и психологов по "ложному следу", каковым, на наш взгляд, является поиск замены наркотического "кайфа" чем-то иным: лекарствами, психотерапевтическими или психофизическими процедурами и т.п. Совершенно упускается при этом еще и трансперсональный взгляд на проблему: ведь болезнь отдельного пациента является воплощением через конкретную личность болезни всего человечества. А это значит, что, предлагая способы лечения (даже, если они могут **временно** оказаться более-менее эффективными), не выходящие за пределы той системы идеалов и ценностей, которая, по сути, и породила саму возможность заболевания, -- мы будем создавать благоприятную почву для развития этой самой социальной болезни, что приведет косвенно к увеличению вероятности ее конкретных проявлений у все новых и новых людей ([Лебедько 1996](#)).

В данной статье мы предлагаем концепцию терапии -- реабилитации, основанную на **системном анализе** проблемы, включающем не только ее медицинский аспект, но также психологический, социально -- культурный и

трансперсональный. Мы пришли к выводу, что для успешного лечения наркотических зависимостей необходима многофакторная длительная психотерапия и реабилитация, решающая параллельно и последовательно широкий спектр задач ("разветвленная" стратегия терапии ([Агеев и Лебедько 1997](#))).

На основании наших наблюдений и терапии психосоматических больных, в частности, больных с наркотической зависимостью, сделан вывод о том, что надежное излечение таких больных может произойти только вследствие коренной перестройки личности больного.

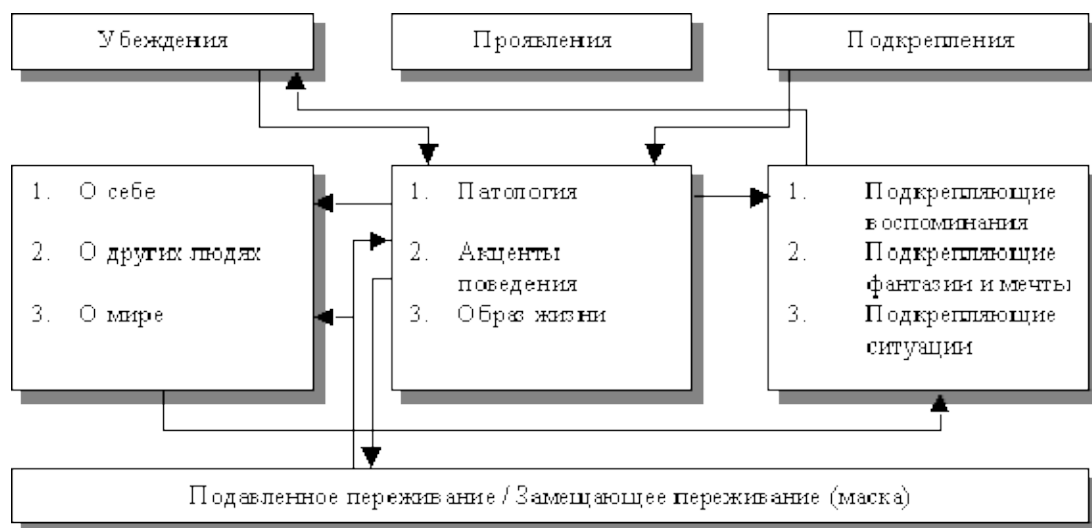
Нами составлен типовой портрет человека, страдающего опиатной наркоманией по различным Диагностическим схемам (наиболее удобным для терапии), а также разработана методология лечения: комплекс психотерапевтических и других мероприятий, технологий, приемов и методов. Разработаны также этапы комплексной психотерапевтической и реабилитационной работы, рассчитаны примерные (средние) сроки такой работы, а также приблизительные расходы.

Разработанная система психотерапии и реабилитации базируется не на основе какой-то одной техники или психотерапевтического метода, а является сложной многоуровневой методологией, результаты применения которой затрагивают все сферы личности в самых разнообразных взаимосвязях, учитывая также все уровни системы Человек--Мир: биологический, индивидуально-психологический, уровень межличностных отношений (взаимодействие в референтной группе), социальный уровень (социальный слой, социально--психологический мир, культурно--информационный мир), трансперсональный уровень.

Разработанная система не имеет отечественных и зарубежных аналогов.

1. Диагностические схемы.

1) Схема, разработанная в рамках Транзактного Анализа и Гештальт--Терапии ([Джеймс и Джонгвард, 1982](#)), называемая "*Системой патологии*" (иногда "*Система рэкета*").



Данная схема описывает устойчивость любой патологии как системы с многофакторной обратной связью.

Так, под действием хронически (обычно с детства) подавленных переживаний, на место которых выступают переживания замещающие ("маски"), у человека формируется система убеждений о себе, других и мире. Эти убеждения совместно с комплексом подавленных переживаний формируют патологические проявления, начинающиеся с отдельного проявления симптома и все более и более внедряющиеся в поведение и, постепенно, обуславливающие весь **образ жизни**. Накапливается патологический жизненный опыт, вначале в виде воспоминаний (нарастающих лавинообразно) о том как "это было", затем к воспоминаниям добавляются фантазии или страхи о том "как это будет". Наконец, под действием патологических убеждений и проявлений человек формирует у своей референтной группы особое отношение к себе самому (образ себя), а также окружает себя (попадает в круг с) определенными людьми и ситуациями, которые начинают всячески поддерживать его патологический образ жизни (как содействием патологии, так равно и активным противодействием ([Э. Берн 1992](#))), саму патологию, и, соответственно укрепляют патологические убеждения. Круг замыкается. Возникают устойчивые обратные связи, подкрепляющие в каждом действии и ситуации сами себя.

Лечение должно быть направлено на замену **всех** патологических убеждений, **всех** проявлений (не только симптома, но, самое главное, -- **образа жизни**), **всех** подкреплений, а самое главное -- **устойчивый** разрыв **всех** обратных связей. (Известные нам системы терапии не обеспечивают этих условий во всем их комплексе, а направлены только на изменение одного из аспектов или разрыв какой-то одной обратной связи и, поэтому не могут считаться надежным **в тех случаях, когда мы имеем дело**

не с изолированным симптомом, а с глубинным поражением всего образа жизни, что имеет место у психосоматических больных, тем более с наркотической зависимостью).

Наша методология терапии-реабилитации предполагает, что пациент взамен патологических убеждений, проявлений и подкреплений вырабатывает у себя новые, здоровые, адекватные и гармоничные убеждения и проявления, а в ходе терапии-реабилитации нарастает опыт положительных подкреплений, воспоминаний, фантазий и ситуаций. Далее пациент создает новые устойчивые обратные связи в системе обновленных убеждений--проявлений-подкреплений.

Методы работы, базирующиеся на данной Диагностической схеме, могут быть самыми разнообразными.

Например, **убеждения** из патологических в гармоничные могут трансформироваться в процессе ролевых игр, психодраматических сюжетов и специально подготовленных жизненных ситуаций, методами психоанализа, гештальт-терапии, групповой терапии ([Киппер 1993](#), [Карвасарский 1990](#), [Исурина 1983](#), [Сидоренко 1992](#), [Картохвил 1978](#)).

Подкрепления наиболее эффективно замещать при помощи некоторых технологий НЛП и психосинтеза, медитативными приемами и техниками гипноза и аутотренинга ([Бэндлер 1995](#), [Гриндер и Бэндлер 1996](#), [Леви 1993](#)).

Подавленные переживания разблокируются в результате катарсических приемов и техник ([Рудестам 1988](#)).

Все эти действия создают **платформу** для нового образа жизни. Параллельно необходима стимуляция самостоятельной активной позиции пациента, постепенная переориентация его из "пассивной жертвы обстоятельств" в активного деятеля, творца своей жизни, мотивация его на самостоятельные усилия по коренному изменению образа жизни, что осуществляется методами "Ориентирующей психотерапии" ([Агеев и Лебедько 1997](#), [Лебедько и Баранник 1999](#)). Затем пациенту даются задания по постепенному, дозированному преображению своего образа жизни, которые он начинает самостоятельно осуществлять. (Однако этот акцент уже относится к другой Диагностической схеме).

Рассмотрим типовой портрет человека, страдающего зависимостью от опиатных наркотиков, пользуясь данной Диагностической схемой. Индивидуальные ситуации могут варьироваться, но мы приводим некий усредненный пример. Естественно, убеждений, проявлений и подкреплений может быть множество, поэтому мы приводим ключевые, на которых и

базируется система патологии. (Сами убеждения иногда осознаются и проговариваются больными, иногда не осознаются и звучат как некий подтекст).

