

# О кодировании в аддиктологии в вопросах и ответах:\*

ЧЕРНОБРОВКИНА Т.В.

д.м.н., профессор, кафедра наркологии и психотерапии, ГОУ Институт повышения квалификации  
Федерального медико-биологического агентства России, Москва

*Лекция посвящена краткому анализу разнополюсных (истинных и ложных) представлений о феномене и понятии "кодирование", сложившихся в современной наркологии. Приводятся данные научно-практических наблюдений, позволяющие, с точки зрения автора, адекватно, соответственно современным концепциям и взглядам на природу рефлексий, психофизиологии сознания, процессов памяти, переработки информации и формирования доминирующих потребностей и зависимостей, переоценить отношение к термину и технологии кодирования в медицине, полнее осознать и представить их прикладное значение с целью управления состоянием здоровья, обучения и переобучения, лечения заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) и психоактивных действий.*

*Изучай все не из тщеславия,  
а ради практической пользы.  
(Лихтенберг Г.К. «Афоризмы»)*

## Введение

О кодировании против алкоголизма не принято говорить открыто в медицинских кругах. Не существует табу, но не существует и легальных обсуждений этой проблемы на организационно-методическом и научно-практическом уровне. В России более чем за 30 лет работы в области наркологии я не знакома с более-менее серьезным критическим и систематизированным анализом этой темы в прессе или на открытых конференциях. Существует, однако, несколько брошюр, методических пособий и научно-популярных книг о психотерапии и о методе Александра Романовича Довженко, с чьим именем и связывают, собственно, прижившийся в народе термин *кодирование*.

В настоящее время поднялась очередная волна интереса к технологии кодирования в лечении наркозависимых больных. С одной стороны, в дополнение к известным немногочисленным статьям десятилетней и более давности, были переизданы методические рекомендации, составленные профессором Г.М. Энтиным, до последних своих дней бывшего «защитником» и пропагандистом метода кодирования алкоголизма [53]. В ряде научно-практических журналов появились новые работы учеников и последователей А.Р. Довженко (статьи А.Ф. Артемчука, В.Н. Додука, Г.М. Энтина, И.Ц. Эпштейна, Г.Г. Шахирзянова, О.Н. Новикова и др.) об опыте применения

метода кодирования по А.Р. Довженко для лечения больных алкоголизмом в регионах России и в Украине, о некоторых его усовершенствованиях. С другой стороны, продолжают жесткие высказывания специалистов о том, что метод А.Р. Довженко раскручен за деньги партийной верхушкой в свое время в Крыму. Однако в ряде публикаций [3, 14, 29, 50, 55] приводятся факты, свидетельствующие об обратном в творческой судьбе доктора А.Р. Довженко: много испытаний пришлось пройти врачу и его ученикам, прежде чем он получил рабочий кабинет в помещении бывшего санатория в Феодосии (работал и в поликлинике военного госпиталя, и в наркодиспансере, и ездил по городам) и добился-таки права на лицензированное обучение специалистов.

Как мне известно, обучение технологии кодирования больных алкоголизмом после смерти самого А.Р. Довженко прекратилось. Продолжаются лишь выступления последователей с воспоминаниями об учителе, о его оригинальных подходах к пациентам. При этом бросается в глаза не столь активная деятельность участников таких встреч в плане развития методологии кодирования (программирования), как, напротив, — ревностно охраняемая ими принадлежность к «элитной группе» — когорте учеников А.Р. Довженко: неизменный *список действительных учеников А.Р. Довженко*, прошедших стажировку и обучение у «самого учителя», предусмотрительно опубликован (и периодически дублируется без обновлений) в ряде источников [36 и др.] во избежание искушения для кого-нибудь «примазаться» со стороны.

В сложившихся условиях при отсутствии объективной информации, если не замечать пользы и не

\* Лекция прочитана на очередной научно-практической конференции Московского отделения Международной лиги трезвости (26 марта 2007 г.) на школе-семинаре врачей-психиатров наркологов в г. Иваново (3–5 октября 2007 г.) и на VII научно-практической конференции по психиатрии и наркологии ФМБА России, г.Электросталь, 16 ноября 2007 г.)

анализировать результатов кодирования в наркологической практике, саму технологию кодирования и занятие ею можно легко (огульно) причислить к лженаучным течениям. Если же признавать этот терапевтический подход как творчески и результативно конкурентоспособный, а не как конкурентный в плане «оттока клиентов», то необходимо искать ответы на возникающие вопросы и даже, возможно, планировать НИР. Пока же была выполнена и успешно защищена — *единственная!* — диссертация, посвященная объективной оценке эффективности применения психотерапевтического метода А.Р. Довженко в лечении больных алкоголизмом в районе Заполярного Севера России [32].

Единственный институт, в котором полипрофессиональное сообщество психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, невропатологов, терапевтов ежегодно, вот уже в течение 8 лет, проводит приуроченные к дате рождения А.Р. Довженко научно-практические конференции с международным участием «Довженковские чтения: лечение и реабилитация лиц, зависимых от психоактивных веществ», — это Харьковский НИИ неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины. В процессе участия в этих конференциях в течение 5 лет у меня сформировалось желание поделиться своими собственными воззрениями на проблему кодирования в аддиктологии и впечатлениями о современных взглядах на кодирование клиницистов, психотерапевтов, нейрофизиологов, психологов и... самих пациентов. Можно выделить, по крайней мере, три блока (или три категории) вопросов: в связи с самим пациентом, в связи с лечащим и блок общих теоретических и практических вопросов.

### Кодирование в аддиктологии в вопросах и ответах

Исходными для настоящей лекции являлись следующие вопросы:

- почему термин *кодирование* вызывает в обществе часто нездоровое отношение?
- почему термин *кодирование* вызывает неприятие не только некоторой частью населения, но и даже некоторой частью докторов?
- почему этот термин и феномен вызывает все-таки неугасающий интерес и споры в широкой массе населения? И оставляет ощущение чего-то недосказанного, недовыясненного в профессиональной среде медиков?

В качестве ответа напрашивается предварительное мнение: от незнания и недопонимания природы (происхождения), механизмов (путей и способов) и областей применения кодирования (при управлении есте-

ственными процессами и при искусственном моделировании).

В строгом научном рассмотрении *кодирование* относится к области информатики и поэтому имеет очень много аспектов приложения и способов выражения. В нестрогом же бытовом понимании термин и понятие *кодирование* трактуются очень широко и являются *собирательными*, если рассматривать их сразу в нескольких аспектах.

*Во-первых*, если рассматривать это понятие с прикладной точки зрения, т.е. использования в разных науках:

1) в *генетике* — это определенно заложенный в последовательности структурных элементов нуклеиновых кислот (РНК, ДНК) порядок как код, команда к синтезу, т.е. фактически — *структурно (вещественно) закодированная* передача информации в биосистемах;

2) в *общей биологии* существует много примеров кодовых событий *вещественного* характера, например своеобразным кодом служит продолжительность светодня и число самих светодней в череде смены фаз жизни у растений или у зимнеящих животных, в закономерностях миграционных процессов у птиц и биоритмов в процессе развития организма человека и его жизненной активности;

3) в *технических науках* (радиофизике, электронике) и областях народного хозяйства кодирование информации осуществляется с помощью физических импульсов и сигналов;

4) в *математике* принято нематериализованное кодирование информации с помощью формул из цифр и символов;

5) в педагогике кодами являются словесно сформулированные правила поведения;

6) в технической рекламе и управлении применяются знаки-символы, например дорожные знаки.

*Во-вторых*, если рассматривать *способы* кодирования (это целое множество начиная от графических и математических символов, звуков до целостных рекламных объектов, произносимых словосочетаний и действий — жестов, мимических знаков, движений (например, в танце) и т.д.

*В-третьих*, если рассматривать *механизмы* реализации кодирования, благодаря которым осуществляется весь процесс закладки информации, ее восприятия, переработки и передачи на расстояние, с выполнением и достижением цели. Здесь опять-таки неуместен механистический подход к кодированию только как к шифрованию, поскольку очевидна сложная, био-психофизиологическая природа процессов памяти, селекции и обработки информации, их связь с работой нейронных сетей головного мозга.

*В-четвертых*, если рассматривать *цель кодирования* с классических позиций, то это всегда *управление*, будь то в военной разведке, в технике, в кинетике химических реакций (многоотраслевом народном хозяйстве) или управление состоянием здоровья и поведением в медицине, педагогике, психологии.

Существует и философское понимание *кодирования*. Обращение к философскому аспекту тоже помогает нам в поиске истины. Философски *код жизни* трактуется очень широко и имеет очень разнообразную интерпретацию. Одни кодом своей жизни называют и считают совесть и для них это действительно актуально. Другие своеобразным кодом для себя считают заповеди Божьи, третьи — напутствия и благословение давно умерших родных, четвертые — призывы и декларации избранной им партии, любимого героя и т.д. Феномен кодирования проявляется в подражании и следовании какому-то (чьему-то) примеру. Феномен кодирования тесно связан с расшифровкой (буквально с раскодировкой информации) предзнаменований, причем как природных явлений, так и бытовых ситуаций. И действительно, существование закономерностей (кода событий) большинством людей безусловно принимается на интуитивном или эмпирическом уровне.

Из вышеперечисленного сразу видно, что когда речь идет о неживом, все вроде бы понятно и не вызывает недоумений и возражений. Когда же речь заходит о живом организме, то сразу возникает надуманная *этическая проблема*, поскольку в населении (и даже в профессиональных группах) *кодирование* воспринимается как термин *богохульный*, часто ассоциируемый с насильственными действиями, внушением, и даже *зомбированием*. Однако и здесь имеется расслоение: одной группой населения, заинтересованными лицами, кодирование считается нормальным врачебным действием, способом лечения от алкоголизма. Другими же — рассматривается как недопустимое нарушение прав человека. И даже специалистами-медиками слово *кодирование* произносится с оттенком предвзятого недоверия, непризнания, брезгливости, а на самом деле — с оттенком плохо скрываемой некомпетентности.

Такие расхождения в восприятии термина и метода и негативное к ним отношение порождены, мягко выражаясь, недопониманием тонких механизмов явления кодирования, которое, как мы видим, широко распространено в природе, и, отчасти, недооценкой и неправильным использованием как самого термина, так и технологий кодирования в медицине. Но, как ни странно, даже у применяющих эту технологию врачей присутствует элемент нежелания разобраться в механизмах и систематизировать теоретические и практические аспекты кодирования в наркологии, исходя из

собственного опыта. Отсутствуют озабоченность терапевтическими неудачами и стремление изучить слабые и сильные стороны метода кодирования А.Р. Довженко, провести всестороннюю оценку его эффективности в ретроспективе, исходя из собственного опыта применения этой методологии. В НИИ и на кафедрах не планировалось работ по усовершенствованию и изучению технологии кодирования. Но объективная потребность понять суть методики не исчезла, тем более что число пациентов, прибегающих к этому лечению, не уменьшается, а неоднозначность результатов очевидна.

В то же время ничего богохульного в самом термине *кодирование* нет. Богохульство имеет место в подмене терминов и в откровенном шарлатанстве, когда кодирование используют в недобросовестных целях. Известен, например, способ профилактики и лечения нервно-психических расстройств, именуемый как *Биоуправление...*, предложенный академиком М.Б. Штарком с соавторами [51]. Внимательный сравнительный анализ не обнаруживает объективных причин, по которым, например, термин *биоуправление* можно беспрепятственно использовать в научной литературе и в практике, а кодирование — как бы отдает «душком», ибо *очевиден общий механизм технологий биоуправления и кодирования*. А то, что биоуправление выполняется с привлечением компьютерной техники и массы обстановочных притягательных средств (как то: интересных для детей игр, музыкальных и других компьютерных программ) — действительно более выигрышно, в то время как *кодирование больных алкоголизмом еще бедно использует вспомогательные средства* и главным образом сводится к психотерапевтической работе врача с помощью более простых сигнальных инструментов — голоса и дирижерской палочки или металлического жезла, которые кажутся более примитивными по сравнению с современной оргтехникой, «крутыми» приставками и прочей атрибутикой. Однако нельзя не учитывать и дифференцированное использование этих технологий: одни, нацеленные на индивидуализированное применение технологии (компьютерные игры и фильмы), специально созданы для детей и подростков; другие же, более продолжительные во времени и психологически более сложные (включаящие в себя на подготовительном этапе театрализованное или назидательное выступление доктора, рассказанные им показательные истории, живые свидетельства бывших алкоголиков, успешно прошедших лечение по технологии кодирования, и т.д.), больше подходят для взрослых, много испытавших, уставших от алкогольной зависимости больных. Вот почему, когда мы говорим о кодировании в клинической наркологии, необходимо рассмотреть уточнения, огра-

ничения, допущения, теоретические размышления. Позвольте поделиться некоторыми из них.

