

УДК 616.89-008.441.33-08

А.Н.Ларин

## ТРАНСКОРПОРАЛЬНЫЙ РЕИМПРИТИНГ КАК НОВАЯ КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ КОНСТРУКТИВНАЯ МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ (ИНТЕГРАТИВНОЙ) ТЕРАПИИ НАРКОМАНИИ

*Казанская государственная медицинская академия последипломного образования*

**Р е ф е р а т.** Рассмотрены новые подходы для повышения эффективности лечения больных наркоманией. Разработана и изложена уникальная по сложности и смелости концепция лечения, интегрирующая наиболее мощные методы, применяющиеся в разных областях медицины — в психиатрии, невропатологии, психотерапии, анестезиологии. Соблюдены все принципы терапии — клиническая и патогенетическая обоснованность, комплексность, динамичность и индивидуальность лечения. Все компоненты метода разрешены для использования с лечебной целью. Дан алгоритм их применения в соответствии с терапевтическими задачами.

А.Н.Ларин

### НАРКОМАНИЯНЕ КОМПЛЕКСЛАЙ (ИНТЕГРАТИВ) ДЭВАЛАУНЫҢ ЯНА КОНЦЕПТУАЛЬ КОНСТРУКТИВ МОДЕЛЕ БУЛАРАК ТРАНСКОРПОРАЛЬ РЕИМПРИТИНГ

Наркомания белән авырчыларны дэвалауныҗ нәтижәсләген арттыру өчен бу мәсьәләгә янача яқын килү мәсьәләләре каралган. Медицинаныҗ төрлө өлкәләрендә — психиатрия, неврология, психотерапия, анестезиологиядә кулланыла. Шактый көчле методларны берләштерә, үзенең катлаулылығы һәм бай булуы белән аерылып тора торган концепция тәзәсләгән һәм уа бәян ителгән. Терапиянең барлык принциплары — клиник һәм патогенетик нигезләнгән комплекслылығы, дэвалауныҗ динамикалылығы һәм индивидуальгә сакланган. Методныҗ барлык компонентлары дэвалау максатында файдалану өчен хәл ителгән. Терапевтик бурычлар нигезендә аларны куллану алгоритмы бирелгән.

A.N.Larin

### TRANSCORPORAL REIMPRINTING AS NEW CONCEPTUAL STRUCTURAL MODEL OF INTEGRATIVE NARCOMANIA THERAPY

New approaches for increasing the effectiveness of treating drug abusers are described. Unique in complexity and daring conception of treatment integrating the most promising approaches applied in various fields of medicine, such as in psychiatry, neuropathology, psychotherapy, anesthesiology, is developed and presented. All the principles of therapy, that is clinical and pathogenetic reasons, complexity, correlation with the state of the patient and individuality of treatment, are respected. All the components of this method are allowed to use for therapeutic purposes. Algorithm of their use according to therapeutic purposes is given.

**В** настоящее время в России наблюдается очень высокий рост заболеваемости наркоманией. Так, согласно отчетам за 1999 г., в РТ число наркоманов, взятых на учет, возросло на 76%, и в основном за счет молодежи. Наркомания стала представлять угрозу национальной безопасности страны.

Одной из самых актуальных и мало разработанных проблем является низкая эффективность лечения больных наркоманией. По среднестатистическим данным, она не превышает 10%. Предложено много методов лечения больных наркоманией, а также программ комплексным и поэтапным использованием различных способов лечения, однако удовлетворительных и стабильных результатов пока не достигнуто.

Наши наблюдения за больными наркоманией и попытки их лечения способствовали появлению рабочей гипотезы о том, что одними из причин низкой эффективности лечения являются фрагментарность и упрощенность подходов к решению терапевтических задач. Для успешного лечения больных наркоманией, на наш взгляд, необходимо добиться глобальной трансформации личности, соотносящейся по глубине и степени поражения личности, развившейся в результате наркомании. Предпосылками к нашим поискам были описания случаев излечения больных наркоманией, перенесших клиническую смерть (с классическими видениями туннеля и света), состояния бегунов на длинные дистанции, испытывающих чувство непередаваемой радости, сравнимой по качественным признакам с эйфорией, вызываемой наркотиками.

