



Главная



О журнале



Архив



Авторы



Контакты



Поиск

НАЙТИ

Вне рубрики
Культура
Образование
Общество
Естествознание
Наука и техника
История
Творчество
Коммуникации



► [к сведениям](#)

Парламент массового поражения

Статья обозревателя "Новой газеты" о проекте Закона о самозанятых гражданах РФ, ...

[Подробнее...](#)

№17⁽³⁵⁰⁾
01.11.2018



Почему мы боеем

(№17 [350] 01.11.2018)
Автор: [Александр Хайкин](#)



ISSN 1814-0149

Размышления эволюционно ориентированного психолога о природе телесных заболеваний.

"Мы имеем дело с законом природы. Воевать против законов природы - глупо. Капитулировать перед законом природы - стыдно. В конечном счете - тоже глупо. Законы природы надо изучать и, изучив, использовать. Вот, по-моему, единственно возможный подход."

(А. и Б. Стругацкие. "За миллиард лет до конца света")
[19; с.350].

Введение

Почему мы – люди – боеем? Почему боееют животные? Есть ли общие причины порождения разных телесных болезней? Какие законы природы стоят за механизмами формирования болезней? Являются ли болезни неизбежным и неотъемлемым свойством высокоорганизованных форм жизни? Каковы общие условия сохранения здоровья?

На эти вопросы автор этих строк уже попытался дать ответы в своей Эволюционной концепции соматогенеза и психосоматогенеза, описанной в нескольких весьма "строгих" статьях в "академическом" стиле [28,30,32,33]. В этой статье автор преследует цель быть понятным и интересным не только медикам и психологам, но и всем думающим читателям. (Конечно, стараясь сделать это не за счет обоснованности основных идей и стройности изложения.) Также автор собирается в дальнейшем изложении выражать свои мысли от первого лица и позволить себе некоторые биографические подробности.

Чтобы было понятно дальнейшее, сделаем небольшое абстрактное отступление. Когда в науке изучается, как функционируют очень сложные объекты, например, такие как живой организм или какой-нибудь сложный процесс в нем, то в этом исследовании применяются несколько существенно различающихся подходов. Нам необходимо рассмотреть разницу двух из них.

Если мы исследуем процесс возникновения какого-то инфекционного заболевания, то нам прежде всего нужно понять, что за микроорганизм является его возбудителем. И мы понимаем, что условием возникновения этого заболевания будет попадание именно этих бактерий или вирусов в наш организм. Идея дальше, мы исследуем сам механизм процесса заболевания, определяем на какие органы и ткани и каким способом воздействует инфекция. И в целом такой

Символ Веры. Рассказы

Шесть новых рассказов нашего автора Николая Ефимовича Ерохина

[Подробнее...](#)



ТАСМАНИЯ. Путевой очерк

Очерк нашего автора, жителя Австралии Ильи Буркуна об увлекательном путешествии на уникальный остров Тасмания

[Подробнее...](#)

► Вне рубрики

[Парламент массового поражения | Алексей Поликовский](#)

► Культура

[«Евангелия»: гипотеза о страноведческой матрице | Илья Абель](#)
[Главный герой Шекспира и Пушкина | Владимир Косулин](#)

[Мне снится сон. Пейзажная лирика в эстонском журнале «Вышгород» | Дмитрий Пэн](#)

[Женские образы в ранних рассказах М.А. Шолохова | Галина Смирнова](#)

► Общество

[Валдайский форум | Андрей Колесников](#)

[Саммит в Стамбуле | Юрий Сафронов](#)

[Бездомные в Москве. Рассказ волонтера](#)

[Пикет матери троих детей в Омске и его последствия](#)

[Время колотить лёд | Екатерина Гордеева](#)

► Естествознание

подход, ограничивающийся определением цепочек причин и следствий (механизм) и условия запуска этого процесса мы назовем "причинным". Но иногда его применения недостаточно, чтобы разобраться в природе сложных явлений!