*Первое «но»* возникает в связи с главным вопросом: кодирование — это лечение? «Нет, — отвечают одни доктора, — это не лечение, просто шарлатанство». Другие вторят им: «Это обработка и обман больных, не более того». Третьи сомневаются: «В этом что-то есть». Четвертые аргументируют: «Раз больной не пьет какое-то время, ремиссия хоть 1 мес., это — лечение». Единого мнения нет даже среди докторов, что скрывать.

Действительно, лечение подразумевает устранение причины тяги к алкоголю. Но тягу к алкоголю полностью не устраняет ни одно лекарство из имеющихся в арсенале наркологии. Для лечения обычно применяются комбинации лекарственных и нелекарственных методов, включая психотерапию, рефлексотерапию и др. А итогом (терапевтическим эффектом) считают установление ремиссии (воздержания от употребления алкоголя) на какой-то период — чем дольше, тем более успешным считается лечение. В то же время ремиссия не означает излечение от пристрастия навсегда, это лишь приостановление болезни. Иногда на период длиною всю оставшуюся жизнь. И сейчас с этим согласны врачи, которые придерживаются принципов доказательной медицины и синергетической парадигмы алкогольной болезни, рассматривая ремиссию как этап хронической болезни, но не окончательный выход из нее. Тогда мы видим, что если технология «кодирования» позволяет людям бросить пить на год, или пять, или 15 лет, или всего даже на 3—5 мес., то это тоже может расцениваться как лечение в смысле временного «управления ситуацией», управления поведением. И если речь идет об управлении саморазрушительным поведением, т.е. о приостановлении процесса личностного и физического саморазрушения, что и достигается применением кодирования, то тогда кодирование можно считать **позитивным подходом** в лечении алкоголизма. Самую объективную, на мой взгляд, характеристику кодирования и оценку его эффективности при применении в разных вариантах (с модификациями, биологическими добавками) дал в своей работе ученик А.Р. Довженко, доктор медицинских наук врач психиатр-нарколог И.Ц. Эпштейн [55, 56]. Он, в частности, подчеркнул, что, по сути, в своем методе А.Р. Довженко сумел добиться интеграции и диалектического взаимодействия большого количества методов психотерапии. Автор проанализировал и описал более тридцати психотерапевтических приемов, гармонично синтезированных и используемых при кодировании по А.Р. Довженко, в том числе такие, как:

- внушение (косвенное и прямое);
- волевая терапия;

- аутогенная тренировка;
- импликация;
- компенсация;
- парадоксальная интенция;
- психогогика, персуазия;
- психолингвистика;
- психотерапевтическая триада Бехтерева;
- приемы «поддержки» пациента;
- и многие другие.

Таким образом, по сути, ничего оскорбительного в испытании на себе кодирования с целью лечения алкоголизма нет. Но остается еще много неизвестного на поле взаимодействия *врач — пациент*, где тактика и стратегия требуют знаний, опыта и ... искусства. Закодирована сама эволюция человека и все процессы онтогенеза, т.е. индивидуального развития каждого, как и вся эволюционирующая биоэкологическая система «человек — окружающая среда». Исследованиями молекулярной генетики и патогенеза многих заболеваний установлено, что существуют кодовые программы в предусмотренных организмом ответных действиях на влияние внешней среды: запрограммировано множество защитных действий против инфекций в результате случайного внедрения бактерий и вирусов в организм. *Природой закодированы и многие поведенческие акты, в частности наше пищевое поведение, наше сексуальное поведение, оборонительные реакции.* Поэтому раскодирование и перекодирование, как и кодирование вновь, если это целесообразно для жизнедеятельности организма человека, не должно вызывать нездоровых домыслов, необоснованных нареканий и упреков. *Другое дело — когда вопрос ставится как вмешательство в природу, в природный ход событий.* Тогда давайте подумаем шире, не является ли применение пересадки стволовых клеток в целях оздоровления и омолаживания вмешательством в генетические кодовые процессы, противозаконным и насильственным ходом против природы, а потому — антигуманным и достойным презрения и осуждения.

*Необходимо раз и навсегда уточнить:* при кодировании поведения больного алкоголизмом мы стараемся не с попыткой вмешательства в природу естественного развития организма человека, а с попыткой помешать болезненному ходу развития алкогольной зависимости и ее осложнений, попыткой управления саморазрушающим поведением больного. Эти вмешательства сопоставимы и сравнимы по основным критериям (медицинским показаниям) с такими радикальными методами лечения, как хирургическая экстирпация (удаление) больного органа (системы) или тотальное (локальное) облучение организма больного. *При кодировании предпринимаются попытки управления саморазрушающим поведением больно-*

го, пристрастившегося к объекту зависимости. И то, что с определенной, достаточно высокой, частотой (до 78% случаев) [3, 33, 50, 53, 54, 55] это приводит к временному прекращению употребления вредоносного продукта, не дает оснований считать такое вмешательство антигуманным и немедицинским (шаманским) действием.

Конечно, применение кодирования по отношению к человеку звучит унижительно. Мы считаем человека самосознательным субъектом, и для него оскорбительно быть подвергнутым внешнему, постороннему управлению. Но, однако, нельзя не учитывать, что речь идет о больных людях, не осознающих своей болезни (напомним, что анозогнозия — отрицание, не признание у себя болезни — является как раз основным из главных признаков оформившейся зависимости от алкоголя). Поэтому в этом случае неосознание болезни самим пациентом оправдывает наше сознательное стремление помочь ему (а не унижить его невниманием) всеми путями, устраняющими эту болезненную тягу к спиртному.

*Второе «но»* касается контингента лиц, с которыми возможно работать, применяя технологии программирования. Это далеко не все больные алкоголизмом. Большое значение имеют установка больных на лечение, их психологический базис, их физическое состояние, даже уровень образования и социальный статус. Абсолютно неверно мнение, что кодированию подлежат только тяжелые, закореневшие алкоголики, потерявшие свое реноме — социальный статус и здоровье. Отнюдь не так. Немало из страдающих алкоголизмом, приходивших на контрольное биохимическое обследование с целью проверки состояния здоровья до и после лечения с применением технологии кодирования, это — уважаемые люди, самодостаточные личности в семье и на работе, успешные предприниматели. В выборе самим пациентом методов лечения очень важен волевой компонент, общий психологический настрой на изменение образа жизни и другие личностные нюансы, а также готовность доверить себя доктору.

Очень серьезным является вопрос отбора больных алкоголизмом для лечения методом кодирования. На этом этапе (этапе отбора) большое значение придается многим факторам, и поэтому разрабатываются так называемые методики предварительной подготовки.

Несмотря на главное условие лечения — добровольность, — не секрет, что пациенты часто приходят под давлением родных и близких, а кто и просто с отчаяния, но без желания. Тем не менее, достаточно заглянуть в приемную (зал или комнату ожидания) и видно: одни сидят, спокойно читают газету, другие нервничают, постоянно выходят курить, третьих держит за руку мама, четвертых со слезами на глазах

пытается последний раз убедить жена, пятые... спят в ожидании очереди. И сразу понятно, что подход к каждому из них нужен индивидуальный. И результат лечения будет разным.

И, конечно же, главное, что определяет ряд ограничений и условий при отборе и ведении пациентов, — это особенности состояния и поведения пациентов, характер и степень психопатологии, которая занимает важное место в патогенезе любой патологической зависимости и которая требует отдельного рассмотрения в вопросе выбора технологий и алгоритмов ведения пациента.

Но один момент хотелось бы обговорить без привлечения теории психопатологии. *Почему пациенту трудно бывает принять решение пойти на сеанс кодирования* (и со стороны действительно нередко кажется, что его насильно, *не по доброй воле*, ведут на это лечение) и довериться врачу, владеющему технологией программирования поведения? Скорее всего, это происходит не из-за недоверия врачу или недостатка воли или материальных трудностей..., а потому, что зависимый от алкоголя *пациент на подсознательном уровне и психофизиологически не готов мгновенно оборвать свои отношения с алкоголем* (это как при супружеском разводе). Многим не хватает для этого *энтропийного импульса*, энергетического гаранта и эмоционального заряда (только слепая вера может подтолкнуть некоторых обнадежившихся пациентов к врачам, в которых бы они верили, как в Бога, подобно тому, как в сравниваемом случае с расторжением брака человека ведет слепая вера в новую любовь), а воля здесь ни при чем. А ведь многие пациенты действительно астенизированы, истощены физически и психически и в таком состоянии не могут принимать ответственных решений. Вот и складывается впечатление, что больного на аркане тянут к врачу, обещающему за сеанс избавить от мучений. Так создается миф о насильственном кодировании больного против его воли. Подобная мифотворческая ситуация еще более подкрепляется, если процедура кодирования с первого раза не удалась (больной практически сразу вновь ударяется в пьянство) или ремиссия после посещения «кодировщика» была весьма непродолжительна.

На самом деле, если вдуматься, тот же пациент уже давно находится в некоем *подготовительном пространственно-временном континууме на траектории кодирования*, его программирование датируется с того самого момента начала заболевания, когда окружающие начинают на него «давить». Чрезмерно выпивающий давно уже стыдится и «кодируется» (программируется) своими близкими, подталкивающими его к решению пойти к доктору, он давно уже настраивается своими друзьями по несчастью,

освоившими этот путь лечения. Он давно уже сам слышан и начитан о лечебном подходе кодирования и перерабатывает «в уме» эту информацию. Это составляет естественный период подготовки, *созревания у больного мотивации* на лечение. Но дать решительный отпор в один момент — слишком великое испытание для зависимого, каким является больной алкоголизмом человек. Это психологически так же трудно, как «резать по живому» в ситуации с разводом в семейной жизни. Но еще трудно и физиологически, так как *идет борьба мотивов «за» и «против» на фоне сформировавшейся метаболической потребности в алкоголе*. У каждого пациента подготовительный этап и этап борьбы мотивов различается по качественно-количественным характеристикам и по длительности, что тоже сказывается на результате лечения.

Интересен феномен, который можно условно называть *индуцированным самопрограммированием*. В своем методическом пособии о кодировании (программировании) Г.М. Энтин [53] приводит очень показательный пример бытующего на Руси своеобразного кодирования *в виде залога*, взимаемого с человека, чрезмерно пьющего, священнослужителем (на время поста). И этот опыт нельзя не признать и не обсуждать его в связи с вопросом якобы принуждения, насильственного кодирования. Человек, соглашающийся, даже после долгих и трудных уговоров со стороны, пойти на «сеанс кодирования от алкоголя» (а тем более человек, дающий залог), уже самопрограммируется, что означает включение в его сигнальных кодовых программах на жизненные или потребительские установки элементов перепрограммирования. Нам трудно пока описать это в словах и схемах, изобразив, например, переключение межнейронных коммуникаций как в электронной плате. Но то, что в центральных поведенческих и эмоциогенных зонах головного мозга даже на подготовительном этапе самонастраивания происходят изменения на структурно-функциональном уровне (с участием нейромедиаторов, пептидных, ферментных и других регуляторов нейрорецепции и нейротрансмиссии и даже модуляторов генной активности) — это, несомненно, имеет место и поэтому достойно пристального внимания и изучения (как принято выражаться, «расшифровки») специалистами, как клиницистами, так и молекулярными нейробиологами, психотерапевтами и медицинскими психологами.