Основные убеждения	Основные проявления	Подкрепления
<p>1. О себе:</p> <p>"Я ни на что не способен".</p> <p>"Я ни во что не верю".</p> <p>"Я -- пессимист".</p> <p>"Я -- жертва обстоятельств".</p> <p>"Я разучился общаться с нормальными людьми".</p> <p>2. О других:</p> <p>"Все люди -- наркоманы".</p> <p>"Ни один человек не может "слезть с наркотиков".</p> <p>"Людям нельзя доверять".</p> <p>"Все зависит от других".</p> <p>"Сделайте <i>со мной</i> что-нибудь"</p> <p>3. О жизни:</p> <p>"Жизнь не имеет</p>	<p>1. Патология:</p> <p>Зависимость от наркотиков.</p> <p>Деперсонализация.</p> <p>Разрушение "психики" и "физики".</p> <p>2. Акценты поведения:</p> <p>Лживость</p> <p>Безволие</p> <p>Легкомысленность</p> <p>Импульсивность</p> <p>Неспособность бороться (в широком смысле)</p> <p>Перепады настроений</p> <p>Тревожность</p> <p>Мнительность</p> <p>Депрессивность</p> <p>3. Образ жизни:</p> <p>Узость, бедность (в пределе -- отсутствие)</p>	<p>1. Воспоминания:</p> <p>Кайф от наркотиков (устойчивая память)</p> <p>Дискомфорт от ломок</p> <p>Сопутствующие обстоятельства и люди как пусковые крючки...</p> <p>2. Фантазии, страхи:</p> <p>Страх перед "ломками"</p> <p>"А вдруг не достану наркотик"</p> <p>"Как достать наркотик"</p> <p>"Как перехитрить близких"</p> <p>"Как достать денег на наркотик"</p>

<p>смысла"</p> <p>"Жизнь не стоит ни гроша и ей не следует дорожить"</p> <p>"Все определяют обстоятельства, перед которыми люди бессильны"</p>	<p>интересов и увлечений.</p> <p>Пассивность, безынициативность</p> <p>Инфантилизм</p> <p>Гедонизм</p> <p>Ипохондрия</p> <p>Сужение круга общения</p> <p>Отсутствие внешней и внутренней дисциплины</p> <p>Необязательность</p> <p>Безответственность</p> <p>Неуверенность в себе</p>	
Подавленные переживания		Замещающие переживания
(радость, счастье, экстаз; запрет на тонкие чувства: любовь...)		(страх, тревога, вина, стыд)

Альтернатива системе патологии -- система автономии.

Система автономии, к которой пациент приходит в результате терапии и реабилитации отличается гибкостью, подвижностью, широким мировосприятием и самовыражением, позитивностью, адекватным, трезвым, реалистичным восприятием мира со способностью к позитивизации, широкой степенью внутренних **свобод**. Основные убеждения, проявления, подкрепления, на которых базируется система автономии (среди большого числа позитивных убеждений мы приводим ключевые, которые могут быть альтернативными для данной группы пациентов):

Возможные новые	Возможные новые	Возможные новые
------------------------	------------------------	------------------------

Убеждения	проявления	Подкрепления
<p>1. О себе:</p> <p>"Я способен развиваться в различных областях жизни"</p> <p>"Я способен радоваться жизни, открывать все новые ее грани и стороны"</p> <p>"Я могу быть уверенным в себе"</p> <p>"Я могу верить в себя и в успешность своих начинаний"</p> <p>"Я хочу и могу измениться"</p> <p>"Я могу быть разносторонним и интересным, полезным для других"</p> <p>"Я спокойно могу отказаться от любых привязанностей"</p> <p>"Все в жизни зависит только от меня"</p> <p>2. О других:</p> <p>"Очень многие</p>	<p>1. Психофизиология:</p> <p>Независимость от внешних стимуляторов</p> <p>Восстановление и гармонизация физических и психических функций</p> <p>2. Проявления</p> <p>Большая искренность, глубина и разнообразие чувств</p> <p>Появление и укрепление волевых качеств</p> <p>Трезвость и дальновидность мышления и поступков</p> <p>Большая степень спокойствия, удовлетворенности</p> <p>3. Образ жизни:</p> <p>Разнообразие (увеличение) интересов, увлечений.</p> <p>Новый круг знакомств.</p> <p>Появление среди знакомых и друзей лиц с высоким уровнем интеллекта и развития.</p> <p>Творческое отношение к жизни: к быту, работе, отношениям.</p> <p>Поиск новых возможностей и</p>	<p>1. Воспоминания:</p> <p>"Как я справлялся с трудными задачами"</p> <p>"Глубокие "пиковые" переживания (искренность, любовь, красота...)"</p> <p>2. Фантазии:</p> <p>Конструктивные планы об устройстве и изменении жизни в различных ее областях</p> <p>Творческие фантазии, замыслы</p> <p>Надежды на новые интересы, встречи, путешествия, позитивные приключения</p>

<p>люди ведут здоровую, интересную, гармоничную жизнь"</p> <p>"Возможности человека не ограничены"</p> <p>"Многим людям можно доверять"</p> <p>"Люди могут помогать друг другу"</p> <p>3. О жизни:</p> <p>"В жизни много радости и глубоких переживаний, в ней есть смысл"</p> <p>"Жизнь удивительно многогранна, ярка и наполнена возможностями"</p> <p>"Жизнь сама по себе ценна и важна"</p> <p>"Жизнь можно прожить ярко, сильно, качественно, красиво, радостно, с пользой для себя, других и мира"</p>	<p>форм самореализации.</p> <p>Альтруизм -- помощь другим.</p> <p>Дисциплинированность.</p> <p>Устойчивая тенденция к расширению диапазона жизни (восприятия и реализации).</p>	
<p>Искренние проявления адекватных переживаний</p>		

Конкретных техник и приемов трансформации исходного патологического убеждения, проявления, подкрепления в новые здоровые и гармоничные мы не приводим, т.к. они вполне реальны и рассмотрены в рамках любого современного психотерапевтического направления.

Для нас ключевым является то, что трансформация идет не по одному пункту и не как разовый акт, а параллельно по всем, целенаправленно, постоянно (в течение достаточно длительного времени (минимум -- год) подкрепляется и поддерживается вплоть до образования саморазвивающейся системы автономии с устойчивыми обратными связями и тенденциями к дальнейшему развитию и гармонизации).

2) Следующая Диагностическая схема -- схема "*Социальной адаптации*"

Многочисленные исследования (см. например [Андреева и др.1978](#), [Рубинштейн 1946](#)) выделяют четыре основные сферы жизни человека:

- Работа
- Семья
- Досуг
- Саморазвитие

Отсутствие у человека реализации хотя бы в одной из этих сфер приводит в "лучшем" случае к гиперкомпенсации в другой сфере. Например, человек, не сумевший реализоваться гармонично в семье, досуге и саморазвитии становится "трудоголиком", или человек, не нашедший себя в работе и досуге становится религиозным фанатиком или сектантом.

Когда механизмы гиперкомпенсации в других сферах перестают работать, появляется выраженная аномалия: болезнь, алкоголизм, наркомания, криминальное и асоциальное поведение.

Таким образом, для устойчивого восстановления от любой патологии, а особенно это касается наркомании, необходимо восстановление **всех** сфер жизни с тенденцией к гармонизации и самореализации в каждой из них.

Посмотрим пример типичного пациента, страдающего зависимостью от

наркотиков.

Патологическая система:

Работа: В типичном случае это:

- случайные заработки
- криминальная деятельность (воровство, спекуляция, продажа наркотиков, криминальные структуры)
- иждивенчество (жизнь на средства родителей и т.п.)
- сохранение какого-то более-менее благополучного места работы (благодаря старым связям, друзьям, родственникам); при этом механическое выполнение работы без малейшего творческого интереса с позицией "лишь бы как-нибудь удержаться и получать зарплату"

Семья: В типичном случае:

- развалившаяся семья
- на грани развала
- отсутствие семьи
- семья наркоманов (особо патологичный случай)

Досуг: Наиболее примитивные его формы:

- телевизор/видео
- дискотеки, бары, ночные клубы
- компания наркоманов

Саморазвитие: В подавляющем большинстве случаев отсутствует даже само представление о таковом или оно подменено чтением легкой литературы.

Гармоничная система

социальной адаптации, которая обеспечивает устойчивое излечение, имеет следующий вид:

Работа:

1. Обязательная творческая самореализация. (!!!)
2. Перспектива развития и роста:
 - Рост профессионализма и мастерства в работе
 - Карьерный рост ("повышения по службе")
3. Получение заработной платы, необходимой для **нормального** (не обязательно с излишествами) удовлетворения основных потребностей.

Семья:

1. Гармония взаимоотношений, взаимопомощь
2. Глубина и искренность чувств, взаимопонимание
3. Воспитание и развитие детей

Досуг:

1. Восстановление физических и психических сил
2. Активный, творческий, развивающий отдых
3. обязательно включает в себя (как один из видов) коллективный досуг (клуб общения, группы по интересам...)

Саморазвитие:

1. Обучение новым навыкам, умениям, развитие новых качеств с тенденцией к общей гармонизации
2. Познание. Новая познавательная информация. Познание разных сторон жизни, мира, в котором живешь в самых разных его гранях и аспектах
3. Самопознание и самоисследование
4. Трансперсонализация жизни -- осознание и переживание себя как части всего мира, и мира как части себя.

Социальная адаптация приводит к устойчивому результату в лечении только тогда, когда **все** перечисленные пункты в каждой сфере жизни задействованы и имеется **устойчивая тенденция** к дальнейшему развитию.

Совершенно неприемлемой является следующая позиция: "Куда уж нам такая идеальная картина! (Да еще в эпоху кризиса и т.п. Тут бы хоть какая-нибудь работа, да семья, а уж отдохнуть как -- найдем...)". Или: "Вернуться бы к прежнему уровню социальной адаптации -- тому, как было до болезни, - - вроде бы худо-бедно, но как-то жил!"