Имеется также некоторое сходство между ощущениями у наркоманов в начале наркотизации (повышение работоспособности, творческой активности, выносливости, продуктивности, успешности, раскрытия своей индивидуальности) и ощущениями людей, которые систематически пользуются голотропным дыханием.

Известно также мнение С.Гроффа [5] о том, что люди, заново пережившие внутриутроб-

ное состояние и последующее рождение во время мощных неспецифических психотерапевтических воздействий, отказывались от наркотиков.

Трансактные аналитики установили, что наличие сценария жизни (“Я благополучен”, “Вы благополучны”), заложенного в младенческом и раннем детском возрасте, способствует успешности в жизни. Люди с таким сценарием жизни обычно самодостаточные, творческие, сбалансированные, сильные. У них значительно реже наблюдается наркомания, чем у людей с другими базисными сценариями [7]. Обратное явление прослеживается у наркоманов, поэтому перспективно и логично “переписывание” сценария у наркоманов с использованием техник NLP, Эриксоновского и директивного гипноза в сочетании с психодрамой [6, 8].

Такие структурно-динамические клинические признаки наркомании, как стойкость, генерализованность, интенсивность, импульсивность влечения, элементы стереотипии в поведении и состояниях интоксикации, сравнимы с клиническими проявлениями шизофрении — элементами кататонии, стереотипии, импульсивности, своеобразных сверхценных образований, паралогии, амбивалентности, аутизации, анозогнозии, диссоциации личности и другими расстройствами, включая исходные состояния. Известна определенная эффективность инсулино-коматозной терапии при шизофрении. Кроме того, гипогликемическая кома сопоставима по интенсивности переживаний и перестройке нервно-эндокринных, регуляторно-метаболических процессов с состоянием клинической смерти.

Согласно эволюционно-энергетическому принципу, активно функционирующие нейроны наиболее энергозависимы от уровня гликемии. Снижение уровня глюкозы приводит к подавлению их функциональной активности, вплоть до гибели нейронов [10]. Можно предположить, что интенсивная тяга к наркотику также является энергозависимым процессом, и поэтому она может быть редуцирована снижением уровня сахара в крови под влиянием субкоматозных доз инсулина. В результате этого могут “оборваться” межнейрональные связи и разрушиться патологические “ансамбли нейронов”, поддерживающих и генерирующих тягу к наркотику, разрушить нейродинамический стереотип болезни.

Описаны наблюдения Рона Хаббарда о том, что пациенты, перенесшие операции под наркозом (разновидность комы), были способны

в состоянии глубокого гипноза воспроизводить дословно разговоры хирургов. Это наводит на мысль о возможности лечебного внушения во время гипогликемической комы.

С учетом данных исследования физиологии мозга во время гипогликемии вводное внушение удобнее производить в состоянии оглушения, когда экзальтирует альфа-ритм головного мозга. По исследованиям психологов, это — оптимальный ритм для обучения или внушения. С учетом повышения порога слухового восприятия голос гипнотизера должен быть громче обычного, а с учетом того, что короткие звуки воспринимаются головным мозгом интенсивнее, ритм гипноза должен быть выбран в режиме “стакатто”. Во время погружения в кому происходит переключение работы мозга на эволюционно более древние механизмы регуляции деятельности организма. Это обосновано такими архаичными движениями и рефлексамии при сопоре и глубоком ступоре, как оральный автоматизм, хореоформный гиперкинез, децеребрационная ригидность и пр. [10].

Если рассматривать наркоманию как самый сильный условный генерализованный рефлекс, то самые сильные психотравмирующие ситуации, а также действия, вызывающие о них воспоминания, не исчезали до тех пор, пока больные не погружались в состояние сопора [10].