Что касается насильственного кодирования, то давайте в очередной раз обратимся к науке. Кодирование осуществляется через биологические системы управления на всех уровнях: нейромедиаторный гомеостаз, эндогенные регуляторы, факторы внутреннего подкрепления. Принцип поведения, что у животных,

что у человека один, это максимизация времени существования в благоприятных условиях. Но при этом поведение низших живых объектов (например, растений) всегда не разумное, а градиентное, т.е. оно идет в сторону с направлением быстрой минимизации свободной энергии [49, с. 43]. Растения всегда «знают», что им нужно делать. Они всегда тянутся к свету, теплу, питательным элементам, туда, где им лучше, и это достигается градиентным правилом выбора [49]. *У человека же мозг работает и выбирает*, и в поведении человека градиентный принцип ни при чем. Но информационная деятельность сознания, хотя и имеет относительную самостоятельность по отношению к энергетическому процессу [2], в состоянии наркозависимости не обеспечивает самосохранение и саморазвитие живого и не представляет собой целесообразное поведение. Наркозависимый пациент пребывает в состоянии «неустойчивого равновесия», внутренней и внешней дисгармонии. Где ему взять «психические силы»? *Весьма корректно замечено специалистами-нейрофизиологами и программистами, что движение против градиента «психических сил» высокоорганизованных живых организмов, в конечном счете, является кажущимся*, так как при обучении реальная ситуация на входе системы рассматривается как частный фрагмент обобщенной крупной ситуации в целом. И если пациент пришел по желанию, встреча с врачом является лишь частью его другой большой проблемы и у больного субъективно формируются «психические силы», по градиенту которых направляется поведение.

*Третье «но»* касается вопроса организации технологии кодирования в пространственно-временном континууме. Процедура опосредованного кодирования у врача не растянута во времени. Она действительно представляет собой концентрированное воздействие и требует огромной концентрации сил и опыта врача и нередко таких же огромных усилий самого больного. Главным условием успеха является соблюдение универсального принципа лечения и реабилитации больных наркозависимостями, а именно *биорезонансное взаимодействие врача и пациента*. И надо сказать, *не всякий врач владеет способностями к максимальной концентрации энергии на больном и нахождения с ним резонансного взаимодействия*. К слову сказать, Александр Романович Довженко работал во многом интуитивно, путем накопления своих наблюдений он создал огромный банк данных. Ко всему еще был необычайно богатой личностью, возбуждал у пациентов расположение и полное доверие. Он способен был войти в так называемый биологический резонанс со многими пациентами, что и обеспечивало колоссальный успех лечения [3, 9, 12, 13, 14, 29, 39]. И не всякие обстоятельства спо-

способствуют такому взаимодействию: велика роль случайностей, значение имеет множество биосоциальных факторов: и день недели, и погода, и предшествующие перенесенные болезни и травмы, и уровень образования пациента, и сопровождающие его заинтересованные лица, ожидающие результата «обновления» за дверью, и т.д. Все играет роль для человека, находящегося в точке бифуркации (перед выбором: «пить или не пить» дальше).

Что значит *резонансное взаимодействие* в психотерапии? Управление поведением, прежде всего, связано с предсказанием результата. Значит, необходимо уметь диагностировать индивидуальные ресурсы [18, 33, 54] и направить их на адаптацию в нужном направлении. Но есть основание думать, что мозг зависимого уже адаптирован к алкоголю (с точки зрения синергетики это и есть самоорганизация на новом уровне, а не разрушение, как преимущественно считалось раньше). Мозг алкоголика формирует сложные образы, в которых алкоголь выступает как *аттрактор*. И вся алкогольная атрибутика, связанная с выпивкой, эмоциональные впечатления как бы «вмонтированы в функциональную систему» (нейронные сети) и обеспечивают организму выживание в среде благодаря новому уровню адаптированности, а, может быть, и новому уровню нейропластичности, достигаемому при злоупотреблении алкоголем.

Итак, процессы кодирования информации живым объектом обязательно включают в себя функциональные механизмы *запоминания, хранения* и *оценочного сравнения* информации. Кодирование вновь воспринимаемой информации из окружающей среды также опосредуется системой мотиваций в нейронных сетях, функционирование которых представляет собой сложные, нелинейные электрохимический и биохимический процессы. И этим оно отличается от кодирования на генном уровне.

Одну из главных проблем представляет вопрос о *переносе* информации. Понятно, что вновь вносимая информация (закодированная в словах и действиях психотерапевта) должна восприниматься самоорганизующейся системой, какой является организм человека (и в здоровом, и в больном состоянии), с помощью перерабатывающего ее устройства (мозга или другой конкретной структуры ЦНС) в режиме резонанса, усваиваться целиком или отфильтровываться. Оказывается, привносимая информация может быть *совместимой* или *несовместимой* (совпадать или не совпадать с информационной программой всей системы). При этом всегда происходят сложные многозвенные процессы, а именно: *узнавание* информации, *сравнение* ее с прежней, могут иметь место явления *синергизма* или *антагонизма* сопоставимых образцов информации. Информация может быть «симмет-

ричной» и «асимметричной», и по законам синергетики возможно даже полное или частичное отторжение информации. В связи с этим в науках о сознании, моделировании поведения, создании искусственного интеллекта добавляются понятия *авторепродукции*, эффекта «тесноты» элементов информации разного типа, *диффузии элементов информации* в пространстве и «длины диффузии» и т.д. Нет оснований отрицать возможность подобных процессов в аппарате обработки информации при применении технологии кодирования в живом организме человека [6, 15, 16, 17, 18, 20, 34, 41—43, 49, 58 и др.].

Синергетическая модель информационных взаимодействий везде одинакова — и в биологии при описании взаимодействия двух видов в одной экологической нише, и при описании поведенческих реакций человека (в частности, целенаправленного поведения наркозависимого). Как видно, в создании понятийной базы информационных процессов в норме или при патологии врачам психиатрам и наркологам, как и психологам и психотерапевтам, для плодотворного взаимодействия не обойтись без обязательного минимума знаний математики с основами дискретного анализа и кибернетики, без знаний нейрофизиологии, нейрохимии и нейрофизики и без освоения понятного для всех универсального языка информатики (языка кодирования).

В отличие от кодирования информации в математических программах в работе с пациентами современные психиатры-наркологи, психотерапевты и нейрофизиологи рекомендуют вместо термина *кодирование* использовать термины *программирование* или *биоуправление* [4, 10, 50—53]. В то же время, на наш взгляд, следует воздержаться от заведомо предосудительного отношения к прижившемуся в населении широко объемлющему термину *кодирование* в связи с многообразными информационными процессами в организме человека, будь то генетический код онтогенеза, или код, привносимый трансплантационным вмешательством, или психотерапевтическое воздействие кодовой речью, музыкой, другими сигнальными стимулами.

*Четвертое «но»* — это вопрос о том, *как достигается позитивное управление ходом событий* в организме человека, пристрастившегося к чрезмерному употреблению спиртного? Каковы пути и механизмы разрушения в мозге больного алкоголизмом застойной поведенческой доминанты, на что и рассчитано кодирование? И каковы механизмы не просто разрушения у алкогользависимого *памяти об алкоголе* как о единственном спасительном средстве, поднимающем настроение, нормализующем самочувствие и отношения с окружающими, а *замены этой памяти на другую информацию и память проти-*

воположного знака — о вреде алкоголя? Каковы ресурсы больного в реализации программ кодирования? Каковы ресурсы врача в процедурах кодирования, раскодирования? Каковы критерии и какова гарантия успеха кодирования от пристрастия к алкоголю и каковы критерии отбора пациентов в связи с перечисленными вопросами?

Кодирование поведения в принципе возможно, если известна программа поведения. Причем, если речь идет о перепрограммировании при саморазрушающем поведении человека, недостаточно знать только закономерности поведенческих реакций в норме. (Наверное, о существовании условно-рефлекторной теории поведения и эмоций великого русского физиолога И.С. Павлова знают все). О голографическом принципе реализации этого условно-рефлекторного реагирования, открытом П.К. Анохиным, о соответствующей теории, развитой учеником П.К. Анохина академиком К.В. Судаковым, знают далеко не все.

Принцип голографического запечатления информации важен для понимания механизмов памяти, запоминания информации. Следовательно, и врачу, стремящемуся перестроить жизненную программу пациента, переориентировать или разрушить сформированную поведенческую доминанту (в виде неудержимого, довлеющего стремления приобрести и употребить алкоголь), необходимо знать пути формирования, закрепления памяти об алкоголе в условно-рефлекторном *потребностном поведенческом цикле* данного конкретного человека и предполагать пути изменения этого саморазрушающего поведения или перепрограммирования его с разрушительного на нормальный поведенческий тип. По сути, ведь если посмотреть на поведение больного алкоголизмом, то очевидно, что он уже «закодирован» самим алкоголем, так как живет в нормированном какими-то внутренними механизмами ритме: по определенному «внутреннему звонку» ищет и приобретает алкоголь, по определенному «звонку» прекращает запой в силу непереносимости эффектов объекта зависимости и развития сопутствующих патологических осложнений алкоголизации.

Больной как бы вовлечен в патологический болезненный цикл, живет по программе, как по коду. В этом болезненном цикле действуют и психопатологическая составляющая, и метаболическая составляющая, и другие патогенетически связанные между собой факторы. Признавая существование в организме алкогользависимого человека психопатологического и метаболического цикла, кодирующих его поведение, *справедливым будет оценивать все (и любые) действия врача, направленные на раскодирование функционирования этой патологической цепи (алкогольной доминанты) как обоснованные и лечебные*

*воздействия, а не шаманство и лукавство корыстных любивых лекарей.*

Поднятые вопросы неразрешимы без понимания самого молекулярного базиса патологического влечения к алкоголю. Существует глубокое общее убеждение нейробиологов и нейрохимиков о биохимической основе алкогольной мотивации, несмотря на предпочтительную роль, отдаваемую разными школами биохимиков конкретным разным субстратам — «кирпичикам» этого биохимического базиса [5, 10, 19, 21, 22, 31, 35, 44, 45, 48 и др.]. По мнению одних (работы И.А. Комиссаровой, С.М. Зиматкина, Б.М. Кершенгольца), лимитирующая роль принадлежит, в первую очередь, продуктам обмена самого этанола, его метаболитам, особенно ацетальдегиду. По мнению других (работы Ю.М. Островского, В.И. Сатановской, А.В. Лиопо, В.Б. Родина), стратегически важен уровень эндогенного этанола. По мнению третьих (работы И.П. Анохиной, Б.М. Когана, И.А. Сыгинского, Бузова и Н.Н. Ведерниковой, П.Д. Шабанова, Т.В. Чернобровкиной и др.), доминирующие мотивации определяются соотношениями участников нейромедиаторного обмена и функциональным состоянием нейромедиаторных рецепций — катехоламинов, биогенных аминов, ГАМК и других. По мнению следующей группы исследователей (И.П. Ашмарина и С.В. Королевой, А.И. Майского с соавторами, А.В. Котова, С.М. Толпыго с соавторами и др.), алкогольная мотивация может регулироваться обширным классом эндогенных регуляторов белковой и небелковой природы, к каким относятся пептиды, гормоны, витамины, отдельные аминокислоты. По нашему мнению, все эти точки зрения, различающиеся по составным компонентам алкогольной доминанты, вполне примиримы и сопоставимы в обобщающей *концепции наркоманического гомеостаза*, наиболее детально описанной в ряде наших предыдущих работ [44, 45]. Концепция не выделяет доминирующей роли какого-либо субстрата биохимического цикла регуляции потребностной алкогольной доминанты, а подчеркивает уникальную роль каждого из участников наркоманического гомеостаза в постоянно функционирующих в организме человека метаболических депо-субстратных качелей (или маятника). Маятник «работает» циклически, колеблется между крайними положениями (влечение к алкоголю → аверсия, т.е. отвращение к алкоголю), проходя промежуточные стадии. При этом в колебаниях маятника «подталкивающую» или «тормозящую» роль могут играть самые разные дополнительные факторы как внутренней, так и внешней среды: от отдельных метаболитов и эндогенных регуляторов до психологических и физико-химических факторов окружающей среды, включая разнообразные раздражители сенсор-

ных систем организма: звуки, температура, влажность, электромагнитная обстановка и т.д.