Важно понимать, что именно отсутствие гармонии в **каждом** пункте данной схемы и привело человека к патологии, и позиция "хоть бы как-нибудь по-прежнему" абсолютно безнадежна в плане излечения -- необходимо нацеливать себя на поэтапное, трезвое, грамотно рассчитанное достижение **самого высокого уровня**, -- т.е. гармоничной реализации во всех сферах жизни. Это процесс длительный, требующий времени и помощи консультантов. При наличии желания, поэтапности и грамотного расчета -- он вполне осуществим для любого человека.

Сам процесс состоит из двух фаз:

а). Ориентация

б). Реализация

а). Фаза ориентации -- это:

- осознание самой возможности реализации во всех сферах жизни;
- осознание огромного количества возможностей, которые есть в этих сферах у каждого человека
- выбор из этого многообразия возможностей тех, которые соответствуют индивидуальным особенностям, склонностям, задачам, интересам
- составление плана, этапов, поиск всесторонней информации о возможностях и путях осуществления каждого этапа.

На этой фазе основная задача -- "раскрыть человеку глаза", чтобы он осознал, что у него действительно имеются неограниченные потенции для реализации в каждой сфере жизни.

К сожалению, в последнее время средствами массовой информации и рекламы навязываются примитивные идеалы и ценности, существенно сужающие и ограничивающие восприятие этих возможностей и блокирующие даже самую тенденцию к их поиску.

Так, в сфере **Работа** в навязываемой рекламой системе ценностей доминирует акцент на зарабатывание денег и карьеру, а творческая самореализация и стремление к мастерству остается в тени, так что у целого поколения начисто отсутствует даже **представление** об этих вещах.

В сфере **Семья** навязываются акценты на бытовой стороне жизни (уют, комфорт) и примитивных формах сексуальной гармонии. Вопросы взаимопомощи, понимания, глубины чувств также вычеркиваются из картины мира современного человека.

В сфере **Досуг** навязывается доминирование пассивно-потребительских форм отдыха, при этом "за бортом" восприятия остается само понятие творческого, деятельного, созидательного, обучающего отдыха.

В сфере **Саморазвитие** глубинные формы самореализации грубым образом подменяются примитивными суррогатами: вместо самопознания -- дешевые мистификации, ведущие к шизофренизации сознания; вместо саморазвития -- прагматичные "рыночные" формы самообразования (не более чем, например,

изучение иностранных языков). Так что эта сфера тоже полностью вычеркнута из сознания современного человека, и даже представления о ней искажены и извращены.

Участок психотерапевтической и реабилитационной работы, направленный на социальную адаптацию в фазе ориентации, осуществляется различными методами, взятыми в комплексе:

- методы логотерапии и экзистенциального анализа ([Франкл 1989](#))
- методы мотивационного анализа ([Семенов 1989](#))
- транзактный анализ ([Э. Берн 1992](#))
- групповая психотерапия ([Рудестам 1988](#), [Картохвил 1978](#))
- ориентирующая терапия ([Агеев и Лебедько 1997](#), [Лебедько и Баранник 1999](#))
- совместное (с консультантом) составление планов, этапов по реабилитации в каждой сфере жизни
- подбор литературы для чтения каждому пациенту
- задания по посещению различных культурных мероприятий (театров, филармонии, библиотек, кружков, секций, клубов общения и по клубов по интересам)

Все виды психотерапии и реабилитации проводятся с постоянным, дозированным переходом активности от терапевта к пациенту. Поддерживаются и закрепляются все формы проявления самостоятельности и инициативы.

Работа на данной фазе достаточно длительная и регулярная.

б). Фаза Реализации

Когда намечены планы и этапы всесторонней реализации в каждой сфере жизни, следующей фазой является воплощение этих планов в жизнь.

Для того чтобы это происходило, группа психотерапевтов и консультантов, осуществляющих лечение и реабилитацию, должна иметь непосредственную связь с разветвленной инфраструктурой в городе, куда входят и биржа труда, и клубы общения, самые разнообразные кружки, спортивные секции, группы по интересам, творческие объединения, общественные организации и т.п. Причем, должна быть не только информация об этой инфраструктуре, но и самая прямая связь с ее представителями, договора о сотрудничестве и взаимодействии.

Очень важной в этом разделе лечения нам представляется работа с родственниками пациента, начиная от простых форм разъяснительных бесед и обсуждения совместных планов и мероприятий и до различных форм семейной психотерапии (см. например [Бэндлер, Гриндер и Сатир 1993](#))

3) Следующая Диагностическая схема -- БПМ (Базовые Перинатальные Матрицы) ([С. Гроф 1993, 1994](#)).

Как показал С. Гроф, а вслед за ним многие исследователи и клиницисты, перинатальный период жизни человека (от зачатия до рождения включительно) можно представить в виде четырех ярко выраженных фаз, каждая из которых базируется на определенной энергетике. Далее, уже во взрослой жизни человека в различных ситуациях проявляется тенденция к доминированию той или иной матрицы, что определяет, по сути, развитие ситуации по тому или иному руслу.

Рассмотрим вкратце Матричную модель и типичный портрет пациента с наркотической зависимостью в рамках этой модели.

1-я матрица соответствует пребыванию плода в матке при нормальном течении беременности и определяется как **Океанский Экстаз, Блаженство**.

Наиболее характерные жизненные тенденции, соответствующие этой матрице: ощущение защищенности, комфорта, благополучия, удовлетворенности...

2-я матрица соответствует началу родовых схваток и определяется как **Безвыходность, Тупик**.

Эта матрица проявляется в таких жизненных тенденциях и ситуациях как потеря смысла, отчаяние, безысходность, депрессия, "ломка", бессмысленное страдание, лишения, боль...

3-я матрица соответствует открытию родового канала и движению плода по нему и определяется как **Битва за Жизнь**.

Ей соответствуют такие жизненные ситуации и тенденции как прорыв, преодоление, устремленность, борьба, длящееся волевое усилие, воля к изменениям и победе...

4 матрица соответствует переходу в новое качество. Это "смерть" плода и рождение ребенка как отдельного от матери существа. Эта матрица определяется как **Смерть--Возрождение, Трансформация**.

Жизненные ситуации и тенденции, в которых проявляется энергия этой матрицы, -- это победа, преодоление, изменение, преобразование, новое качество жизни, освобождение.

Можно уверенно сказать, что вообще особенность современного человека -- это "блокировка", своеобразная непроходимость между 2 и 3 матрицами. Все средства массовой информации, рекламы и т.п. насаждают ценности и идеалы 1 матрицы, примат принципа удовольствия. Решение жизненных проблем и задач современной массовой культурой предлагается, даже навязывается не через естественный эволюционный механизм преобразования и изменения, а через возврат к успокоенности, комфорту, к суррогатам, дающим иллюзорное ощущение защищенности и блаженства, при сохранении в старом качестве, не изменяясь внутренне.

Такая тенденция в массовой культуре находит свою кульминацию в наркомании, когда наркотик служит средством наиболее быстрого и точного воссоздания 1-во-матричных состояний. Когда действие наркотика прекращается, человек незамедлительно попадает в ад 2-й матрицы (переживая его, соответственно, столь же ярко, как и блаженство 1-ой). Стремление прорваться путем преобразования своей жизни, столкновение лицом к лицу с задачами, которые она ставит, подавлено у современного человека вообще, а у наркомана в особенности, так что возникает порочный круг:

1 матрица \rightleftharpoons 2 матрица ... 3 ... 4

Эта диагностика в случае пациентов с наркотической зависимостью настолько очевидна, что не требует, на наш взгляд, дополнительного обсуждения.

В ряде работ, обсуждающих лечение наркотической зависимости, предлагается вариант по типу "что взамен". Т.е. взамен наркотического 1-во-матричного кайфа пациента обучают достигать более-менее похожих состояний без помощи наркотиков, -- лекарственными или психотерапевтическими методами.

На наш взгляд, это лишь одна из начальных задач в терапии-реабилитации. Основная же задача -- развитие тех качеств человека, которые позволяют осуществить эволюционный прорыв в 3-ю и 4 матрицу. Активация воли, стремления к победе, преодолению, изменению, борьбе, активной жизненной

позиции, обновлению, **рождению в новом качестве.**

Иными словами, выводы, сделанные на основании этой диагностической схемы подтверждают наше первоначальное утверждение о необходимости качественного преобразования человека, изменения уровня его сознания, всего образа жизни, т.е. по сути, -- начала совершенно новой жизни -- рождения заново.

В качестве методов работы по намеченным выше стратегиям (относительно "матричной" Диагностики) используются:

1. Техники, моделирующие прохождение фаз перинатального развития:
 - Холотропное дыхание ([С. Гроф 1993, 1994](#))
 - Психофизические практики, моделирующие каждое из четырех матричных состояний
2. Создание терапевтических ситуаций, требующих длящегося усилия со стороны пациента
3. Моделирование тех или иных качеств, соответствующих энергии дефицитной для данного пациента матрицы и создание мотивации на достижение этих качеств. Ориентирующая терапия ([Агеев и Лебедько 1997](#), [Лебедько и Баранник 1999](#))
4. Тренинг дозированного риска (на более поздних стадиях терапии). Например, совместный поход команды терапевтов и группы пациентов в условиях определенной (контролируемой терапевтами) сложности и риска.
5. Домашние задания, направленные на проявление тех или иных качеств (воли к победе, преодолению). Степень сложности домашних заданий нарастает от очень простых до сложных постепенно.

Успех в выполнении домашнего задания подкрепляется положительным стимулом, невыполнение -- отрицательным стимулом, -- бихевиористический подход ([Скиннер 1974](#)).