Устойчивость условно-рефлекторной реакции зависит от ее сложности. Условные реакции на комплексные раздражители затормаживаются раньше, чем соответствующие рефлексы на одиночные раздражители. Например, понимание сложно построенных фраз, включающих придаточные предложения, затрудняется еще в легком гипогликемическом оглушении. Поскольку рудиментарные архаичные рефлексы никогда не могут создать в коре мозга устойчивый очаг возбуждения, необходимый для замыкания временной связи, а значит, и условного рефлекса, то внушение в коматозном состоянии должно быть направлено на забвение воспоминаний о приятных ощущениях от приема наркотиков. Возможно также использование специально подобранной музыкальной терапии, рекомендованной С.Гроффом, для сопровождения голотропного дыхания с целью усиления естественной природной эволюционно обусловленной трезвой формы существования [5].

При выведении из гипогликемической комы, на фоне появляющейся экзальтации альфа-ритма, имеют место жизнеутверждающие внушения пробуждающегося природно-

го, естественно, трезвого “Я” и заложенного базиса обновленной личности.

Ритм “дельта-синкопа” [10], возникающий в середине гипогликемической комы (на базе которого, скорее всего, и появляются архаичные рефлексы), может сбить доминантную настройку лимбической системы (направленную на поиски наркотиков при компульсивной тяге или тревожной депрессии в условиях отсутствия запаса наркотика) с высокочастотного ритма возбуждения на более умеренный низкочастотный. Если во время гипогликемии возникают судорожные разряды, то, с точки зрения физики, эти самые “пик-волны” представляют собой явление резонанса. Это “цунами” может разорвать порочное кольцо генерализованного условного рефлекса наркомании. Аналогичным образом действует электрошок. С последним перекликается нейрохирургический метод лечения, проводимый в институте им. Н.Бурденко, связанный с замораживанием жидким азотом в обоих полушариях определенных участков мозга, относящихся к лимбической системе. Последующая после операции гиперсексуальная активность пациентов демонстрирует смену доминанты, а энергия либидо может быть сублимирована.

Следующей предпосылкой являются наблюдения НЛП-специалистов Р.Бендлера и Д.Гриндера [4] об отказе от употребления наркотиков или о значительном уменьшении доз и частоты употребления наркотиков при ассоциации диссоциированных состояний в случае точного соблюдения технологии НЛП. При личном опыте диагностирования наркоманов в терапевтическом приеме, называемом “прохождение нейрологических уровней”, определяется пустота или крайне пассивный образ, связанный с водной стихией (аналогия с утробой матери) на уровне “духовности” (высший командный уровень организации психической деятельности). С этой точки зрения эффективными лечебными средствами при перестройке личности наркомана могут являться религиозность и истинная вера, а также замена пассивного образа на уровне духовности на динамичный, творческий, созидательный.

По мнению практикующих психологов, у пациентов с наркозависимостью опийного круга имеется выраженная пролонгированная “связь с матерью” в форме чрезмерной бессознательной привязанности к матери, по выражению психологов, — “неразорванная пуповина”. В связи с этим при “прохождении родов” во время психотерапевтического процесса необходимо сделать акцент на мо-

менте “перезимания пуповины” (четвертая перинатальная матрица по С.Гроффу) и на автономности существования ребенка как отдельного существа.

Если рассматривать наркоманию как I-III степени по Э.Берну [2, 3], то в зависимости от типа предпочитаемого наркотика это — “игра в капризного младенца, лишенного любви”, или “внутриутробного плода, стремящегося к покою, комфорту, единству с Вселенной”. Об этом свидетельствуют внутриутробная поза у наркоманов в состоянии опьянения или депрессии, а также облегчение физического самочувствия при погружении больного во время “ломки” в горячую ванну (имитация околоплодных вод).

Следующие две предпосылки из лечения алкоголизма:

1. Кодирование по А.Р.Довженко имеет свою эффективность.

2. Согласно работам Н.А.Носова и Ю.Т.Яценко [9], у больных алкоголизмом путем изменения (разрушения) виртуального консуэтата алкоголизма и порожденных им вторичных виртуальных реальностей достигался высокий эффект — в 93% случаев при I стадии алкоголизма, в 88% — при II, в 33% — при III стадии болезни.