Получается, таким образом, что именуемая нами до сих пор *алкогольная доминанта* представляет собой некое неспецифическое по отношению к запуску ее факторам функциональное биохимическое субстратное образование, но не жестко локализованное в какой-либо определенной структуре мозга, анатомически зафиксированное, а как бы присутствующее в организме всегда в «дремлющем» состоянии или как одно из вероятных состояний колеблющегося гомеостаза. Доминанта эта может «просыпаться» по не всегда зависящим от человека обстоятельствам, а может оставаться в сонном состоянии довольно долго, постоянно или вообще не проявлять себя патологическим образом. Эта теория на данном этапе развития нейронаук — еще частично, но уже объективно подтверждаемая реальность, регистрируемая различными способами и разными исследователями в организме человека. Важно понимать, что воля человека в данном случае не играет решающую роль (обстоятельства субстратные могут быть более энергетически значимы для диссипативной системы организма человека, так как продиктованы витальной необходимостью выравнивания гомеостаза или снятия фрустрации).

Остается добавить, что в приведенной теоретической модели предсуществования и запуска депо-субстратной алкогольной доминанты (и соответственно патологической потребности в алкоголе) нет ничего неожиданного и эпатающего. Это предположение согласуется с универсальной концепцией функционирования живых организмов по принципу «неустойчивого равновесия», или «устойчивого неравновесия» Бауэра. Давно известно о существовании раковых клеток в организме, патологический рост которых «запускается» от ряда обстоятельств. Теперь остается лишь уточнить, какие именно обстоятельства «запускают» предполагаемую потенциально опасную, дремлющую алкогольную доминанту в каждом из нас и какие ее сдерживают. Это важно знать как для профилактики развития опасных для здоровья состояний, так и для лечения уже сформировавшейся болезни («распоясавшейся» доминанты).

Точности ради сразу отметим в сформулированном выше синергетическом определении аддикций проблемное звено, касающееся *исключительности* алкоголя (или другого субстрата или объекта аддикции) в психофизиологической структуре патологической доминанты. Если бы это было так, не наблюдалось бы смены аддикций в клинической практике, не работал бы принцип заместительной терапии и не существовало бы вообще перспективы излечения зависимостей. Выход и одновременная подсказка — в

открытии нейрофизиологами и физиками таких феноменов, как «феномен новизны», феномен «универсального биохимического эндогенного терапевта» — класса факторов внутреннего подкрепления, феномен перепрограммирования и переобучения (работы Т.М. Воробьевой, И.П. Ашмарина, М.Б. Штарка, П.Д. Шабанова и других).

И, конечно же, в связи с обсуждаемым нами вопросом о кодировании (программировании) больных алкоголизмом необходимо конкретизировать точки приложения «кода», определить связь между гипнозом и переводом доминанты из «распоясанного» в «дремлющее» и спокойное состояние, охарактеризовать конкретно немедикаментозные средства, которые способствуют этим лечебным трансформациям и противостоят провоцирующим алкоголизацию воздействиям. (Добавим, что в организме человека эволюционно предусмотрены механизмы саногенеза, вероятно, включающие в себя и защиту от дисбалансных сдвигов *субстратных депо-систем* по А.М. Тараненко [40], приводящих к возникновению опасного для здоровья доминирующего потребностного напряжения).

Таким образом, даже схематично кодирование представляется не как загадочный процесс и шаманские действия, а как вполне реальная конструкция, включающая в себя духовные, творческие и материализованные психофизиологические, биохимические процессы.

Сформированная предпочтительная мотивация, как доказано многочисленными клинико-экспериментальными исследованиями и при моделировании зависимостей у лабораторных животных, — это «впаянный процесс», обусловленный рефлексорным эффекторно-аффекторным механизмом. Можно считать доказанным то, что информация о наркотике (избранном, предпочитаемом) хранится в памяти наркозависимого, она «закодирована» в нейронной сети головного мозга. А гипотетический механизм хранения информации в «нейронных голограммах», хотя и не

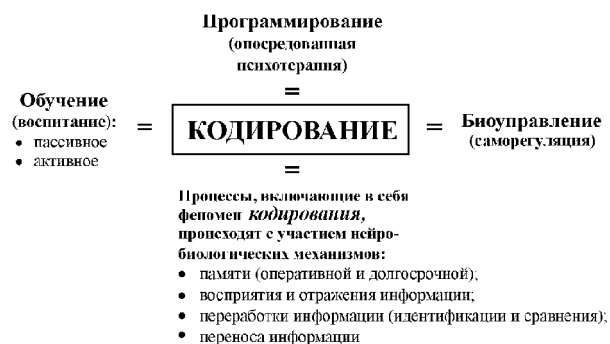


Рис. 1. Структурные составляющие в семантической расшифровке феномена и технологии кодирования

строго доказан, но считается в настоящее время наиболее реальным при обсуждении проблем памяти, восприятия и переработки информации с позиции теории систем (Прибрам — цит. по [1, 47] и др.).

Методы и принципы голографии гипотетически применяются к функционированию мозга и при сформированной у человека зависимости (например, от алкоголя). М. Арбиб [1] и Е.С. Загородний [17] подчеркивают, что информация поступает одновременно с нескольких периферических чувствительных нейронных рецептивных полей (с обонятельных, осязательных, тактильных рецепторных зон), благодаря чему мозг может получать «мозаичное» представление о предмете (явлении), а благодаря свойству емкости голографии — хранить его в одном месте. Вероятно, информация и память о ПАВ и их эффектах может фиксироваться в структурах нейронных кластеров [42, 47], кратковременных и/или долгосрочных нейрограммах [17].

Переобучить зависимого от алкоголя пациента с целью избавления от патологического пристрастия означает «отыскать» и уничтожить («стереть») прежнюю информацию, закодированную в памяти об алкоголе, или перекодировать систему на мотивацию с *новой деенаправленностью*. Каким образом это возможно осуществить, соблюдая главный принцип «не навреди» и следуя правилам медицинской этики и экологии? Ответы на эти вопросы составляют предмет отдельного серьезного обсуждения о биоинформационных процессах и технологиях, а пока, опираясь на вышеизложенные классические и гипотетические представления о механизмах памяти и информации, заметим следующее. Поскольку источниками возбуждения доминанты являются сенсоры, они и используются часто в технологиях немедикаментозного лечения. *КАК?* Чтобы возбудить память о наркотике и затем манипулировать ею в нужном направлении, можно либо вызывать возбуждение через виртуальные образы в головном мозгу алкогользависимого, либо воздействовать непосредственно на сенсорные зоны (обонятельные, осязательные, зрительные и др.) и соответствующие рецепторы. В современных комплексных немедикаментозных методах лечения аддикций, включающих в себя психотерапию, мануальную терапию и рефлексотерапию с применением информационно-волновых источников, уже используются эти подходы [31, 59].

Как видно, желание, мотивации больного алкоголизмом тоже управляемы. Но они базируются и на духовном, и на материальном началах в человеке. Поэтому в лечебном подходе к человеку важно учитывать баланс между этими составляющими для нахождения «управляющих параметров», важно считаться с экологией организма человека в целом и «экологией

разума» по Г. Бейтсону [6]. На фоне приведенного лишаются почвы надуманные рассуждения о насилии над личностью, страдающей патологической зависимостью, в процессе подготовки к лечению и при проведении лечения любыми обоснованными способами. И если духовная составляющая патологического влечения к алкоголю поддается воспитанию, гипнозу, внушению, то отрицать технологию программирования, проводимого в рамках биоэтики и экологии разума, неправомерно.

Возможно, духовная составляющая потребностного напряжения и поведения при любой аддикции, перерастающей рамки физиологически нормального и временного состояния, управляется через воспитание всеми средствами (примером, культурой, искусством и т.д.). Вероятно, существует пока неуловимая связь между духовными и материальными составляющими поведенческих мотиваций, в том числе и влечений к саморазрушающему. Но где эта соединительная грань? Впрочем, достаточно знать, что она существует. А технологии программирования, по-видимому, создают условия для реализации этих контактов и способствуют восстановлению эндоэкологии, позволяют изменить состояние доминанты, нивелировать саморазрушающее поведение. Велика и роль эмоций в поведенческих мотивациях и потребностном поведении. *«Иногда опасные для человека привычки, стереотипы поведения приобретают для некоторых людей положительные эмоциональные оценки, заставляя принимать решения, противоречащие цели выживания»* [16]. Эмоциональная составляющая алкогольной доминанты должна быть также учтена при работе с наркозависимыми по технологии программирования.

Вышеизложенная гипотеза уже «обрастает» экспериментальными доказательствами на моделях наркотической зависимости у животных. *Очевидно, что только системный взгляд на природу зависимостей объясняет и «оправдывает» кодирование в аддиктологии* (рис. 2).

*Пятое «но»* упирается в недавно открытые молекулярные механизмы регуляции социального поведения [23]. Экспериментально, при воспроизведении «социальных контактов» на поведенческих моделях крыс показано, что животные, оказавшиеся в статусе победителей или в статусе потерпевших поражение при столкновении с более сильными партнерами, по-разному ведут себя в повторяющихся ситуациях (т.е. при моделированных столкновениях, имитирующих «социальные» контакты). Таким образом, у животных формируется *молекулярная основа опыта социальных взаимодействий*, благодаря чему животное выбирает стратегию общения с партнерами в дальнейшей своей коммуникативной жизни-



Рис. 2. Основной и общий единый парадигмальный и методологический принцип — системные исследования и системное вмешательство. *Примечание.* Каждой парадигме в изучении наркозависимостей соответствует диагностическая модель и алгоритм лечения, но все их объединяет одна, материальная, суть, лежащая в основе функционирования патологической мотивации, а именно — изменение эндо-экзоэкологических взаимоотношений на функциональном, биохимическом уровне и новая самоорганизация (переформировывание) в центральных регуляторных зонах мозга

деятельности (в частности, избегает общения с мало-знакомыми и, тем более, вызывающими страх партнерами). Доказано, что этот опыт закрепляется на уровне генов в области головного мозга — прилежащих ядрах (найденно 309 таких генов, транскрипционные свойства которых повышались, а в 127 генах эта активация сохраняется еще 4 нед. после перенесенного поражения от агрессивного партнера). Авторы заключают, что этот генетический путь, по-видимому, представляет один из механизмов закрепления реакции избегания. Экстраполируя результаты вышеизложенных опытов на человека, можно предположить существование молекулярных механизмов регуляции разных форм социального поведения: от агрессивного у «победителей» до тревожно-депрессивных реакций и реакций избегания у «пораженных».

Давайте задумаемся, к какой категории относится больной алкоголизмом? Победителей или пораженных? Думаю, к разным одновременно, в зависимости от того, с какого «боку» на больного смотреть. Если оценивать его как наркозависимого, то в своем сообществе он, несомненно, лидер и его стратегия поведения — одна. Во взаимодействиях же с широким обществом — он всегда пуглив и агрессивен: в лучшем случае у него развивается и генетически (!) закрепляется реакция избегания, например из-за страха быть непонятым или уличенным в злоупотреблении спиртным. Такое раздвоенное поведение наркомана в обществе (с одной стороны, в микросреде — семье и среде себе подобных, с другой, — в макросреде, открытом обществе) имеет физиологическую основу. И это подтверждается серьезными исследованиями нейрофизиологов на людях и на поведенческих моде-

лях с животными. Также научно доказана физиологическая основа и нейрохимическая природа феномена «заражения» — эмоциями, поведенческими установками, образом жизни [11]. Таким образом, ученые подошли к изучению молекулярных механизмов, участвующих в процессах кодирования поведения, воспитания, обучения.