4) Диагностическая схема Типологии "Жизненных миров" ([Василюк 1984](#))

Типология Василюка дает представление о том, как тот или иной человек, с определенным устройством своего внутреннего мира переживает критические ситуации. Не вдаваясь в подробности данной типологии, кратко

опишем четыре, выделяемые Ф.В. Василюком, типа жизненных миров и соответствующие им переживания:

1. Внешне легкий и внутренне простой жизненный мир.

Этому миру свойственна тяга к наиболее простому существованию, "радикал которой, с одной стороны, представляет собой стремление к сиюминутному удовлетворению потребности, т.е. удовлетворению, не требующему усилий и ожиданий, а с другой стороны,... стремление к такой полноте обладания предметом потребности (и даже растворенности в нем и отождествленности с ним), что реализуемое при этом жизненное отношение застигало бы собой весь горизонт психологического мира, создавая впечатление своей единственности и заставляя, таким образом, забыть о других отношениях и возможных последствиях для них этого удовлетворения" ([Василюк 1984](#)).

Соответствующий этому жизненному миру тип переживания --

Гедонистическое переживание. Этот тип переживания составляет "такие преобразующие психологический мир процессы, которые по своим целям направлены на достижение положительных и избегание отрицательных эмоциональных состояний, а по характеру своего осуществления являются нереалистическими, подчиняющимися сиюминутным импульсам, не учитывающим внешних и внутренних зависимостей жизни".

2. Внешне трудный и внутренне простой жизненный мир.

"Этому миру свойственна неуклонная устремленность к предмету своей потребности. Эта деятельность не подвержена отвлечениям, уводящим в сторону искушениям и соблазнам, субъект не знает сомнений, колебаний, вины и мук совести, простота внутреннего мира освобождает деятельность от всевозможных внутренних препятствий и ограничений. Ей известны только одни препятствия -- внешние". "... Каждый предмет осмысливается только с точки зрения его полезности или вредности всегда напряженной потребности субъекта".

"А основное правило решения постоянно возобновляющейся жизненной задачи заключается в необходимости адекватно отражать реальность, чтобы сообразно реальности строить свою деятельность". Подчинение принципу **реальности** становится для этого мира основным принципом.

Соответствующий этому жизненному миру тип переживания --

Реалистическое переживание. "Это переживание исходит из того, что реальность непреодолима, борьба с ней бесполезна и, значит, нужно принять ее такой, какой она есть, покориться, смириться и внутри заданных ею границ и пределов добиться возможности удовлетворения потребностей".

3. Внутренне сложный и внешне легкий жизненный мир.

В этом мире главный акт жизнедеятельности -- это выбор. Каждый выбор здесь трагичен, поскольку решает дилемму между мотивами. Трагизм в том, что субъект стоит перед задачей, с одной стороны, жизненно важной, а с другой стороны, логически неразрешимой. Этот жизненный мир более высокоорганизованный, чем два предыдущие и обладает неким "психологическим органом", измеряющим значимость мотивов и способным скреплять жизненные отношения в целостность индивидуальной жизни. Этот "орган" -- ценностное сознание. Высший принцип сложного и легкого жизненного мира -- **ценность**.

Переживание, соответствующее данному жизненному миру -- **ценностное переживание**. Превращения, происходящие в процессе ценностного переживания, радикально отличаются от тех, что наблюдаются в реалистическом и гедонистическом переживаниях.

Здесь, ставшее невозможным жизненное отношение или какая-то потребность, не сохраняется в неизменном виде как в гедонистическом переживании и не изгоняется как в реалистическом, а переосмысливается, переоценивается. Задача этого типа переживания -- отыскание новой ценностной системы, посредством которой можно было бы придать внутреннюю цельность и смысл бытию, открыть новые смысловые перспективы. Это переживание предполагает **отказ от эгоцентрической установки** и по своему внутреннему психологическому содержанию является **подвигом**.

4. Внутренне сложный и внешне трудный жизненный мир.

Для этого жизненного мира основой является самостроительство личности, активное созидание человеком самого себя, причем (что очень важно) не только идеальное проектирование себя, но и чувственно-практическое воплощение этих проектов и замыслов, т.е. речь идет о жизненном творчестве. Творчество и есть высший принцип данного типа жизненного мира.

Основное новообразование, появляющееся в таком жизненном мире, по сравнению с предыдущими, -- это воля.

Соответствующее этому типу переживание -- **Творческое переживание**. Задача этого переживания, кроме ценностной переоценки, -- обеспечение возможности действовать, исходя из новой ценностной позиции, реализуя и утверждая ее, действовать в условиях, которые могут конкретно противоборствовать осуществлению этой позиции. Такое действие

оказывается возможным только при достижении особого внутреннего состояния -- готовности пожертвовать любым из своих мотивов. Предельная точка творческого переживания -- состояние безусловной готовности к самопожертвованию, точнее, абсолютно очищенное от любых эгоистических фиксаций состояние, которое изнутри прорывает ситуацию безвыходности, невозможности, ибо в нем получают смысл "безрассудные", а на деле -- единственно осмысленные в подобной ситуации действия, создается психологическая возможность подвига.

Эта диагностическая схема представляется нам предельно важной, так как задача терапевтической команды -- помочь пациенту избрать оптимальный путь переживания, ведущий к излечению, в отличие от типа переживания, который постоянно использовал пациент раньше, только закрепляя свою патологию.

Если рассматривать типичный портрет наркомана исходя из данной Диагностической схемы, то, очевидно, что он относится к первому типу жизненного мира -- внутренне простому и внешне легкому, с тенденцией к гедонистическому переживанию как к единственному способу жизни. Реже (в начальных стадиях наркотической привязанности) можно обнаружить второй тип жизненного мира -- внутренне простой и внешне сложный с тенденцией к реалистическому переживанию.

С точки зрения терапии, единственная возможность излечения заключается в избрании пациентом нового пути переживания -- ценностного, а надежнее -- творческого. А так как эти типы переживаний соответствуют более сложной структуре личности (3 и 4 типу), мы вновь получаем подтверждение тому, что необходима коренная перестройка всей личности, но в дополнении к этому мы оказываемся перед фактом необходимости не просто перестройки личности, а существенного ее усложнения и обогащения.

Этот очень важный вывод предполагает, что процесс психотерапии-реабилитации должен включать в себя существенный пласт воспитательно-педагогической работы.

Методы для решения такой сложной (но абсолютно возможной) задачи очень разнообразны и включают в себя кроме психотерапевтических процедур, бесед, групповых тренингов личностного роста, арт-терапии, еще и специально создаваемые ситуации (совместные с терапевтами походы, посещения культурных мероприятий...), специальные домашние задания, начиная от чтения все более сложной литературы (художественной и специальной), посещения определенных мероприятий, клубов, секций,

творческих коллективов.

Одним из основных аспектов в ходе работы с этим уровнем задач является **волевой тренинг**.

Воля тренируется на самых простых вещах, элементарных ситуациях преодоления. В первые дни тренинга выбираются желания, от которых достаточно легко отказаться, или действия, которые не хочется совершать (но не так сильно). Постепенно задачи усложняются. Несколько месяцев регулярных тренировок (со все увеличивающейся долей самостоятельности) формирует настолько мощный механизм воли, что человек становится способен отказаться от сильнейших привязанностей волевым актом.

Тренировка идет в двух направлениях:

а) не хочу => делаю

б) хочу => не делаю

(Естественно, в ситуации "хочу => не делаю", выбираются не жизненно важные функции, а те или иные вредные или бесполезные привычки, фиксации внимания и т.п., а в ситуации "не хочу => делаю", выбираются действия, полезные для пациента и окружающих).

Развитие воли должно быть сосредоточено равномерно по 6 аспектам воли:

- решительность,
- настойчивость (длящееся усилие),
- инициативность,
- мужество,
- целенаправленность,
- дисциплинированность.

Для закрепления результатов составляется таблица, где пациент ежедневно отмечает свои волевые акты, обращая внимание в последующие дни на те участки таблицы, которые остались незаполненными, так чтобы развитие было равномерным.

	Хочу => не делаю	Не хочу => делаю
Решительность	+ + + +	+

Настойчивость	+ +	
Инициативность	+	
Целенаправленность	+ +	+
Мужество		+ +
Дисциплинированность	+	+ + + + +

Вообще, в ходе всей реабилитационной работы пациент работает с большим количеством специальных дневников самоконтроля, отражающих его состояние, самочувствие, успехи в тех или иных тренировках и многие другие показатели. Волевой тренинг и работа с дневниками самоконтроля решают еще одну задачу: развитие осознания. Пациент начинает осознавать очень многие моменты своей жизни, которые были ранее автоматическими. Регулярный тренинг приводит к повышению осознанности жизни в целом.

Очень важным также при решении задач, относящихся к Диагностической схеме типов жизненных миров, является воспитание и подкрепление у пациентов альтруистических мотивов. Этому способствуют методы Ориентирующей психотерапии, групповой работы и специально создаваемые жизненные ситуации.

5) Диагностическая схема *Уровней (Пространств) Восприятия* ([Агеев и и Лебедько 1997](#), [ВНЕО. Тексты... 1997](#)).