Вот, например, если мы исследуем то, почему инфицировавшись мы вдруг остались здоровы или почему все-таки заболели, мы выздоровели без медицинской помощи. Сложно разобраться в этом без того, чтобы понять, что в той сложно-функционирующей системе, которую мы называем живым организмом, есть иммунитет - то есть такая часть, задача или функция которой как раз и есть борьба со всем чужеродным. В том числе с инфекциями.

При этом сразу понятно, что условием включения иммунитета становится попадание инфекции в организм, обнаружение этого факта и определение микроорганизмов как чужеродных и опасных. И уже разобравшись, в чем функция иммунитета и при каких условиях он начинает свою работу, отдельно мы выясняем, как именно он работает. Например, узнаем, что эта система состоит из клеток-опознавателей, которые ставят на чужаках метку и клеток-убийц, и в подробностях определяем, как они работают. То есть, определяем механизм. И вот такой подход к пониманию сложных процессов мы назовем "функциональным".

Разбираясь в том, "зачем нужен какой-то процесс?", мы одновременно должны ответить и на вопрос "кому или чему он нужен?". И иногда, как мы увидим это далее, нечто может обладать полезной функцией не в системе жизнедеятельности отдельного организма, а в жизни сообщества. Или даже - в эволюционном процессе в целом!

И еще, чтобы не возникло недоразумений, поясню следующее. В этом подходе нам удобно говорить, что, например, "природа изобрела иммунитет для решения задачи защиты организма". При этом вовсе не предполагается, что природа есть субъект, способный создавать и реализовывать планы!

Но вернемся к нашей теме. На вопрос, вынесенный в заглавие статьи, человечество пыталось дать ответ, наверное, со времен своего возникновения. В разное время причины болезней искались как далеко вне тела, например в мире духов, так и в нем самом. Иногда в этом поиске основное внимание уделялось попыткам понять сам механизм формирования болезней или установить условия запуска болезненного процесса, отвечая на вопросы "как?" и "когда это происходит?". В другое время люди больше интересовались функциями болезней, скорее пытаясь ответить на вопрос "зачем происходят болезни, какой цели они служат?".

И, конечно, накоплено уже достаточно "версий" ответов на этот вопрос или хотя бы подходов к его изучению. Тогда в чем же необходимость формировать еще одну? Первой целью, которую я поставил перед собой при написании этой статьи, это попытаться объяснить, в чем, по моему мнению, состоит недостаточность существующих подходов к исследованию природы соматических (телесных) болезней. Конечно, это объяснение неминуемо будет превращаться в собственно обоснование моих представлений о природе порождения (генеза) болезней, которые будут изложены позднее.

МЕДИЦИНСКАЯ ВЕРСИЯ

В первую очередь попробуем ответить на вопрос: можно ли целиком положиться на взгляды современной медицины на понимание природы телесных болезней? Медицина старательно изучает причины возникновения болезней и механизмы их развертывания. Термины "этиология" и "патогенез" как раз и обозначают в ней знание о причинах и механизмах развертывания каждого конкретного заболевания. Если же подытожить и сформулировать общие представления современной медицины о том, почему мы боеем, то получим вот что:

- а) в сложной системе неизбежны сбои функционирования и поломки, в том числе, сбои взаимодействия различных подсистем, причем эти сбои имеют свойство накапливаться;
- б) для отражения "агрессивных атак" внешней среды (инфекции, травмы и т.д.) у организма не всегда хватает возможностей;
- в) жизнедеятельность организма иногда происходит в недостатке необходимых для его функционирования внешних условий (например, чистой воды или воздуха);
- г) жизнедеятельность организма иногда происходит такими способами, которые заставляют работать системы и органы в режимах, на которые они "не рассчитаны" (например, большой объем чтения книг, хронический недосып, сидячий образ жизни).