Если вышеописанные нейрофизиологические и генные взаимодействия — не случайность, а закономерность (а в экспериментах это уже показано), то, экстраполируя их на поведенческие ситуации в социуме, складывающиеся при контактировании разных социальных подгрупп, нетрудно представить развитие событий между взаимодействующими сообществами больных наркозависимостью и не страдающих этой аддикцией. При различных вариантах удельной массы этих сообществ в социуме могут случаться как их столкновения, так и массовое индуцирование и «заражение» недугом. Есть над чем задуматься социологам, психологам и профилактикам.

В обращении президента Ассоциации биологической психиатрии О.Г. Сыропятова к участникам 10-го Международного форума, состоявшегося летом 2007 г. в Санкт-Петербурге, четко указывается на необходимость смены парадигмы в отношении наук, занимающихся проблемами психического здоровья, поскольку доказана генная регуляция поведения, участие генов в механизмах памяти, «роль генов в пластичности психиатрических диагнозов» [38].

Показательны и выводы клинко-экспериментальных исследований, демонстрирующие общие принципы и биологические основы психиатрии и нейронауки [17, 18, 23, 25, 38]:

1. Все психические и сложные психологические процессы вытекают из функции головного мозга. Головной мозг реагирует на изменения окружающей среды изменением не нуклеотидной последовательности в генах (матрицы), а их активности;

2. Гены и их белковые продукты — важные детерминанты системы взаимосвязи между нейронами мозга и особенностей их функционирования;

3. Изменения в экспрессии генов, обусловленные научением, вызывают изменения в системе нейронных связей, которые ответственны за инициирование и поддержание новых, в том числе патологических, форм поведения;

4. Психотерапия как форма научения может вызывать изменения в синапсах головного мозга человека. Усвоение информации в процессе лечения может изменять экспрессию генов и силу синаптических связей;

5. Психотерапия оказывает на головной мозг действие, которое можно измерить инструментально;

6. С помощью психотерапевтических вмешательств можно модифицировать имплицитную память;

7. Психодинамическая психотерапия способствует нормализации нарушенного нейромедиаторного баланса (серотонина, в частности);

8. Социальные и возрастные факторы в значительной степени определяют реализацию принципов 1—4.

Наукой неоспоримо доказано, что структурно-функциональные изменения могут происходить в эмоциогенных и регулирующих поведение зонах головного мозга (гипоталамической и лимбической) под воздействием не только наркотически действующих химических и лекарственных веществ, синтетических или полученных из природных источников, но и многих других действий информационно-волновой природы. Таким информационно-волновым характером взаимодействия с организмом человека сейчас объясняется близкое (по субъективным описаниям) к наркотическому опьянению и состоянию измененного сознания воздействие несубстратных раздражителей окружающей среды (звуков, кодовой речи, запахов, излучений).

То есть, по-видимому, источников наркогенного воздействия на человека существует великое множество и в природе, и среди искусственно созданных объектов. Об этом сейчас сообщается все чаще и не только учеными профессионалами, но и в публикациях СМИ. В таком случае, позитивное подкрепляющее действие на мозг, позитивные эмоции могут вызывать: экстремальный спорт, произведения искусства (музыки, живописи, скульптуры), другие объекты окружающей среды — многое из общения человека с

прекрасным в природе и быту. Да и сам факт перемены места и содержания действия (*феномен новизны*) может оказывать возбуждающее и подкрепляющее действие (известные работы нейрофизиолога из Украины Т.М. Воробьевой).

Биохимиками институтов психиатрии, центра психического здоровья, физиологами, нейрофизиологами (такими, как И.П. Ашмарин с соавторами, 2004—2006 гг.; А.В. Котов; С.М. Толпыго с соавторами, 2001—2007 гг. и другими) показана роль позитивных эмоций в выработке в организме целого каскада низкомолекулярных и высокомолекулярных регуляторов настроения и поведения — *факторов эндогенной стимуляции (ФЭС)* аминокислотной и пептидной природы со свойствами эндорфинов и гормонов-регуляторов.

Это, по мнению авторов, один из универсальных механизмов обезболивающего, эйфорического и общерегуляторного (в том числе закаляющего и оздоровительного) действия на организм факторов окружающей среды. Последствиями этого могут быть как положительные эмоциональные реакции, эйфория, радость, подъем настроения, так и повышение сано-генных функций, иммунной защиты организма вследствие запуска тонких молекулярных механизмов ауто-иммунной защиты и реакций детоксикации.

Важно понимать, что такие *материализованные субстратные взаимосвязи* в биологической природе состояний толерантности, опьянения, влечения и патологической зависимости носят не линейный характер, а разветвляющийся. Поэтому велика также роль случайностей, и они определяют не только направление и скорость развития болезненного процесса (аддиктивного заболевания) в целом, но и подходы к лечению и профилактике как самого заболевания — патологического влечения, так и его осложнений. Коротко, *характер взаимосвязей в вышеописанных взаимодействиях — информационно-волновой — это определяет характер методов лечения.*

Таким образом, кодирование осуществляется через биологические системы управления (рис. 3 и 4). В механизмах кодирования (программирования) задействованы механизмы:

- индукции (в том числе молекулярной);
- электрохимической передачи нервных импульсов;
- регуляции защитно-приспособительных реакций организма с выработкой эндогенных «факторов внутреннего подкрепления», нивелирующих тягу к экзогенному этанолу.

*Шестое «но»* складывается из вопросов, которые не решены, но непременно встают перед серьезными исследователями и практиками в связи с широко применяемой технологией кодирования.

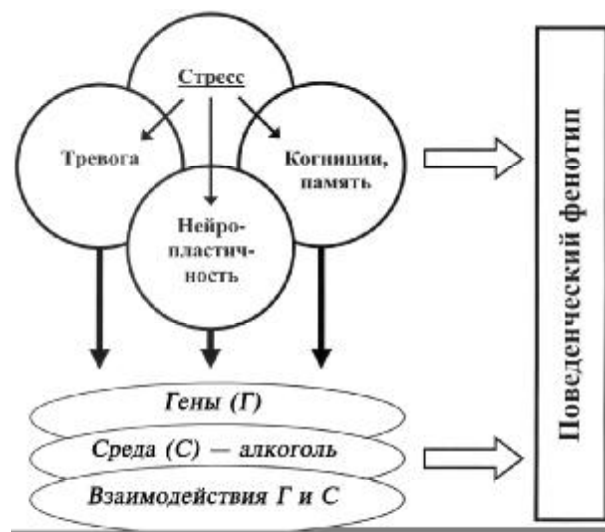


Рис. 3. Синергичное взаимодействие стресса, памяти и тревоги в условиях алкоголизации определяет алкогольный поведенческий фенотип (по А.В. Калугу [25]):

Примечание. Тесная функциональная связь мотивации и поведения с молекулярными эндогенными системами регуляции, включая генетические, демонстрирует общий базис социального и биологического

В социологии и психологии выделяется *проблема массового сознания*, которая актуальна во взаимодействии индивида (личности) или сообщества индивидов (коллектива, популяции) и общества. Мы уже говорили об этой проблеме и поднимали вопрос об опасности деформирующего влияния массового сознания при нарушениях баланса масс сообществ в социуме (в главе о социальных функциях наркоманий [47]).

Здесь в разрезе обсуждения темы кодирования (программирования) нас интересуют те же феномены суггестии, индукции и заражения, но несущие позитивную функцию и имеющие стратегическое значение в коллективе страждущих избавиться от недуга при групповых сеансах, проводимых врачами-психотерапевтами.

Очень интересным представляется феномен *социальной памяти*, который тоже может играть форми-



Рис. 4. Схема взаимосвязи процессов кодирования с эндогенными функциональными системами

рующую структурно-функциональную роль при осуществлении технологии программирования путем массовых сеансов с группами наркозависимых. Пациенты не только «заражаются» установкой на лечение, но и «запоминают» внешнюю атрибутику и атмосферу общего эмоционального подъема. Это может способствовать формированию межнейронных коммуникаций в физиологических механизмах памяти и целенаправленного поведения.

Кроме перечисленного, в вопросах переобучения мы снова возвращаемся к проблеме наследования приобретенных форм поведения, поднятой этологами и психологами. Проблема эта является частным вопросом о наследуемости приобретенных признаков. Ожесточенная дискуссия насчитывает уже века и пережила немало смен парадигм. Действительно, принципиально важно выяснить, наследуется стереотип алкоголезависимого поведения или нет и в какой степени, и обратимо ли это. Ведь если да, то лечить бесполезно: модифицировать гены в нужном направлении — задача архисложная. Да и возможная ли? (Генодиагностика, в отличие от генотерапии, уже сегодня вполне реально выполнимая задача). Окончательно еще не выяснено, что же наследуется детьми, рожденными от родителей, больных алкоголизмом? Предрасполагающая к употреблению алкоголя биохимическая конституция или психофизиологическая «почва», на которой произрастают трудности адаптации, девиантное поведение и аддикции? Скорее всего, и то, и другое. Тем более что нейрорхимический субстрат этих особенностей — общий. Ответы получаем, анализируя работы социологов, психофизиологов, специалистов по педагогике, по созданию искусственного интеллекта и др.

Мало что изменилось в поисках ответов на эти вопросы за 50 лет. Как указывал еще американский психолог-социолог Лоренц на международной конференции в Париже в 1956 г., мы до сих пор не знаем, «насколько то, что мы называем «врожденное поведение» прямо генетически детерминировано и насколько обязано эпигенетическим процессам». Но для того, чтобы модифицировать поведение посредством обучения, это не имеет значения. Важно внушающее оптимизм замечание: *«То, что наследуется, — это не сам признак, но пределы его модифицируемости»* (Lorenz, 1956, цит. по [11]). То есть наследственность — это лишь то, что указывает на возможность изменения (в том числе целенаправленного управления) внешними воздействиями и определяет пределы модифицируемости. Что гены — это не мертвая печать. Это границы модифицируемости и поэтому надо подбирать инструментарий, чтобы модифицировать в нужном направлении, подбирать «ключи».

И, наконец, *седьмое «но»* касается некоторых спорных моментов технологии программирования, вызывающих сомнение не только с теоретических позиций, но и исходя из опыта наблюдений многих и моего личного.

*Во-первых*, это традиционный прием в технологии кодирования — планирование самим больным срока воздержания от алкоголя. В этом, с одной стороны, видится демократичный и этический подход и соблюдение прав потребителя, а с другой, — закладка *подпрограммы* и как бы осуществляемое «субкодирование», причем сразу в двух вариантах: а) на раскодирование; б) на дополнительное кодирование. Программирование, направленное на зарок «не пить один год (5, 10 лет)», в отличие от программы «не пить всю оставшуюся жизнь», подсознательно закладывает у алкогользависимого субъекта субпрограмму на всех или на каких-то избирательных уровнях саморегуляции. Субпрограмма, конечно же, с определенной вероятностью приведет к рецидиву и с не меньшей вероятностью — к повторному обращению за медицинской помощью. Такая ситуация таит в себе небезосновательный упрек в заведомом программировании пациента на последующее «вечное» лечение, что на юридическом языке можно квалифицировать как мошенническое действие.

*Во-вторых*, нельзя не упомянуть относительную эффективность используемого не индивидуально, а именно на общих массовых сеансах, внушения страхом. Совершенно понятно, что в массе (толпе) с определенной вероятностью найдутся как легко внушаемые, так и не поддающиеся внушению и более того — индивиды, сохранившие механизмы защиты от гораживания, протестными реакциями на подсознательном уровне. Это также может обуславливать снижение эффективности коллективных методов программирования.