Рассмотрим некую упрощенную модель восприятия. Представим, для наглядности, восприятие человека в виде нескольких ступенек или Пространств, каждое из которых является схемой регистрации и интерпретации сигналов от внешнего/внутреннего мира. Более высокие ступени восприятия (более высокие Пространства) отличаются от нижележащих нарастающей сложностью, многосвязностью и новым качеством.

Если идти сверху вниз, то вначале мы имеем Идеал, -- то, что определяет основной вектор жизни человека. Идеал оформляется и конкретизируется

через иерархию Ценностей. Ценности, в свою очередь, определяют События, которые с человеком случаются. События, отражаясь в образном и логическом Мышлении, задают картину мира, т.е. тот "мир", в котором человек считает, что живет. В следующем Пространстве восприятия все выше перечисленное находит чувственное, эмоциональное отражение, что ниже обретает форму разнообразных ощущений. И, наконец, трехмерной проекцией всех выше перечисленных Пространств является Физическое тело человека с его органами и системами.

Идеал
Ценности
События
Мышление
Эмоции
Ощущения
Физическое тело

В жизни гармоничного человека Идеал задает поток упорядоченных системой Ценностей Событий, что находит адекватное отражение в Мышлении, Эмоциях и Ощущениях, сопровождаясь соответствующими процессами в теле. И все вместе это осознается как процесс раскрывающегося смысла, реализации Идеала, воплощения его в материальный мир.

Далее мы приводим таблицу, в которой отражен слева типичный портрет наркомана в этой Диагностической схеме, справа -- портрет гармоничного здорового человека, посередине -- стратегии и методы психотерапевтической и реабилитационной работы.

Пространств о восприятия	Патология (в случае наркомании)	Стратегии терапии- реабилитации	Гармоничное состояние
Идеал	Полное отсутствие осознания смысла жизни и идеала. В худшем случае --	Ориентирующая терапия (Лебедько). Логотерапия, Экзистенциальный анализ (Франкл)	Осознание смысла своей жизни, своего предназначения

	неосознанное служение идеалу наркотика.		
Ценности	<p>Притупленность всех человеческих ценностей.</p> <p>Доминирующая, подчиняющая себе все ценность удовольствия и негативная ценность страха наказания (ломки).</p>	Ориентирующая терапия. Групповая терапия. Контакт с людьми, живущими здоровой полноценной жизнью + специальные ситуации с командой терапевтов.	Развитая и осознанная система ценностей. Наличие цели в жизни, множество сопутствующих задач.
События	<p>Бедный спектр событий. Отсутствие интересов и увлечений.</p> <p>Серая, тусклая жизнь (вне наркотиков). Часто человек не может помыслить, чем занять время.</p>	<p>Разнообразные домашние задания.</p> <p>Ситуационные тренинги.</p> <p>Совместные ситуации с командой терапевтов.</p>	<p>Наполненная, активная, деятельная жизнь.</p> <p>Гармоничный режим активной работы--отдыха.</p> <p>Широкий круг интересов.</p>
Мышление	<p>Деградация мышления (особенно логического). "Мифы" восприятия. Мир плоский и серый. Многочисленные искажения</p>	<p>Техники НЛП (метамоделирование), Транзактного Анализа, Гештальт-терапии, Когнитивной терапии.</p> <p>Рациональная</p>	<p>Развитое мышление, адекватно отражающее ситуацию.</p> <p>Гибкая картина мира.</p> <p>Легкая</p>

	<p>картины мира.</p> <p>Наличие определенной мифологии, объясняющей, почему "Я употребляю наркотик".</p> <p>Множество противоречий типа: "Наркомания неизлечима -- я легко вылечусь" и т.п.</p>	<p>терапия.</p> <p>Литература (специальный подбор)</p>	<p>обучаемость новому.</p> <p>Отсутствие стереотипов.</p>
Эмоции	<p>Бедный спектр эмоций (особенно тонких эмоций: красоты, любви, радости, сострадания). Развита только полюс кайф--депрессия.</p> <p>Отсутствует возможность воспринимать эмоциональную красоту и многообразие мира, переживать глубокие человеческие отношения (дружбу, альтруизм)</p>	<p>Психоэмоциональные техники.</p> <p>Личностно--ориентированная терапия (Роджерс).</p> <p>Групповая терапия.</p> <p>Арт-терапия.</p> <p>Психодрама. Имаготерапия.</p> <p>Медитативные техники.</p>	<p>Развитый спектр переживания и выражения эмоций.</p> <p>Способность к глубоким чувственным отношениям, яркому переживанию окружающего мира.</p>

Ощущения	<p>Истощенность. Нет тонуса.</p> <p>Ипохондрия (без наркотика).</p> <p>Нестабильность внимания.</p> <p>Развитая чувствительность к различным раздражителям.</p> <p>Весьма подвижное восприятие в этом диапазоне (и открытое!!!)</p>	<p>Психофизические упражнения.</p> <p>Його-терапия.</p> <p>Телесная терапия.</p>	<p>Расслабленность</p> <p>Тонус.</p> <p>Гибкость ощущений, их разнообразие.</p> <p>Способность к саморегуляции и гармонизации.</p>
Физическое тело	<p>Различная степень разрушения почти всех систем организма (особенно -- кости, нервная система, печень, почки, железы, сердечно-сосудистая система)</p>	<p>Физические упражнения</p> <p>Тренировки. Система питания. Траволечение.</p> <p>Телесная терапия. Психофизические упражнения для развития и восстановления каждой системы организма.</p>	<p>Здоровый организм.</p> <p>Согласованно работают все системы.</p>

Следует особо отметить, что патология во всех Пространствах восприятия является не только следствием, но и причиной наркомании, поддерживающей зависимость к наркотикам благодаря рассмотренному уже механизму обратной связи (см. [Диагностическую схему 1](#)).

Поэтому параллельные комплексные мероприятия, обозначенные в среднем столбце таблицы столь же необходимы, как и все остальное, касающееся предыдущих Диагностических схем.

б) Диагностическая схема Отношений "Человек--Мир"
([Данченко 1987](#), [Лебедько 1997](#))

Схема основана на модели, представляющей человеческий организм как совокупность чакр ([Подводный 1993](#)), центров ([Данченко 1987](#)) или Объемов ([Лебедько 1997](#)). Наиболее близок современным представлениям язык Объемов, которым мы и воспользуемся.

Мы выделили семь Объемов: Копчиковый, Мочеполовой, Пупочный, Грудной, Горловой, Межбровный и Макушечный. Объемом мы будем называть совсем не обособленную часть физического тела, а интегральную совокупность некоторых качеств организма, более или менее ярко выраженных через определенную часть тела. (Привязка к физическому телу поможет нам далее в разработке психофизических комплексов упражнений для активизации или, наоборот, торможения тех или иных качеств).

В сознании Объем -- переживание некоторого диапазона всевозможных психофизических состояний определенной "окраски". Каждый Объем определяет некоторый спектр эмоциональных состояний, направленность мышления, сложную комбинацию системы мотивов и ценностей, определенный диапазон социо-культурных и исторических факторов, а также факторов природных, климатических, планетарных и т.д. мы не останавливаемся на объяснении связи всех этих факторов с сегментами физического тела (это проделано в работах [Агеева и Лебедько 1997](#), [Лебедько 1997](#), [Данченко 1987](#), [1994](#)).

Далее за основу мы берем тот факт, что Объемы, как функциональные психофизические сегменты человека осуществляют основные формы его взаимодействия с миром, так что, исходя из Диагностики Отношений человека с Миром, мы можем судить о состоянии того или иного Объемы, и наоборот. Соответственно, работая при помощи психофизических упражнений и техник с определенным Объемом, мы, тем самым, прорабатываем основные сферы отношений с Миром, а именно ([Данченко 1987](#), [1994](#), [Лебедько 1997](#)):

1. Отношений **выживания** (*Копчиковый* Объем). Диагностику этих отношений (соответственно и Объемы) мы можем определить по всему, что связано с функциями выживания и становления (физического, социального, духовного).

2. Отношений **взаимодополнения (партнерства)** (в том числе, отношений между полами) (*Мочеполовой* Объем). Все, что связано с функциями и ситуациями изобилия, многообразия, процветания, взаимосвязи и дополнения.
3. **Операциональных (деловых)** отношений (*Пупочный* Объем). Все, что связано с упорядочиванием, структурированием, подчинением--командованием, планированием, порядком.
4. Отношений **тождества (Любви и Сострадания)** (*Грудной* объем). Все проявления человека в высоких формах любви, сопереживания, альтруизма, сострадания.
5. **Формообразующих (творческих)** отношений (*Горловой* Объем). Все, что связано с творческим проявлением человека (не обязательно в специальных видах творчества--искусства, но и в творческом отношении к жизни и любому делу вообще).
6. **Отношений научения ("Знания и Умения")** (*Межбровный* Объем). Все, что связано с усвоением и использованием разнообразного опыта, синтеза различных граней опыта и знаний.
7. **Идеологических** отношений (*Макушечный* Объем). Все, что связано с осознанием трансперсональности собственной жизни, выходом за пределы своей личности, служения миру.