Хотя авторы в своей книге “Виртуальная психология алкоголизма” не раскрывают, а лишь чуть “намекают” на технику воздействия, можно предположить, что они корректируют и блокируют возбужденные при тяге к спиртному меридианы через акупунктурные точки (предварительно измеряя их биоэлектрические характеристики) при визуальном, аудиальном, кинестетически-осозательном и обонятельном стимулировании активности патологического виртуального консуэтата. Затем с целью разрушения этой виртуальной константы, они, вероятно, изменяют потенциал акупунктурных точек до значений либо нейтральных, либо обратных тем, что были при возникшей тяге к спиртному. Далее, видимо, проводится компьютерное моделирование новой виртуальной реальности, спокойствия и равнодушия к алкоголю с подкреплением через точки акупунктуры “энергетически спокойного” отношения к спиртному.

Таким образом, поскольку изменения личности наркомана глобальны и корни этого порока находятся даже во внутриутробном периоде развития (включая генетическую предрасположенность), в психотерапии наркомании необходимо “переписывание” индивидуальной личной истории жизни в смысле коррекции эмоционально-волевой сферы, по-

лученного воспитания, отношений с родителями, формирования жизненного сценария типа "Я благополучен" и "Вы благополучны". По мнению В.В.Макарова [7], люди с установкой благополучия обычно соматически здоровы или страдают заболеваниями, не обнаруживающими психологического генеза. Коррекция таких видов воспитания, как "ежовые рукавицы", гиперопека, гипоопека плюс "ежовые рукавицы", а также бессистемно-хаотичных форм, также напрашивается сама собой.

Генеральной линией "перевоспитания" должны быть, по нашему мнению, чувство достатка в любви, полноценности и самостоятельности, тяга к познанию и созиданию (первичные способности, согласно Н.Пезешкиану), чувство защищенности, способности защитить, иногда религиозность и покровительство божественных сил [6].

На основании изложенных выше предпосылок предлагается метод транскорпорального реимпринга. Метод имеет несколько этапов, применяется после прохождения "ломки" у наркоманов.

#### *I этап — предварительный:*

1. Сбор информации о пациенте. Стаж, тип наркотика, степень и стадия наркотической зависимости, особенности характера и воспитания в семье, степень мотивации на лечение, наличие соматических заболеваний, микросреда, куда возвращается больной наркоманией после лечения, и т.д.

2. Желательно развернутое психологическое тестирование. На этом же этапе производится отбор пациентов на лечение и установление гипнотического раппорта.

#### *II этап. Непосредственно транскорпоральный реимпринг:*

1. Регрессия возраста пациента путем гипнотической индукции на фоне голотропного дыхания до начала внутриутробного периода.

2. Включение дополнительно психотерапевтов-ситтеров на роли отца и матери. Их задачи: вначале конгруэнтное присоединение до максимално возможной имитации личностей с постепенным уводом в новое компенсирующее русло, сохранением достоверности с помощью разговоров о реально имевших место в жизни семьи стрессах, событиях и т.п. Одновременно с этим котерапевты оказывают функции поддержки, принятия эмоций пациента и его защиты, большей частью невербально. Словесное приятие и поддержка оказываются ведущим психотерапевтом.

3. Прохождение этапа родов с акцентированием на моменте отделения пуповины, победы в борьбе за жизнь, самостоятельности,

принятия в мир заботы и любви. Ребефинг останавливается.

4. Прохождение в быстром темпе по возрастным периодам со сглаживанием стрессов путем "якорения", поддержки, диссоциации до момента самого первого употребления наркотика.

5. Акупунктурное воздействие.

6. Кодирование, аналогичное методу А.Р.Довженко, с наведением транса двумя психотерапевтами.

7. Ассоциация диссоциированных частей наркотической и трезвой (НЛП).

8. Рефрейминг — договор с творческой частью (НЛП).

9. Гипогликемический этап.

10. Этап включения творческой части для моделирования альтернативного образа жизни по здоровому сценарию.

11. Внедрение образа обновленного "Я" на линию времени в ближайшем будущем с присоединением его к настоящему и экологической проверкой.

#### *III этап. Реабилитация и закрепление:*

1. Самостоятельное многократное (9—15 раз) повторение голотропного дыхания с помощью членов семьи под ту же самую фонограмму и последующее прослушивание другой фонограммы, сопровождавшей лечение после ребефинга.