*В-третьих*, позволим себе поднять вопрос об оптимальных сроках воздержания от спиртного перед процедурой кодирования. Вопрос возник не случайно, поскольку строгого отбора пациентов на сеанс кодирования по этому критерию не ведется: не секрет, что больных часто записывают на сеанс заочно, доверяя мнимой длительности периода трезвости больного со слов измученных родственников. Не секрет и то, что на сеанс допускаются пациенты, которых «доставляют» в ослабленном состоянии сразу после запоя. Вызывает удивление отсутствие строгого научного обоснования требуемых сроков воздержания от алкоголя и произвольность в выборе этих критериев (требований) со стороны практикующих метод кодирования разных врачей. Успешность же лечения с применением технологии кодирования, как оказалось, не зависит строго от периода воздержания: воздерживав-

шийся от приема алкоголя целых 2 мес. не продержался после программирования на абсолютную трезвость и двух недель, а пришедший на сеанс кодирования «непросохшим» — не пьет уже четвертый год! Мужчина средних лет, с высшим образованием, добровольно «закодировавшийся» на 3 года, внезапно «сорвался» и запил через 1,5 мес., а пожелавший быть трезвым ровно год не пьет уже 15 лет и семья не нарадуется. Это не вымысел, а реальные судьбы людей, прошедших лечение по технологии кодирования. Так где же объяснение этим случаям?

По нашему мнению, возможен еще один путь лечебного воздействия на патологическую алкогольную доминанту через *утомление* функциональной системы без ее разрушения. Этот гипотетический вариант управления мотивацией вытекает из изучения вопроса управления двигательными функциями человека. Известно, что в структурно-функциональной системе, которая включает мотонейроны, соответствующие рецепторы и афферентно-эфферентные пути и регуляция которой осуществляется, по мнению Шеррингтона, (цит. по [43]) в области спинного мозга, путем накопления перевозбуждения развивается состояние утомления. По аналогии с этим, через утомление, мы полагаем, что и *силу патологического мотивационного рефлекса (потребности в ПАВ)* можно *регулировать, вызывая состояние утомления управляющих центров*. При этом структурно-функциональная целостность центров не нарушается. Меняется только состояние активности и восприимчивости нейронов. Экспериментально доказано, что ослабление реакции является следствием депрессии синаптической проводимости при снижении концентрации соответствующего медиатора. Угнетение же высвобождения медиатора в синаптическое пространство может быть вызвано его истощением в терминалах (и других депо) и замедленной его мобилизацией.

Таким образом, как подытоживает Г. Хорн [43], блокада (депрессия) развивается тогда, когда высокая «активность нейрона подавляет его собственную способность передавать сигналы». Иными словами, *блокада может являться следствием переактивации нейрона*. Но это ведь не что иное как хорошо знакомый медикам из курса физиологии феномен *запредельного (охранного) торможения*, а из курсов биохимии и фармакокинетики — принцип торможения ферментативной реакции продуктом реакции при высокой активности ферментной системы, реализуемый по типу обратной связи. Получается, что *высококонатренированные нейроны при условии систематической нагрузки нейроактивными веществами или стимулами через некоторое время индуцируют самоистощение*, утомление всей функциональной проводящей импульсы системы.

Это, по-видимому, один из механизмов и нейрхимическая основа трансформации толерантности, но не только. Это явление можно использовать с целью лечения зависимостей. Оно служит обоснованием для заместительной терапии, во-первых, и, во-вторых, представляет собой одно из вероятностных бифуркационных направлений развития состояния «утомленной», перенапряженной, истощенной системы, т.е. путь и механизм развивающегося у наркозависимых больных состояния спонтанной ремиссии. Из этого нашего предположения логически вытекает следующее, о чем мы говорили выше: депрессия не всегда есть патология. Депрессия может рассматриваться как естественное состояние «утомленной» доминантной системы и отражает элемент борьбы, преодоления организмом его тотального поражения объектом зависимости. В здоровой жизни так «устают» от значимых любимых людей, от любимой работы. В клинических случаях так «устают» наркоманы и алкоголики. В этих механизмах (переутомления и истощения депо, «угасания» метаболических качелей, сбоя ритма смены состояний возбуждения / переутомления нейронов) лежат, по всей видимости, нейробиологические основы любой аутодеструктивности, как это показано на примере ГАМК-зависимых и серотонинзависимых систем [24]. И хотя это пока теоретическое предположение, на наш взгляд, оно имеет перспективы в плане разработки новых терапевтических подходов и технологий в аддиктологии.

Описанный выше системный взгляд на динамику функционального состояния нейронов в рефлекторной цепи влечения к наркотику позволяет нам сделать еще одно робкое предложение для практического использования, нуждающееся в серьезном обсуждении со специалистами по психотерапии и, в частности, использующих методы стрессопсихотерапии. Вышеприведенные теоретические рассуждения подсказывают, что в момент «утомления» на нейрофизиологическом уровне (т.е. на фоне хронической алкогольной интоксикации или в самые ранние сроки постинтоксикации) будет вероятнее всего успешное проведение процедур терапии и перекодирования больным с зависимостями, а не только в состоянии абстиненции и максимального «субстратного голода» рецепторных нейронов, как это практикуется в современной клинической аддиктологии. То есть логично предположить, что закладка новой информации для истощенных и малочувствительных (или совсем не чувствительных) к старой информации реципиентов нейронной сети должна производиться не только после нескольких недель воздержания от приема алкоголя (что является условием допуска на сеанс кодирования к врачу-психотерапевту), а и ближе к высоте «утомления»,

в период ранней постинтоксикации (3-й—5-й дни воздержания). Однако решение вопроса оптимального времени для применения психотерапевтических методов переобучения больного (будь то период максимального «субстратного голода» или другая фаза болезни) является делом будущих исследований, основанных как на проспективных клинических наблюдениях, так и на принципах доказательной математической биомедицины.

На самом деле, вероятно, оптимальных режимов этой технологии может быть несколько, в зависимости от индивидуально обусловленных состояний функциональной разбалансированности заинтересованных систем и от резервной мощности (адаптивного потенциала) организма злоупотребляющего алкоголем. Ожидаемый эффект при этом — как на высоте утомления (не путать с фазой истощения общей неспецифической стресс-реакции Селье), так и после краткого или длительного периода воздержания от алкоголя (в состоянии относительного отдыха) — может быть сравним с торможением биохимической реакции (или всей цепи реакций) субстратом (субстратами), что и происходит иногда в реальных условиях, когда после определенной продолжительности запойного пьянства алкоголь «вдруг» вызывает у больного отвращение и для окружающих внезапно (а по законам самоорганизации в организме больного — такое состояние развивается не «вдруг», а вполне закономерно) у него наступает период так называемой *спонтанной ремиссии*. А на место этой реакции для использования энтропийного всплеска и для поддержания энергетического баланса во всей рефлекторной цепи целесообразно (причем соответственно принципу необходимости и достаточности для данного конкретного клинического случая) дать «утомленной» системе новый стимул, переориентировав бифуркационную ветвь болезненного процесса на выздоровление. Таким образом, эффект переобучения, переориентации зависимых от ПАВ систем может быть достигнут путем использования новых *аттрактивных стимулов* и резервных коммуникационных ответвлений и связей в той же (прежней) самоорганизующейся системе больного. В задачи врача, как мы видим, входят: *определение управляющих параметров фазового пространства аттрактора, оценка качества и величины замещающего стимула, определение сроков подачи этого стимула в поддержании всей архитектоники и иерархии самоорганизации в больном организме с зависимостью от ПАВ*. Большое значение имеет при этом оценка резервных возможностей и определение индивидуального адапционного потенциала пациента, для чего используется достаточно много дополнительных клинических и инструментальных способов. И, в-четвертых, оценка

врачом психологического и физического состояния больного без проведения объективных тестов. Скорее всего, с синергетических позиций организм алкоголь-зависимого в разных фазных состояниях болезни может вести и чувствовать себя и как победитель, и как побежденный. Если смотреть как на пришедшего к врачу за помощью, то перед Вами одновременно и побежденный, и победитель. В одних случаях это пациент диктует Вам выбор метода, в других — он Вас избегает (но жена настояла на посещении врача). В каком состоянии у Вашего пациента молекулярные механизмы социального поведения? И как эти механизмы поведут себя во время и после сеанса программирования: изменится ли социальное поведение и установки больного после лечения методом программирования? Затрагивает ли, и в какой мере, метод программирования не только кладовые памяти о наркотике, но и молекулярные механизмы социальной установки? Мы не знаем об этом конкретно ничего, но судим о пришедшем на сеанс кодирования больном: у него слабая воля, а у другого — напротив, сильная воля, но печень больная и лечить поэтому надо с применением биодобавок и др. модификаций и т.д. и т.п.

### Основные принципы технологии кодирования (программирования) в аддиктологии

Таким образом, подытожим: код — это формализованное обозначение, запись, представленность информации (в виде знаков, программы символов или сигналов и стимулов) в структурах перерабатывающего устройства (живого головного мозга или искусственного робота, электронного прибора, компьютера). Функционирование мозга осуществляется посредством электрохимических и биохимических процессов с участием нервных клеток и множественных контактных межнейронных систем — проводящих путей. При работе врача или психолога с пациентом в нейронной сети мозга может кодироваться, т.е. записываться и фиксироваться, информация, воспринимаемая с периферии всеми органами чувств. Принцип ее восприятия, передачи и переработки (сверки с уже имеющимися в памяти программами) при этом — универсальный независимо от того, поступает ли раздражитель визуальный, звуковой или иной природы. В частности, А.А. Биркин, описывая в своем фундаментальном исследовании психофизиологию кода речи в психотерапевтической деятельности [7], опирается на нейрофизиологическую модель М.Н. Ливанова (1938 г.), на концепции Н.П. Бехтеревой по нейрофизиологии памяти, теорию осознания физика Дж. Эдельмана, учение о типах высшей нервной деятельности И.П. Павлова, работы немецких ученых физиолога Э. Вебера и физика Г. Фехнера. Суммируя названные концепции, автор подчеркивает, что

*принципиально важным для успешной психотерапии является экспериментально выясненная способность нейронов воспринимать повторные импульсы и генерировать ответные импульсы не сразу, а с периодом рефрактерности, который связан с временной деполяризацией. Исследователями установлена также способность функциональной системы мозга реагировать на сверхпороговые раздражители, способность «обращения» группы нейронов к долговременной памяти и оперировать со структурами на основе прошлого опыта. Выяснена необходимость включения мозгом своих дополнительных ресурсов, доказана способность нейронов улавливать минимальные различия между двумя раздражителями. И, главное, путем количественного измерения зависимости интенсивности ощущений от силы раздражителя показана способность мозга регистрировать отклонения вновь поступающей кодированной информации от эволюционно (генетически) закрепленных кодов. Не надо, однако, забывать и о содержательном аспекте информации и витальной значимости информации для пациента, благодаря чему возможно конструирование целенаправленной информации для больного, пребывающего в различных клинических состояниях: постинтоксикации, абстиненции, ремиссии или предрецидивном состоянии.*

Все вышеприведенные, *нейрофизиологические по природе и характеру процессы усвоения и переработки закодированной информации необходимо принимать во внимание при работе с пациентом методами информирования, программирования и перепрограммирования. Однако, к сожалению, в современных практических руководствах по обучению практических врачей-наркологов методам программирования и биоуправления [51, 53] слишком мало внимания уделяется вопросам физиологии и психологии этих процессов в самоорганизующейся системе больного наркозависимостью человека, за редким исключением. Кроме того, существует весьма серьезное обстоятельство, предъявляющее особые требования к процедурам терапевтического кодирования (информирования) и к кодовым характеристикам управляющих параметров. Ведь мозг зависимого — это уже другой мозг! Как быть с введением поправочных коэффициентов для всех найденных характеристик нейрофункциональных систем у больных алкоголизмом (имеющих измененные нейроны и измененный метаболизм нервной ткани). Н.П. Бехтерева [9а, 9б] указывает, что мозг больного алкоголизмом обладает измененной способностью к ассоциациям, дифференциации, восприятию и анализу информации. Но в какой мере измененной и в какой стадии алкоголизма? Как это связано с найденными у больных алкоголизмом особенностями межполушар-*

ной функциональной асимметрии, исходные координаты которой у больного не были известны врачу, а алгоритм действий должен опираться на объективные показатели?