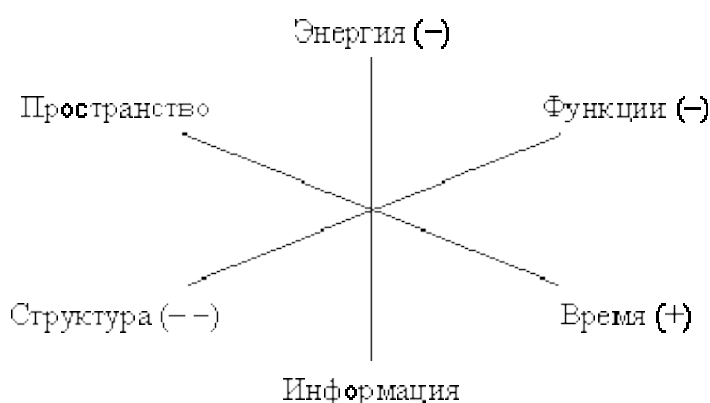
Очевидно, что у типичного пациента с наркотической зависимостью все Объемы неразвиты и находятся в патологическом состоянии. Еще раз важно упомянуть, что патология состояния Объемов и, соответственно, отношений с Миром является, благодаря многосторонним обратным связям, как причиной, так и следствием наркомании.

Необходимость работы в этой плоскости также очевидна, как и во всех остальных. Причем, в первую очередь, в начале терапии необходимо сделать некоторый акцент на стабилизации функции **выживания**, которая у наркоманов атрофирована (что, собственно, и является основной причиной деградации и смерти). Хотя, естественно, работа должна вестись по сбалансированному развитию всех Объемов.

Для работы в этой плоскости также применяются самые разнообразные методы. Это и Ориентирующая психотерапия, и создание специальных ситуаций (в т.ч. ситуаций контролируемого, дозированного риска -- для развития функций **выживания**). Основным же инструментом здесь являются разнообразные, подбираемые индивидуально, комплексы психофизических упражнений.

7) Диагностическая схема *Аспектов* ([Мамкин и Кельмович 1995](#))

Эта схема отражает взаимосвязь патологии с избытком или недостатком проявлений в жизни пациента фундаментальных категорий человеческого бытия: пространства--времени; энергии--информации; структуры--функции:



Типичный Диагностический портрет наркомана (см. рис.): как правило, -- избыток свободного времени, которое "некуда девать", которое никак не структурировано (дефицит структуры), дефицит функций, которые также никак не структурированы. Ярко выраженный дефицит энергии. Явный недостаток информации (так, информация о том, чем можно заняться, увлечься, что вообще есть в мире, многообразие форм и возможностей -- как бы стерта в сознании типичного наркомана).

Исходя из такой Диагностики, работа в этой плоскости строится по следующим направлениям:

- Дефицит энергии восполняется регулярными психофизическими, психоэнергетическими тренировками и самостоятельными упражнениями.
- Дефицит информации восполняется путем целенаправленных бесед, подбора литературы для чтения, посещением различных мероприятий и т.п.
- Навыки структурирования нарабатываются путем разнообразного планирования и решения самостоятельных задач...
- Избыток неструктурированного времени исчезает, т.к. терапия предполагает постоянную занятость человека либо в консультации, либо в выполнении домашних заданий и разнообразных функций (тем

самым снимается и дефицит функций).

Гармонизация по системе Аспектов вносит очень важную закрепляющую положительную обратную связь в формирование системы гармоничной жизни (также, впрочем, как и все другие плоскости работы).

8) Диагностическая схема "*Культурно-информационные миры*" ([Данченко 1990](#), [Калинаускас 1995](#)).

В каждом человеке, как неотъемлемой части всего человечества, потенциально содержится совокупность всех человеческих отношений. При этом определенные отношения к отдельным людям или группам людей чаще проявляются во внимании (как через реальные контакты, так и через контакты внутренние -- воспоминания, внутренние диалоги и т.п.). Часть таких отношений осознается, большая же часть остается неким неосознанным фоном.

Систему отношений, которая формирует некий каркас во внутреннем мире человека, можно назвать его культурно-информационным миром. Это могут быть отношения к реальным и идеальным людям (идолам, Богам, персонажам, фетишам, живым или давно умершим), олицетворяющим целый культурно-информационный слой -- совокупность людей, имеющих общие идеалы и ценности. Во внешнем окружении человека -- его референтной группе -- все это отражается напрямую, -- для него имеют значимость люди, представляющие тот же культурно-информационный мир. При этом частота и длительность внешних контактов еще ни о чем не говорит. Так, например, родители, которых наркоман видит ежедневно по несколько часов, могут не иметь для него большой значимости и находиться на периферии его внимания, в центре же внимания, к примеру, находится поставщик героина, с которым наркоман реально контактирует лишь несколько минут в неделю. Причем, это может быть и неосознаваемый факт, -- сам пациент будет отрицать это и говорить о своей всяческой неприязни к наркоманам и поставщикам, -- но не по словам, а по делам определяется Диагностика.

Иными словами, если говорить о проблеме наркомании, существует достаточно жесткая "**система**", которая крепко держит человека в зависимости от наркотика. (Выражаясь языком оккультизма -- жесткий Эгрегор ([Данченко 1990](#), [Подводный 1992](#))). Культурно-информационный мир, от которого не спрятаться (ибо он **внутри** и притягивает внешнее свое

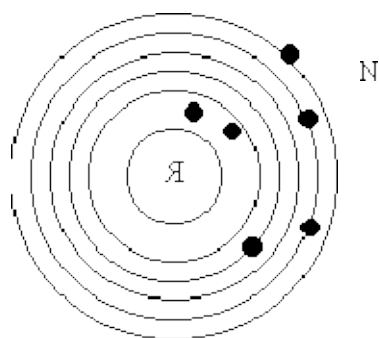
отражение), который безошибочно узнает и искусит "своего" в любой точке планеты ("рыбак рыбака видит издалека"). Трудно сказать -- существует ли сам по себе отдельный "наркоманский" культурно-информационный мир, -- скорее всего сердцевина его подобна черной дыре, откуда напрямую уже не вырваться, а вот метастазы наркотических идеалов поразили многие, казалось бы "безобидные" культурно-информационные миры, например, определенную часть "тусующихся на дискотеках студентов" и т.п. Очень большое число культурно-информационных миров сейчас находятся в непосредственной опасной близости от наркотических идеалов и ценностей.

Пока не разработана какая-то специальная типология культурно-информационных миров, хотя попытки в этом направлении делались ([Калинаукас 1995](#)). Поэтому здесь Диагностика индивидуальна.

Важно понимать, что **излечение от наркотика без выхода человека из привычного ему культурно-информационного мира невозможно**. Внутренне этот выход сопровождается преобразованием личности, внешне следствием будет резкое изменение круга знакомых и близких людей. Выход в другой культурно-информационный мир крайне сложен, так как старый мир необычайно крепко "держит" человека большим количеством взаимосвязей и отношений.

Подход к лечению наркоманов с этой стороны дает нам еще одну плоскость, в которой мы можем, во-первых, увидеть новые механизмы такого явления, как наркотическая зависимость, а с другой -- найти дополнительные ключи для выхода из патологической зависимости. Одним из таких ключей является метод "пересмотра" своего культурно-информационного мира, завершение в нем "незавершенных гештальтов" и выведение в Доминанту качественно новых отношений с новыми людьми или качественно нового уровня отношений с прежним окружением (что тоже возможно, хотя и гораздо сложнее). Техника такого пересмотра может базироваться на известной психодраматической и психосинтетической технике "Социальный атом" ([Ассаджиоли 1994](#)).

Краткое описание практики пересмотра культурно-информационного мира: рисуется "Социальный атом" (см. рис.) (или просто делается список), где по степени частоты контактов (**реальных и мысленных**) располагаются люди, проявляющиеся во внешнем мире пациента и отраженные в его внутреннем мире.



Список делается не за один день, а за достаточно долгий период времени. В него входят все новые и новые (забытые и вновь осознанные) люди и категории людей, осознаются все новые и новые уровни и порядок значимости их. Если поначалу пациент вспоминает десяток--другой значимых людей, то по мере развития самосознания в "социальный атом" начинают входить такие категории людей, как, например, бывшие одноклассники, соседи, дальние родственники, прохожие, пассажиры, девушки, юноши, старики. Эти категории все более дифференцируются, и ко всем этим людям и категориям осознается определенное отношение. Иногда, таким образом, абсолютно неожиданно проявляются вытесненные конфликты, резкая неприязнь и, наоборот, привязанность.

Личность обогащается. В идеале дело доходит до того, что человек начинает осознавать свою сопричастность **всему** человечеству (конечно, не лично каждому человеку, а хотя бы некому социальному слою, ярким представителям социальных слоев, идолам, богам, персонажам книг и фильмов, политическим и религиозным деятелям и группировкам, деятелям науки и культуры, историческим героям... Далее это дифференцируется насколько возможно). Человек начинает себя осознавать как сложную совокупность бесчисленных отношений.

В дальнейшем осознается качество отношений к каждому человеку или группе людей:

- частота реальных и мысленных контактов,
- эмоциональное отношение, начиная от простейшего: удовлетворенность/неудовлетворенность, вплоть до осознания тонких эмоциональных нюансов по отношению к данному человеку/категории людей,
- определяется важность и значимость данного человека/категории людей,
- степень привязанности или конфликтности и многие другие факторы.

К этому моменту "социальный атом" (вернее, уже "социальная вселенная") пациента становится очень многоуровневым и многосвязным. Часть связей и

отношений к некоторым людям/категории людей оказывается достаточно гибкими и свободными, другая же часть отношений определяется более жесткими связями, которые и определяют **Доминанту** внутреннего мира личности.