Получается, что исходя из представлений современной медицины, болезни являются неизбежным следствием и спутником жизнедеятельности сложно устроенного организма в неоднородной, достаточно изменчивой и не всегда дружелюбной среде. И, на первый взгляд, "причинный" подход совершенно

Почему мы боеем | Александр Хайкин

[Борьба с поддельными лекарствами.](#)

[Публикации в российских СМИ](#)

[Разрушительная стихия в](#)

[Краснодарском крае и борьба с ней](#)

▶ Наука и техника

[Наука «прорыва» | Александр Рубцов](#)

[Владимир Фёдоров: ученый, инженер,](#)

[изобретатель турбин | Алексей](#)

[Мельников](#)

▶ История

[Гангстеры против нацистов](#)

[Любовь в аду | Татьяна Вольская](#)

▶ Творчество

[Символ Веры. Рассказы | Николай](#)

[Ерохин](#)

[Один день полковника Денисова.](#)

[Рассказ | Евгений Жироухов](#)

[Нефть поэзии. Стихи | Александр](#)

[Кабанов](#)

[ТАСМАНИЯ. Путевой очерк | Илья](#)

[Буркун](#)

[Живопись. Масло | Владимир Тулулов](#)

▶ Коммуникации

[Шаг на пути создания квантовых](#)

[компьютеров | Вячеслав Голованов](#)

[Фейки соцмедиа: конструирование,](#)

[трансформация, внедрение в массовое](#)

[сознание | Георгий Почепцов](#)



Золотой гонг
"Интернет-издание года"

достаточен для изучения болезней. Действительно, какие могут быть полезные функции у таких не полезных (с нашей точки зрения!) явлений, как болезни?

Однако, как я полагаю, тут естественно возникают два вопроса, можно ли целиком согласиться с таким взглядом и можно ли считать список причин полным? Я полагаю, что нет. И основываюсь в этом своем мнении на следующих фактах и соображениях.

Первое. Формирование каждого заболевания и его дальнейшее протекание зависит от противоборства двух сторон. В первую входят внешние и внутренние болезнетворные факторы: поломки и сбои вследствие сложности живых систем, инфекции, дефицит необходимых веществ в пище, раны от нападения хищников и.д. Во вторую - механизмы "починки", регенерации, иммунитета, самоисцеления. Например, возникновение и ход инфекционного заболевания зависит от того, насколько инфекции противостоит иммунитет.

Традиционно мы считаем, что в этом противоборстве болезнетворных факторов с системами сохранения и восстановления здоровья, последние всегда работают "по максимуму" (если сами не подвержены какой-либо болезни). Просто, если мы заболеваем и продолжаем болеть, то это значит, что болезнетворные факторы даже и при таком уровне сил сопротивления, увы, оказались сильнее.

Подобному взгляду, по моему мнению, противоречит такое явление как эффект плацебо. В чем оно состоит? Представим, что мы боеем, и в нашем случае, по тому, как происходит заболевание, ясно, что своих внутренних сил, например, того же иммунитета, не хватает для противодействия болезни. И, без сомнения, для выздоровления требуется помощь медицины. Нам повезло и в нашем распоряжении есть медицинские средства, которые, как мы уверены, нам помогут в излечении. И если, будучи уверенным, что мы принимаем именно это средство, вместо него мы получим нейтральное (бесполезное) вещество, то может произойти пока не вполне объяснимое современной наукой явление. Мы выздоравливаем, как если бы мы действительно принимали то самое эффективное средство [2,12,13,20,32].

(Примеч, распространенность плацебо настолько глобальна, что все фармакологические препараты признаются эффективными только, если их действие превысит уровень эффективности применения "пустышки"- плацебо, предлагаемого испытуемым "под видом" этого препарата!)