Таким образом, видим, что вопрос перекодирования («переобучения») алкогользависимого больного на трезвую жизнь решается, во-первых, на нескольких уровнях (этажах) одновременно — от макро- до микроуровня (рис. 5), и, во-вторых, все известные характеристики функциональной активности мозга установлены для условий нормы, точнее, для *нормы реакции*: пороги усталости, пороги уравновешенности, адекватности и т.д. **Для больного же мозга алкогользависимого вероятны другие пороговые величины, а, может быть, и другие управляющие параметры, что может как мешать, так и облегчать практику психотерапевта.** Очевидно, что только системный взгляд и интегративные подходы позволяют нам адекватно и во всей полноте оценивать поведение динамической системы (мозга аддиктивного больного) с ее болезненными мотивациями в настоящем и прогнозировать реакции этой системы и поведение пациента в будущем.

Построение технологии (процедуры) кодирования имеет несколько вариантов в зависимости от множества факторов разной природы (социальных, биологических, климатических, предрасположенности — предшествовавших болезни — и текущих). В технологии кодирования, как и в любой другой лечебно-реабилитационной технологии, должны соблюдаться главные (опорные) общие принципы: *этапность* (фазность), *индивидуальность* и *комплексность*.

Дополнительные механизмы, опосредующие кодирование (программирование), применяются в работе с больными алкоголизмом как при индивидуальных, так и при коллективных сеансах:

1) в психотерапии — использование кодовой речи, лечебной музыки, театрализованных действий с реальными объектами или виртуальными образами, а также использование трансактных технологий (приемов) и обстановочных кодовых знаков;

2) в рефлексотерапии — акупунктурные воздействия (манипуляции), ароматерапия, музыкотерапия;

3) в фармакотерапии это вшивание или введение устройства, препарата, способных вызвать тяжелую реакцию несовместимости с принимаемым алкоголем.

Для врача психиатра-нарколога кроме психоанализа важно разбираться в законах психолингвистики, биоритмологии, нейрофизиологии. Большое значение имеют *речевые композиции*, играющие роль «обстановочной афферентации» (по П.К. Анохину) как в обращении ко всем пациентам на общей лекции, так и к конкретному пациенту на этапе индивидуальной работы с ним. В настоящее время переиздаются и выпу-

скаются новые монографии о *кодовой речи* и о *речевых и музыкальных кодах* [7, 8, 27]. Знания о тончайших механизмах работы кодов переплетаются со знаниями психофизиологии, молекулярной нейрофизиологии (биологической) и клинической психиатрии, знаниями прикладного психоанализа, законов мышления [34], кибернетики мозга [6, 7], работы нейросетей [60], виртуальной медицины [59], проблемы создания искусственного интеллекта [15, 49] и других. Именно к физиологии приходится обращаться за объяснением пределов возможностей приспособления с использованием понятия *емкость памяти* [5, 34].

Поэтому необходимо развивать учение о кодировании (программировании), очень важно описать фундаментальные базисные основы кодирования (обучения, переобучения). Описать особенности *пассивного* и *активного* обучения и в зависимости от этого используемые врачом разные обстановочные, опосредующие техники.

Необходимо учитывать, что в организме человека эволюционно предусмотрены *эндэкологические* механизмы саногенеза, вероятно, включающие в себя и защиту от дисбалансных сдвигов субстратных депозитов, приводящих к опасным для здоровья доминантам потребностного напряжения. Формирование патологических потребностей и мотивационной доминанты в головном мозге происходит облегченно и ускоренно у лиц с ограниченными возможностями или несовершенной психофизиологической адаптацией, не обеспечивающей адекватный приспособительный ответ на внешние раздражители. Духовная же составляющая потребностного напряжения и поведения управляется через воспитание всеми средствами (примером, культурой, искусством и т.д.). Вероятно, существует пока неуловимая связь между духовными и материальными составляющими поведенческих мотиваций, в том числе и влечений к саморазрушающему. Но где эта соединительная грань? Впрочем, достаточно знать, что она существует. *А технологии программирования, по-видимому, создают условия для реализации этих контактов и способствуют восстановлению эндэкологии, позволяя изменить состояние доминанты, нивелировать или убрать саморазрушающее поведение.*

Все уровни регуляции самоорганизующейся системы организма человека участвуют в рефлексивном и мотивированном поведении (рис. 5).

Относительно духовной составляющей поведения человека напомним, что древнейший философский вопрос «что первично: дух или материя?» решается специалистами, изучающими сознание, в пользу материальности (вещественности) духа. Приведем авторитетные мнения апологетов науки о самоорганизации (синергетики) — Грегори Бейтсона, американского

психиатра, философа и психолога, создавшего кибернетическую концепцию шизофрении и алкоголизма: «В изучении ... причины и основания того, что опиум усыпляет людей, ученый сталкивается со сложной интерактивной системой (взаимодействием человека с внешней средой), два компонента которой могут пролить свет: «либо опиум содержит овеществленный снотворный принцип, либо человек содержит овеществленную потребность во сне, которая выражается в его реакции на опиум». А также и высказывание автора теории синергетики Германа Хакена: «...дух и материя в конечном счете совпадают в нашем мозге ....являются только двумя сторонами одной и той же медали. Выражаясь на языке синергетики, дух является как бы параметром порядка, а нервные клетки — частями, подчиненными ему».

### Заключение

В заключение на основании приведенного материала можно констатировать, что психиатры и психотерапевты не определили до сих пор однозначного отношения к методам программирования или стрессопсихотерапии, в частности к методу кодирования, предложенному А.Р. Довженко, как к психотерапевтическим, хотя специалисты, владеющие методом Довженко и применяющие его десятилетиями, причисляют себя к психотерапевтической школе и лицензируют на законных основаниях свою деятельность как лечебную, психотерапевтическую. В отношении технологии, тактики кодирующих методик до сих пор не существует научно обоснованных и регламентированных определений, ограждающих пользующихся ими специалистов от необоснованных, произвольно истолковываемых претензий и упреков в целительстве со стороны значительной подавляющей части профес-

сионалов-психотерапевтов, психиатров, наркологов и психологов.

Таким образом, на сегодня тема кодирования в наркологии не закрыта, но и не решена сколько-нибудь удовлетворительно, чтобы называться методом и не причисляться оппонентами к шарлатанству или ненаучному целительству. К сожалению, на сегодня кодирование лишь условно можно считать самостоятельным методом с авторским приоритетом А.Р. Довженко, поскольку и сам Довженко подчеркивал, что использует в своей работе психотерапию [12, 13]. Соответственно принципам доказательной медицины метод должен содержать конкретную рецептуру выполнения с указанием доз, временных режимов, показаний, ограничений и противопоказаний, правил отбора больных на лечение, измерительные инструменты и параметры или алгоритм оценки эффективности.

Технология кодирования и сам метод А.Р. Довженко почти не получают развития, а если и имеются такие инновации, то они остаются в реестрах авторских «ноу-хау», не публикуются широко и не становятся достоянием практикующих врачей, особенно начинающих, если не считать некоторых усовершенствований в виде дополнений собственно сеансов стрессопсихотерапии опосредующими приемами: вводными лекциями, индивидуальными беседами, изредка — предварительным биохимическим обследованием. В составе комплексного лечения после сеанса гипнотерапии дополнительно назначаются различные запатентованные композиции: биопрепараты, включая витамины, аминокислоты типа глицина, антиоксиданты, иногда — пептиды и т.д. [4, 50]. Исходя из этого, очевидно, что метод кодирования должно развивать путем дальнейшего интегрирования и диалектического взаимодействия с другими технологиями. И, конечно же, этот сложный и интересный подход к управлению мотивациями, эмоциональным состояни-

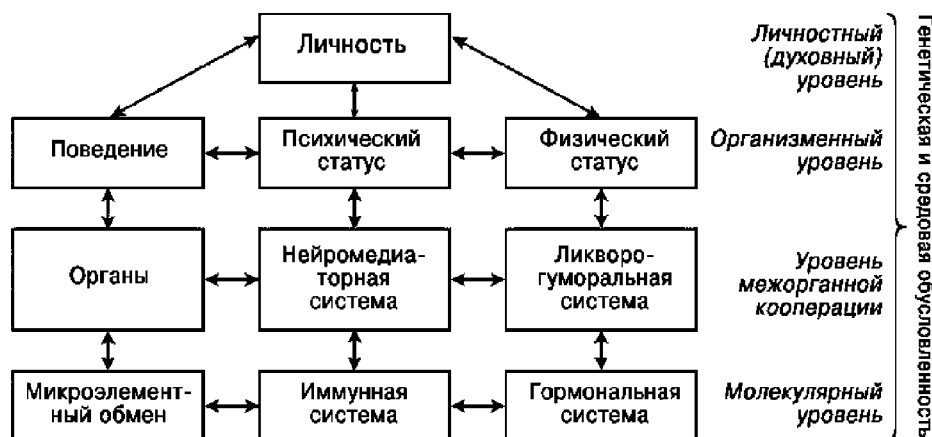


Рис. 5. Уровни системной регуляции самоорганизующейся системы организма человека [47]

ем человека необходимо изучать на фундаментальном уровне.

В настоящее время можно привести следующие аргументы в защиту применения технологии кодирования по А.Р. Довженко в арсенале наркологии:

1) вопросы теории и практики кодирования заслуживают внимания в русле рассматриваемых нами проблем химической и нехимической зависимости как необходимый этап в динамической психотерапевтической работе с такими пациентами;

2) метод кодирования, предложенный врачом А.Р. Довженко, является в настоящее время научно объяснимым, действенным и удобным способом психотерапии алкоголизма;

3) сочетание стрессопсихотерапии с широкой гаммой психотерапевтических методик приводит к высокой эффективности лечения.

Чрезвычайно высокая и ответственная задача стоит сейчас перед всеми последователями и, тем более, непосредственными учениками А.Р. Довженко: передавать последующим поколениям не только воспоминания об авторе, его личности, дарованиях, но и создавать теорию для практики программирования и обучать, опираясь на теоретические и клинические фундаментальные понятия. Тогда технология программирования, как и кибернетика мозга, будет признана и будет развиваться дальше. Сейчас для этого очень важный исторический и подходящий момент, если не последний шанс, учитывая сложившееся в наркологии потребительски-пренебрежительное отношение к врачам со стороны пациентов и их родственников. Врач психиатр-нарколог с большим стажем работы (С.Б. Анкудинов) совершенно справедливо сформулировал формирующуюся сегодня трагически анекдотическую тенденцию следующим образным сравнением: «к врачу-наркологу нередко приходят сегодня как к парикмахеру. При этом даже и не просят, а требуют — «постригите меня так-то и так-то», не считаясь с тем, что ресурсов (волос-то) у клиента и вовсе нет.

На основании минимума выше перечисленного и изложенного в лекции материала очевидно, что разговор о кодировании (программировании) можно еще продолжать, тем более что осталось немало вопросов, тесно связанных с кодированием и функционально-информационной деятельностью мозга (точнее те вопросы, которые поднимает теория кодирования): виртуальная медицина, управление поведением (в смысле воспитания). Действительно, разве в формулах хорошего тона и здорового образа жизни не заложен код?

И, наконец, в качестве оправдания для тех, кто посмеет упрекнуть автора в занятии теоретизированием по поводу «чужого» объекта деятельности, не

свойственного дипломированной специализации автора — врача-биохимика с 30-летним стажем работы в области научно-практической аддиктологии, считаю нужным добавить следующее. Исследования, проясняющие механизмы кибернетики мозга, «мозговых кодов психических процессов» (по выражению Н.П. Бехтерева [96]) и искусственного программирования с лечебной целью, продолжаются. Только по мере накопления наших знаний о предмете взаимосвязь между физиологическим и теоретико-аналитическим объяснением изучаемого феномена (в данном случае — программирования/кодирования мотиваций) станет очевидной. И, как предусмотрительно писал Герберт Саймон [34], именно на пересечении этих двух взаимосвязанных (теоретического и практического) уровней «обнаруживаются предельные возможности изучаемой системы». В предложенной вниманию лекции как раз и сделана попытка обсудить теоретические основы поведения системы «человек — внешняя среда» и проблему управления поведением этой системы при патологической зависимости от ПАВ на примере алкоголя и с системных позиций науки о самоорганизации — синергетики.