Интересно, что при подробнейшем анализе в "социальный атом" каждого человека, так или иначе, войдут почти все категории людей, но у каждого будет свой порядок приоритетов, своя палитра эмоциональных отношений и свои жесткие связи. Люди с похожей структурой "социального атома" принадлежат к одному "культурно-информационному миру".

Именно жесткие связи в полученной схеме представляют нам картину культурно-информационного мира. С этими отношениями и строится терапевтическая работа с помощью различных техник (гештальт-терапии, медитативный пересмотр, ситуативный тренинг, ролевая игра и т.п.), в результате которой завершаются незавершенные гештальты, прорабатываются конфликты и привязанности.

На основании такой работы появляется платформа для возникновения совершенно новой структуры личности (перехода в новый, более высокоорганизованный культурно-информационный мир), что и является необходимым условием излечения от патологической зависимости.

9) Диагностическая схема "*Лестница мотивации*" (Лебедько 1999).

Важнейшим условием для того, чтобы произошло любое изменение, является наличие **мотивации** к этому изменению. Иными словами, необходимо очень и очень сильно захотеть. По существу, если человек очень сильно хочет (по настоящему) измениться, то ничто уже не сможет ему помешать. Так что, работа, направленная на формирование мотивации, является самой важной частью терапии-реабилитации.

Нам можно возразить, что, дескать, пациент, пришедший за помощью, и так уже хочет измениться и вылечиться, -- иначе бы он не пришел. На это можно ответить, что по нашему опыту, большинство пациентов скорее думают, что хотят или же желание это, хотя и есть, но на самом деле никоим образом не может сравниться с другими желаниями личности, подчас противоречивыми и большей частью неосознанными. Человеческие желания, как правило,

противоречивы и подобно лебедю, раку и щуке из басни Крылова тянут в разные стороны, так что никакого результата не происходит. Если же какое-то желание начинает существенно преобладать, доминировать, -- сразу же происходит внутренний выбор, что незамедлительно отражается в поступках, которые меняют всю жизнь человека. Таким образом, задача психотерапии (если смотреть с точки зрения этой Диагностической плоскости) -- проявить, поддержать и укрепить желание (мотивацию) человека на гармонизацию своей жизни.

Характерно, что на пути этого желания у большинства людей встают совершенно однотипные барьеры, которые мы объединили в Диагностическую модель "Лестница мотивации" ([Лебедько 1999](#)) ([см. рис. ниже](#)).

1) Первую ступеньку Лестницы можно условно назвать "**А мне и так более-менее хорошо**". Одолеть эту ступеньку не так-то просто -- ведь при этом придется столкнуться с тем, что не так уж все хорошо, что внутри -- сплошные противоречия и хаос, отсутствие свободы и обусловленность. Чтобы взобраться на эту ступеньку, необходимо набраться смелости -- ведь придется лишиться многих иллюзий, поддерживающих состояние самоуспокоенности и, что называется, "упасть лицом в грязь", прежде всего, в своих собственных глазах.

На этой ступеньке расположился типичный наркоман, который не видит (не хочет видеть) проблемы в наркотической привязанности. Понятно, что такие люди за помощью не обращаются -- для них сама проблема **неочевидна!**

2) Далее следует ступенька "**Проблемы есть, все плохо, но так и должно быть**" (такая уж у меня судьба, время, страна... , да и вообще, все вокруг так живут). На этой ступеньке прозябает наркоман, осознавший свою проблему, но укоренившийся в убеждении, что ее бесполезно решать, так как, во-первых, все вокруг -- наркоманы, а во-вторых, -- излечиться, дескать, невозможно. Такой человек тоже вряд ли обратится за помощью, разве что время от времени может ложиться в больницу, чтобы в очередной раз "переломаться", а затем благополучно возобновить прием наркотика, не имея даже надежды на что-то большее.

3) Следующая ступенька "**Проблема осознается, так не должно быть, но я не вижу альтернативу**". Множество искажений восприятия (все более и более сужающий перспективу в результате употребления наркотиков) мешают человеку осознать огромное количество альтернатив, других вариантов жизни, иных ценностей и идеалов, чем, например, наркотические, осознать богатство и неисчерпаемость возможностей окружающего мира.

Чтобы одолеть эту ступеньку, необходимо существенное расширение горизонта восприятия и проработка искажений, укрепившихся в сознании, в результате чего проявится некий проблеск надежды.

На этой ступеньке находится подавляющее большинство наркоманов, сознательно обратившихся за помощью и утверждающих, что они хотят вылечиться (при подробном опросе выясняется, что они имеют очень смутные, ненадежные или иллюзорные представления о том, как жить без наркотика).

4) Далее идет ступенька "**Альтернатива есть, но многое (или все) зависит не от меня**". То есть, вроде бы хочу, но держат меня со всех сторон -- условия жизни, люди, обстоятельства (сила привязанности и панический страх ломок...). Здесь необходимо осознать, что на самом деле никто и ничто на тебя самого не влияет. Следствием такого осознания будут не просто слова, а принятие ответственности.

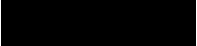
Очень редко люди, особенно долгое время употреблявшие наркотики, добираются до этой и вышележащих ступенек, так что помочь им в восхождении по этим ступенькам -- задача терапевтической-реабилитационной работы.

5) Следующая ступенька "**У меня не хватает сил (энергии, возможностей, каких-то качеств)**". На этом этапе нужен доступ к внутренним энергетическим ресурсам, и целенаправленные действия по накоплению этих самых сил, качеств, возможностей.

6) Ступенька "**Хочу, но не знаю как**". Здесь уже человек готов и работа заключается в выборе конкретного нового русла жизни, конкретных действий по преобразованию себя, своей судьбы. На этой ступеньке сделать их он уже сможет (подготовлены уже все внутренние условия и мобилизованы ресурсы). Если те же самые действия подсказать человеку, находящемуся на нижележащих ступенях, тот просто не будет (или не сможет) их делать. Здесь же, найдя требуемую информацию и, реализовав ее, человек подходит к рубежу, за которым созревшая Мотивация воплощается в действии и жизнь **реально меняется** -- в этом магия мотивации.

7) Итак, последняя ступень -- "**Хочу и Делаю, Меняюсь!**"

Хочу и
Делаю,
Меняюсь

Хочу, 



Для прохождения вверх по каждой следующей ступеньке разработаны конкретные технологии, методы, учебные ситуации и т.п.

Данная Диагностическая схема важна для нас тем, что дает нам возможность определить временную последовательность терапии, ее этапы, увязать всю предыдущую информацию, результаты анализа всех выше перечисленных схем в конкретную последовательность действий.

Итак, будем исходить из Диагностики типичного пациента, находящегося в наркотической зависимости. Согласно нашим наблюдениям, как уже было отмечено, -- это ступенька "нет альтернативы" (чуть реже -- "Все плохо, но так и должно быть").

Таким образом, первая задача терапии и реабилитации -- осознание альтернативы. Прделав этот шаг качественно, неформально, получив достоверные результаты по наблюдениям за сознанием и поведением пациента, далее идет последовательное восхождение выше на каждую следующую ступеньку, до самого верха, т.е. до полного сознательного изменения, которое и будет излечением.

Этапы терапии-реабилитации.

Исходя из проведенного Диагностического анализа общей ситуации, мы построили схему терапии-реабилитации, основные параметры которой могут существенно варьироваться, в зависимости от конкретной индивидуальной ситуации. Нами выделено четыре основных этапа. Внутри каждого этапа предусмотрена тщательная детализация, с четким представлением совокупности решаемых каждым терапевтическим действием задач, их последовательности и взаимосогласованности. Данная схема включает в себя возможность гибко осуществлять всю сложную и многогранную палитру мероприятий, с учетом выбора тех конкретных техник, технологий и методов, которые параллельно решают большое количество вопросов.

Итак, мы выделяем следующие этапы:

1. **Этап интенсивной терапии.** (Стационарно или амбулаторно, средняя продолжительность -- 3 недели)

Задачи этого этапа -- снятие физической зависимости, детоксикация, очищение и восстановление организма, снятие напряжения и страха и, самое главное, -- подготовка платформы для изменения личности -- ориентация и мотивация пациента на обновление и преобразование всей своей жизни.

2. **Этап реабилитации.** (Идеально проведение этого этапа на загородной базе, средняя продолжительность -- 3 недели)

Задачи этого этапа -- анализ и изменение основных особенностей восприятия, реакций, поведения, отношений, образа жизни, мировоззрения. На этом этапе происходят основные изменения в системе ценностей пациента, которые на следующих этапах будут закрепляться, детализироваться и воплощаться в самостоятельной жизни.

3. **Этап ситуативного тренинга.** (В идеале -- небольшое совместное путешествие -- поход группы из 4-5 пациентов и команды из 3-4 терапевтов, включающий разнообразную программу -- активный отдых, культурные мероприятия, экскурсии и т.п., небольшой поход с преодолением сложных ситуаций; все это на фоне продолжения постоянной терапии, воспитательной работы. Средняя

продолжительность -- 3 недели)

4. **Этап поддержки и социализации.** (Без отрыва от нормальной «городской деятельности». Этот этап включает многочисленные мероприятия по социализации, с подключением имеющейся в городе инфраструктуры; поддерживающую индивидуальную (1-2 раза в неделю) и групповую (1 раз в неделю) терапию, различные виды клубной работы, активизацию у пациента тенденций ксамопознанию, саморазвитию, самовоспитанию. Средняя продолжительность -- от полугода до нескольких лет)

Основные задачи этого этапа -- социализация, помощь в формировании нового круга интересов, увлечений, круга общения, поддержка продолжающихся изменений личности, помощь в решении текущих жизненных ситуаций.