То есть определенные, в данном случае - психологические, условия повышают уровень сопротивляемости организма к болезнетворным факторам, усиливают возможности механизмов самоисцеления и самовосстановления над уровнем, который мы считали максимальным. А на самом деле - над нашим обычным, "нормальным" уровнем! Не потому ли, что до этого момента уровень активности наших исцеляющих систем был снижен!?

Еще показательней разница между действительными возможностями механизмов самоисцеления и тем уровнем их работы, который мы можем наблюдать как бы "в норме", проявляется тогда, когда мы встречаемся со случаями исцеления посредством плацебо от тех болезней, которые не поддаются излечению современной медициной [20].

Кроме того, часть собственно медицинских воздействий как раз и направлена на стимуляцию сил сопротивления организма по отношению к болезнетворным факторам и на мобилизацию естественных сил регенерации. Что еще раз подтверждает, что уровень работы механизмов противодействия организма болезням очень часто снижен.

Подытожим. Похоже, что наш обычный уровень активации борьбы с болезнью часто бывает сильно снижен. Поэтому можно предполагать, что есть неизвестный нам механизм, "умеющий" снижать и повышать уровень мобилизованности сил сохранения здоровья. И тогда к описанным выше причинам болезнеобразования необходимо прибавить еще одну, природа которой пока не ясна!

Второе. Как известно, эффект плацебо существует не только в своем положительном исцеляющем варианте, но и отрицательном. Эффект "ноцебо" состоит в том, что если человек уверен в болезнетворном (и даже смертельном) действии какого-то вполне безобидного воздействия или средства, боится и активно ожидает наступления этого негативного исхода, то застать у него начинает происходить именно то, чего он боится [20,32].

Несколько забегаю вперед в поле обсуждения психосоматических идей и явлений, отмечим, что достаточно обоснованной и в большой мере практически подтвержденной идеей является и то, что в некоторых случаях мы можем заболеть (или, заболевши, не давать себе выздоравливать), когда болезнь является единственным средством решения какой-либо важной жизненной задачи.

Отложим до обсуждения идей психосоматической медицины связь психологического с телесным в двух вышеприведенных абзацах! Сейчас нам важно подчеркнуть другое. Получается, что организм "умеет" (при намеренной или не намеренной "постановке цели") заболеть, найти способ создать болезнь. Организм обладает механизмами болезнеобразования! И "оперативность", с которой

организм генерирует болезнь в случае осуществления ноцебо, говорит о том, что здесь мы имеем дело с механизмами, выходящими за пределы способности к понижению сопротивляемости к уже имеющимся болезнетворным факторам, описанной выше. И, как минимум, они эти факторы и создают! Похоже, что речь опять идет о механизмах, природу которых нам только предстоит выяснить.

(Заметим, что есть попытка объяснить работу этих механизмов работой "патологического условного рефлекса", описанного Константином Михайловичем Быковым [16,34]. Но даже, если в некоторых случаях это объяснение верно, то это не умаляет того обстоятельства, что тогда все равно в организме должен существовать какой-то механизм, который реализует безусловную реакцию! Однако, поскольку ноцебо может способствовать возникновению и тех болезней, которыми мы раньше не болели, то в целом механизм условного рефлекса не может служить здесь объяснением.)

Пока только в одном из вышеописанных примеров болезнеобразования речь явно шла о некоей полезной функции. Но можем ли мы предполагать о полезных функциях болезней в целом? Можем ли предположить, что мы боеем не только "от чего-то", но и "для чего-то"? Косвенную подсказку, на наш взгляд, может дать следующее (третье) соображение.

Третье. Больше всего телесные болезни похожи на процесс старения. Более того, по меткому выражению Владимира Михайловича Дильмана, старение и есть просто "самая универсальная болезнь" [4]. Она затрагивает организм в целом и ею болеют все особи тех видов, которые подвержены этому процессу. Последнее обстоятельство (и, видимо, только оно) сподвигает рассматривать старение как норму, а не как патологию. Хотя по всем медицинским признакам старение не отличимо от того, что обычно медики и понимают под болезнью. Поэтому "разворот на сто восемьдесят градусов", который произошел в общих представлениях о природе старения, вполне может послужить для нас одним из аргументов в выборе подхода к пониманию природы телесных болезней.