### Список литературы

1. Арбиб М. Метафорический мозг / Пер. с англ. / Под ред. и с предисловием Д.А. Поспелова. Изд-е 2-е, стереотипное. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 304 с.
2. Арлычев А.Н. Сознание: информационно-деятельностный подход. — М.: КомКнига, 2007. — 132 с.
3. Артемчук А.Ф., Абрамов Э.М. Дорога жизни. О методе А. Довженко в вопросах и ответах. — Харьков — Феодосия: Изд-во ФОЛФК, 2004. — 268 с.
4. Артемчук А.Ф. Проблема коморбизма алкогольной болезни и клинико-патогенетическое обоснование комплексных терапевтических программ: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Киев, 2005.
5. Ашмарин И.П., Стукалов П.В., Ещенко Н.Д. и др. Биохимия мозга. — Изд-во СПб. Университета, 1999. — 326 с.
6. Бейтсон Грегори Шаги в направлении экологии разума: избранные статьи по антропологии / Пер. с англ. / Предисл. Д.Я. Федотова. Изд-е 2-е, испр. — М.: КомКнига, 2005. — 232 с.
7. Биркин А.А. Психофизиология кода речи. Теоретические основы // Психотерапия. — 2006. — №7. — С. 15—19.
8. Борботько В.Г. Синергетика языка и дискурса // Принципы формирования дискурса: от психолингвистики к лингвосинергетике. Изд-е 2-е, стереотипное. — М.: КомКнига, 2007. — С. 184—219.
- 9а. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. 2-е изд-е, перераб. и доп. — Л.: Наука, 1988. — 262 с.
- 9б. Бехтерева Н.П. Магия мозга и лабиринты жизни. — М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. — 349 с.
10. Воробьева Т.М. Мозговая система позитивного подкрепления и ее место в механизмах зависимости // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 3—7.
11. Гороховская Е.А. Этология: рождение научной дисциплины. — СПб.: Алетей, 2001; М.: Институт истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова РАН, 2001. — 224 с.
12. Довженко А.Р. Мое исцеляющее слово / Литзапись А.Н. Григоренко. 2-е изд-е, доп. — К.: Молодь, 1989. — 192 с.

13. Довженко А.Р. Мое дело лечить. А остальное пусть додумывают психологи... (Интервью) // Трезвость и культура. — 2004. — №1. — С. 20—22.
14. Додух В.Н. Воспоминания о дорогом учителе Довженко А.Р. // Трезвость и культура. — 2003. — №1. — С. 22—24.
15. Дубровский Д.И. Сознание, мозг, искусственный интеллект // Искусственный интеллект: междисциплинарный подход / Под ред. Д.И. Дубровского и В.А. Лекторского. — М.: ИИИнтелл, 2006. — С. 75—99.
16. Жданов А.А. Бионический метод автономного адаптивного управления // От моделей поведения к искусственному интеллекту / Под ред. В.Г. Редько. — М.: КомКнига, 2006. — С. 343—385.
17. Загородний Е.С. Принцип работы мозга. — М.: КомКнига, 2006. — 176 с.
18. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных психических расстройств и состояний зависимости (практическое руководство для психотерапевтов). — М.: ДеЛи Принт. — 288 с.
19. Зиматкин С.М. Роль ацетальдегида в патогенезе алкоголизма // Наркология. — 2007. — №12. — С. 91—103.
20. Каменская М.А. Информационная биология / Под ред. А.А. Каменского. — М.: Изд. центр «Академия», 2006. — 368 с.
21. Кершенгольц Б.М., Ильина Л.П. Биологические аспекты алкогольных патологий и наркоманий. — Якутск: ЯГУ, 1998. — 150 с.
22. Котов А.В. Феномен аддикции в системной организации поведения / Труды научного совета по экспериментальной и прикладной физиологии. Т. 14. Морфофункциональные основы системной деятельности. — М.: ГУ Институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина, 2007. — С. 62—86.
23. Кудрявцева Н.Н., Августиневич Д.Ф. Молекулярные механизмы социального поведения: комментарии к статье Bertoni et al., 2006 // Нейронауки. — 2006. — №4. — С. 33—35.
24. Калувев А.В. Биологические основы аутодеструктивности // Архив психиатрии. — 1999. — №1(19). — С. 28—30.
25. Калувев А.В. Нейрогенетика и нейробиология памяти и тревожности // Нейронауки. — 2006. — №6. — С. 19—28.
26. Королева С.В., Ашмарин И.П. Лечебное действие положительных эмоций и система регуляторных пептидов. На пути к общей концепции // Патогенез. — 2005. — №3. — С. 11—15.
27. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и рождение речевого высказывания. Изд-е 4-е, стереотипное. — М.: КомКнига, 2007. — 312 с.
28. Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология: от психической травмы к психотрансформации. — М.: Психоаналитическая ассоциация, 2006. — 576 с.
29. Новиков О.Н. Сквозь тернии — к звездам! Воспоминания о Довженко // Трезвость и культура. — 2006. — №3—4. — С. 10—11.
30. Островский Ю.М., Сатановская В.И., Островский С.Ю. и др. Метаболические предпосылки и последствия потребления алкоголя. — Минск: Наука и техника, 1988. — 263 с.
31. Применение рефлексотерапевтической технологии ЭМАТ в лечении аддитивных расстройств и заболеваний: Методические рекомендации МЗ Республики Саха (Якутия) / Составители: Б.М. Кершенгольц, Т.В. Чернобровкина, П.А. Катышевцева, В.В. Небрат, О.Н. Колосова, Е.Б. Кершенгольц. — Якутск, 2007. — 56 с.
32. Савчикова Л.В. Критерии эффективности лечения хронического алкоголизма в условиях Заполярного территориально-промышленного комплекса: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Архангельск, 2000. — 19 с.
33. Савчикова Л.В., Спесивцев А.В., Чернобровкина Т.В., Соловьев А.Г. Особенности ремиссий при хроническом алкоголизме на Крайнем Севере и количественная оценка их вероятности // Довженковские чтения: теория и практика наркологии: Материалы VI Украинской научно-практической конференции с международным участием (5—6 апреля 2005 г.) / Под ред. П.П. Волошина. — Харьков, 2005. — С. 168—177.
34. Саймон Герберт Науки об искусственном / Пер. с англ. Изд-е 2-е. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 144 с.
35. Сытинский И.А. Биохимические основы действия этанола на центральную нервную систему. — М.: Медицина, 1980. — 191 с.
36. Список практикующих врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, прошедших специальную подготовку и овладевших авторской методикой под руководством народного врача СССР А.Р. Довженко // Трезвость и культура. — 2001. — №2. — С. 23—25; 2002. — №3. — С. 21—23.
37. Субботина Н.Д. Суггестия и контр-суггестия в обществе. — М.: КомКнига, 2006. — 208 с.
38. Сыропятов О.Г. Биологическая психиатрия и психоанализ — возможен ли консенсус?; Состояние психического здоровья и философские основы реформирования современной психиатрии // Нейронауки. — 2007. — №4(12). — С. 20—26.
39. Тайны кодирования. Тамара Чернобровкина — Владимир Христов (Интервью-беседа) // Мир Севера. — 2007. — №3. — С. 47—52.
40. Тараненко А.М. Математическая биохимия прогнозирует пути новых подходов к проблеме загрязнения внутренней среды // Труды 1-го Междунар. симп. «Открытое общество и устойчивое развитие: проблемы и решения». Т. 3. — Зеленоград — Москва: Изд-во МИДа, 2000. — С. 69—107.
41. Хакен Герман Информатика и самоорганизация. Макроскопический подход к сложным системам / Пер. с англ. / Предисл. Ю.А. Климонтовича. Изд-е 2-е, доп. — М.: КомКнига, 2005. — 248 с.
42. Хлебный Е.С., Кершенгольц Б.М. Роль конформационных перестроек надмолекулярных кластеров воды, ДНК и белков в реакциях клеток лейкоцитов человека на действие стресс-факторов различной природы // Наука и образование. — 2006. — №2. — С. 45—50.
43. Хорн Г. Память, импринтинг и мозг. Исследование механизмов / Пер. с англ. — М.: Мир, 1988. — 343 с.
44. Чернобровкина Т.В. Феноменология наркоманического гомеостаза: от энзимодиагностики к энзимотерапии (лекция) // Наркология. — 2004. — №3. — С. 59—68.
45. Чернобровкина Т.В. Биология аддитивного поведения. Современные концепции формирования влечения к потреблению психоактивных веществ (ПАВ) и подходы к биокоррекции зависимости от ПАВ // Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория и практика. Обмен опытом. — М.: Типография ВАГШ, 1999. — С. 241—251.
46. Чернобровкина Т.В. Биорезонанс как универсальный принцип в лечении и реабилитации больных зависимостями (от доминирования биохевиоризма к биохимизму в теории зависимостей) // Психическое здоровье. — 2007. — №3. — С. 34—41.
47. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Синергетическая медицина. Теоретические и практические аспекты в аддиктологии / Предисловие проф. И.К. Сосина. — Йошкар-Ола: Фракта, 2006. — 313 с.
48. Шабанов П.Д., Мигунов А.И., Кузнецов О.А. Адаптационное и антивирусное действие малых доз этанола при подостром введении у мышей // Наркология. — 2004. — №10. — С. 21—23.
49. Шамис А.А. Пути моделирования мышления: активные синергетические нейронные сети, мышление и творчество, формальные модели поведения и «распознавания с пониманием». — М.: КомКнига, 2006. — 336 с.

## ЛЕКЦИИ

50. Шахирзянов Г.Г., Новиков В., Кирш А. Русский алкоголизм. — Казань, 2007.
51. Штарк М.Б., Скок А.Б., Шубина О.С. Электроэнцефалографическое биоуправление в лечении аддитивных расстройств // Наркология. — 2002. — №11. — С. 19—27.
52. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Введение термина «программирование» как альтернатива дискредитированному «кодированию» при лечении больных алкоголизмом // Наркология. — 2005. — №7. — С. 69—72.
53. Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом (программирование): Пособие для врачей-наркологов и психотерапевтов. Изд-е 2-е. — М.: Гениус, 2005. — 56 с. (Сер. «Библиотечка журнала РАМН «Наркология»).
54. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. Характеристика рецидивов и прогноз эффективности при лечении больных алкоголизмом по методу А.Р. Довженко // Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — №1. — С. 18—22.
55. Эпштейн И.Ц. Двадцатилетний опыт применения психотерапевтического метода А.Р. Довженко для лечения алкоголизма в условиях нефтедобывающего региона страны // Психическое здоровье. — 2006. — №12. — С. 21—24.
56. Эпштейн И.Ц. Приемы и способы психотерапии, включенные в эмоционально-стрессовую терапию алкоголизма по методу А.Р. Довженко // Психическое здоровье. — 2007. — №7. — С. 63—65.
57. Юлина Н.С. Головоломки проблемы сознания: концепция Даниэля Деннета. — М.: Канон+, 2004. — 544 с.
58. Ярославцева Е.П. Человек в перспективе сетевой парадигмы (опыт синергетического подхода) / Е.И. Ярославцева. — М.: Динтер, 2007. — 235 с.
59. Яценко Ю.Т., Носов Н.А. Виртуальные психологические технологии: Метод «Форсаж» // Технологии виртуальной реальности. Состояние и тенденции развития. — М., 1996. — С. 148—160.
60. Чернавский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации. Изд-е 2-е, исправленное и дополненное (Серия «Синергетика: от прошлого к будущему»). — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 288 с.

## CODING IN ADDICTOLOGY (LECTURE)

**CHERNOBROVKINA T.V.**

Dr. of med. sci., professor,

The Institute of postgraduate education of Federal medical-biological agency, Moscow

*The lecture is including a short analysis of opposite (positive and negative) point views on coding phenomenon according the present neurochemical, psychological and psychophysiological theories and conceptions of the memory and alcohol addiction nature.*