Исходя из нашего опыта индивидуальной и групповой психотерапии, психокоррекционной, педагогической и воспитательной работы, коренная перестройка личности **надежно** закрепляется через пять-семь лет. Предложенная нами схема терапии-реабилитации дает импульс, необходимый для того, чтобы начатые в ее процессе изменения нарастали и поддерживались все эти пять-семь лет.



Терапевтическая команда.

Особое внимание следует уделить тому факту, что для реализации предложенной нами схемы терапии-реабилитации необходима терапевтическая команда. Отдельному терапевту, даже очень квалифицированному, -- не справиться с огромным объемом работы. Даже по времени, особенно в период интенсивной терапии, когда требуется ежедневная и чуть ли не круглосуточная работа.

Основные требования к команде терапевтов:

1. Высокий уровень профессионализма;
2. Владение широким диапазоном практик и методов;
3. Безупречный образ жизни (!!!);
4. Системное видение;
5. Структурированность команды (наличие лидера, иерархии, структуры распределения функций);
6. Доминирующий мотив работы -- творческая самореализация и самопознание через выполнение сложных функций и взаимодействие друг с другом;
7. Сплоченность команды (это не просто группа специалистов, работающая в одном учреждении, а команда, неоднократно проверенная сложными ситуациями, с готовностью к взаимопомощи, взаимозаменяемости, предельной согласованности действий; это -- люди, понимающие друг друга без слов, работающие в одной мировоззренческой и терапевтической парадигме; иными словами -- команда зрелых людей, живущих одними идеалами и ценностями).

Такие команды существуют, хотя они и немногочисленны. Подготовка таких команд -- тема отдельной работы (методология такой подготовки также существует).

Методология формирования профессионализма и мастерства (п.п.1--4) представлена в работе ([Лебедько 1995](#)).

В нашей работе показано не только то, что процесс изменения личности и освобождения от наркотической зависимости сложен, длителен и труден, но **впервые** последовательно и поэтапно мы доказываем, что сам этот процесс **возможен** и существует все необходимое для него с нашей стороны.

Заключение

Еще несколько штрихов, для читателя, проявившего интерес к тому видению ситуации, которое мы предлагаем:

Во-первых, если у вас есть намерение измениться, то полезно знать

информацию о том, что необходимо делать, чтобы это намерение не угасло под грузом бытовых проблем, а напротив, разгоралось бы все ярче и мощнее. Конкретных рецептов мы не даем, но приводим схему -- "Фазы формирования намерения (а также потребностей, привычек...), которая может дать подсказку к конкретным действиям:

Фазы формирования намерения:

1. Осознание необходимости;
2. Формирование желания (на основе "*сцепления мотиваций*", то есть, даже то, что сложно и не вызывает явного желания поначалу, можно соединить, "сцепить" с чем-то желаемым, с некой положительной мотивацией, "разбавить" положительным эмоциональным фоном);
3. Многократное волевое повторение с внешней опорой (группа единомышленников, Учитель, значимые люди...);
4. Многократное регулярное повторение без внешней опоры;
5. Повторение с минимальными усилиями;
6. Намерение к изменению и освобождению стало доминирующим.

(Здесь внимательный читатель мог отметить, что, если следовать данной схеме, у нас появляется новая привязанность -- привязанность к свободе. В этом нет парадокса и двусмысленности, а есть четко работающий механизм: мы можем освободиться от частных привязанностей, только формируя Доминанту новой, осознанно выбранной привязанности, которая затмевает собой все остальные, полностью их "обесточивая". В этом проявляется глубина и сила Принципа Доминанты ([Ухтомский 1937](#)). Далее дело обстоит так: как только сформировалась мощная "Доминанта бездоминантности", Намерение на Освобождение, человек перестает быть привязанным к чему угодно, в том числе и к самой свободе. Только умом это уже не понять.)

7. Освобождение, Постигание и Преображение.

(Путь от первой фазы к седьмой может занять не один год, скорее -- не один десяток лет).

Во-вторых, важно помнить несколько основных принципов работы:

1. Постепенность нагрузок и усилий (во избежание срыва);
2. Нарращивание нагрузок и усилий;
3. Регулярность нагрузок и усилий (избегать перерывов в работе).

И, наконец, еще несколько слов, касающихся уже столь часто

упоминавшегося в нашей статье трансперсонального взгляда на ситуацию. Трудно не увидеть, что мы живем в умирающем, пораженном метастазами фальшивых идеалов и ценностей социуме. Ситуация, если смотреть с этой точки зрения, -- практически безнадежна. Но стоит появиться в нескольких местах (по территориальному и другим принципам) десятку--другому команд из очень крепких и трезвых людей, устойчиво--безупречно реализующих новые идеалы и ценности, (это могут быть совсем немногочисленные команды -- буквально из нескольких человек -- такая маленькая команда может быть устойчивее от поражающего воздействия доминирующих в социуме фальшивых идеалов), как, согласно тому же Принципу Доминанты, вокруг этих команд могут возникнуть новые "центры кристаллизации", способные оживить, наполнить жизнеутверждающими ценностями и умирающий социальный организм, и конкретных людей.

Литература

1. Агеев В. Лебедев В. "Осознание. Мастерство. Психотерапия?" СПб. 1997.
2. Андреева Г.М. Богомолова Н.Н. Петровская Л.А. "Современная социальная психология на Западе". М. Изд.МГУ. 1978.
3. Ассаджиоли Р. "Психосинтез" Воронеж 1994.
4. Берн Э. "Игры, в которые играют люди...". СПб. 1992.
5. Бернер К. Плог У. "Заблуждаться свойственно человеку"/Вопросы наркологии 3, 1997.
6. Брюк Е.А. "Проблемы детской и подростковой наркологии", в кн. "Нарушения поведения у детей и подростков" М. 1996.
7. Бэндлер Р. "Используйте свой мозг для изменений". Воронеж 1995.
8. Бэндлер Р. Гриндер Дж. Сатир В. "Семейная терапия" Воронеж 1993.
9. Василюк Ф.Е. "Психология переживания". М. Изд. МГУ. 1984.
10. "ВНЕО. Тексты из архивов эзотерической Школы. Книга 1". СПб. 1997.
11. Гриндер Дж. Бэндлер Р. "Формирование транс". Воронеж 1996.
12. Гроф С. "За пределами мозга". М. 1993.
13. Гроф С. "Области человеческого бессознательного" М. 1994.
14. Данченко В. "Психологический механизм духовного развития". Киев 1987.
15. Данченко В. "Эгрегоры и эгрегориальность". В сб. Вопросы саморазвития человека". Киев 1990.
16. Данченко В. "Общие вопросы теории "чакр"...". СПб.1994.

17. Джеймс и Джонгвард (James & Johnngvard "TA Today" N.Y. 1982)
18. Исурина Г.Л. "Групповые методы психотерапии и психокоррекции". Л. Медицина 1983.
19. Калинаускас И.Н. "Жить надо!" СПб. 1995.
20. Карвасарский Б.Д. "Психотерапия". М. Медицина 1985.
21. Карвасарский Б.Д./под. ред. Сборник "Групповая психотерапия". М. Медицина 1990.
22. Картохвил С. "Групповая психотерапия неврозов". Прага. Авиценум. 1978.
23. Киппер Д. "Клинические ролевые игры и психодрама". М. 1993.
24. Косянинский В. "Алкогольная зависимость: болезнь или порок?"/ Вопросы наркологии 4, 1997.
25. Лебедько В. "Этапы реализации педагогического Мастерства". В сб. "Интегративные основы пед. Мастерства". СПб. 1995.
26. Лебедько В. "Психотерапия и массовое сознание"/ Психология. Минск 1996.
27. Лебедько В. "Профессионализм и Самопознание". СПб. 1997.
28. Лебедько В. "Мотивация. Творчество. Предназначение"/ Субъект и Реальность СПб. 1999.
29. Лебедько В. Баранник О. "Ориентирующая Психотерапия". СПб. 1999
30. Леви В. "Искусство быть собой". М. 1993.
31. Мамкин П. Кельмович М. "Беседы о Методологии Культуры Информации" (рукопись) 1995.
32. Подводный А. "Тонкие тела". Воронеж 1992.
33. Подводный А. "Возвращенный оккультизм или Повесть о "тонкой семерке"". Воронеж 1993.
34. Пятницкая И.И. "Клиническая наркология" М. Медицина 1975
35. Рожнов В.Е. "Психотерапия алкоголизма и наркомании". В кн. "Руководство по психотерапии". Ташкент 1979.
36. Рубинштейн С.Л. "Основы общей психологии" М. 1946.
37. Рудестам Д. "Групповая психотерапия". Л. 1989.
38. Семенов С.П. "Аутентикация". СПб. 1989.
39. Сидоренко Е.В. "Психодраматический и недирективный подходы в групповой работе с людьми". СПб. 1992.
40. Скиннер Б. (Skinner В. "About behaviorism" N.Y. 1974.
41. Франкл В. "Человек в поисках смысла". М. 1989.
42. Ухтомский А.А. "Учение о Доминанте". Л. 1937.