2. Включение в работу семейных психотерапевтов.

3. Явка на контроль к психологу, участвовавшему в первоначальном тестировании, для повторных тестирований и бесед через один, 3, 6, 9, 11 месяцев после окончания процессинга.

4. Другие методы реабилитации.

Требования к методу транскорпорального реимпринга:

1. Отбор пациентов с сильной мотивацией на лечение, не отягощенных тяжелыми соматическими заболеваниями.

2. Наличие специалиста по акупунктуре и реаниматолога с соответствующей аппаратурой и лекарствами для неотложной помощи.

3. Наличие трех психотерапевтов, в том числе уже рожавшей женщины.

4. Желательно наличие результатов предварительного обследования ЭЭГ, ЭКГ, флюорографии легких, крови на ВИЧ, RW и гепатит, общих анализов крови, коагулографии, гликемии натощак и через 1 и 2 часа после сахарной нагрузки.

5. Психологическое тестирование до и после процессинга.

6. Химическое тестирование мочи на наличие наркотика.

Многую проанализированы литературные сведения и собственные наблюдения о случаях успешного лечения больных наркоманиями и факты спонтанных выздоровлений, на основе этого анализа предложена концептуальная схема комплексного лечения наркомании. В настоящее время метод «шлифуется» и уточняется. Возможно повторение отдельных блоков, но при первичном применении важно точно соблюдать последовательность этапов. Буду признателен за конструктивную критику и предложения.

Следующими шагами развития метода, по нашему мнению, являются разработка специальных психологических тестов на мотивацию к лечению, на выявление скрытой тяги к наркотику и ее степени, применение излучателя альфа- и дельта-ритмов и разработка компьютерных программ с применением шлемов и принципа обратной связи с целью более полного погружения в виртуальную реальность личности для ее оздоровления, моделирования нового здорового виртуального образа.

#### **Принципы и стратегия лечения наркомании:**

1. Этапность, соответствующая стадиям онтогенеза и соотносящаяся с этапностью физического и психотерапевтического лечения с последующим включением в реальную жизнь и поддерживающим консультированием при необходимости.
2. Универсальность и мощь методов.
3. Комбинированность применения методов по количественным, качественным и временным критериям.
4. Клинически и патогенетически обоснованное сочетание индивидуальной и групповой психотерапии.
5. Помощь в создании альтернативных клубов общения по интересам и приверженности к трезвому образу жизни в городах и районах.
6. Расширенное преподавание валеологии в детских садах и школах с целью первичной

профилактики наркомании с доступными методами экспресс-диагностики (массовый скрининг детей на предмет употребления наркотиков)

7. Систематическое информирование населения о наркотиках, наркоманиях и наркоманах и воспитание установки на здоровый образ жизни средствами массовой информации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов О.С., Молодкина П.Н., Ямщикова Н.Г. Ассоциативные системы мозга и экстраполяционное поведение /АМН СССР.—М., 1987.—192 с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. — Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ.—Минск: ПРАМЕБ, 1992.—383 с.
3. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных /Пер. с англ. А.И. Федорова.—СПб.: Талисман, 1994.—432 с.
4. Бэндлер Р., Гриндер Дж. Рефрейминг. Ориентация личности с помощью речевых стратегий: Пер. с англ.—Воронеж: МОДЭК, 1995.—256 с.
5. Грофф С. За пределами мозга: Пер. с англ.—2-е изд.—М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.—504 с.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия.—СПб.: Питер Ком, 1998.—752 с.—(Сер. Мастера психологии).
7. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии.—2-е изд., перераб. и доп.—М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.—432 с.
8. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия /Сост. К.В.Сельченко.—М.: Харвест, 1999.—816 с.
9. Носов Н.А., Яценко Ю.Т. Параллельные миры: Виртуальная психология алкоголизма: Труды лаборатории виртуалистики.—М.: Институт человека РАН.—1996.—Вып. 2.—128 с.
10. Очерки психофармакологии человека /Трауготт Н.Н., Багров Я.Ю., Балонов Л.Я. и др.—Л.: Наука, Ленингр. отд-ние, 1968.