С развитием естествознания и чисто "материалистического" взгляда на телесные процессы, старение начало стабильно рассматриваться как процесс постепенного износа тканей и накопления поломок в сложной системе организма. А значит представляться неотъемлемым свойством живой материи. Опять же, второе начало термодинамики говорит о неизбежном превращении порядка в хаос. Но это, как известно, только в замкнутых системах. А живые организмы есть системы открытые. И обладают способностью к регенерации!

А значит, само существование старения и смерти от старости указывает на то, что в противоборстве дегенеративных процессов с процессами регенерации первые всегда сильнее вторых (как минимум, с какого-то возраста)!

Но почему? Ведь эволюционному развитию подвержено все, что имеет значение для приспособления к условиям жизни и в процессе этой эволюции должны были бы уже давно появиться средства, делающие более сильными процессы регенерации? Ответов на этот вопрос, а значит, основных подходов к пониманию старения - два. Первый из них кратко можно изложить так: эволюции, направляемой естественным отбором, "нет дела" до всего, что происходит с особью после того, как она оставила потомство.

Другой вариант ответа на этот вопрос состоит в том, что такое положение дел "выгодно" эволюционному процессу и природа сама "программирует" старение, которое является инструментом эволюции. И такая позиция разделяется сейчас все большим количеством исследователей и подтверждена открытиями в современной биологии [7,9,18,39,49].

Конечно, такой тезис нуждается в подробном раскрытии. Но прежде, чем сделать это, укажем на еще один интереснейший факт: старение не является неотъемлемым свойством всей живой материи! Раскрытые миру и поэтому потрясающе легко погибающие от внешних причин, появившиеся на заре биологической эволюции одноклеточные не подвержены старению. Этот процесс появился гораздо позднее уже у обладающих сложной структурой и дифференциацией тканей многоклеточных.

Однако и у многоклеточных организмов есть три вида клеток, также не знающих старения. Это половые клетки, стволовые клетки (пока они остаются не дифференцированными, то есть могут стать в организме клетками любой ткани) и, к огромному нашему сожалению, клетки онкологические. Более того, количество различных видов животных, не проявляющих, по данным биологической науки, никаких признаков старения уже столь велико, что один из исследователей этого явления Калейб Финч в 1990 году ввел термин "пренебрежимое старение" [39]. Огромное внимание сейчас приковано к исследованию нестареющего или почти нестареющего млекопитающего "африканского голого землекопа" [18].

Но вернемся к так называемым теориям "программируемого старения". Еще в конце девятнадцатого века один из отцов генетики Август Вейсман предположил, что старение и смерть от старости имеет функциональное значение в процессе эволюции видов [49]. Как известно, Неодарвинизм или Синтетическая теория эволюции, господствовавшая весь двадцатый век, полагает, что механизм эволюции состоит из наследственной изменчивости (случайных мутаций) и

естественного отбора. Те из случайных мутаций, которые приводят ее носителя к большей адаптации к окружающей среде, позволяют ему выигрывать конкурентную борьбу за выживаемость и возможность оставить потомство. Таким образом, в популяции в каждом следующем поколении доля особей с новым адаптивным признаком растет. А значит, смена поколений и средства его осуществления - старение и смерть от старости есть инструменты естественного отбора и эволюционного процесса в целом.

Кроме того, ограниченная такой внутренней причиной как процесс старения, продолжительность жизни предохраняет популяции многоклеточных (а значит, гораздо менее подверженных гибели от внешних причин, чем их одноклеточные "собратья") от перенаселения. Поэтому в целом о старении и смерти от старости можно говорить как о полезных для осуществления эволюции "изобретениях природы" [6,7,9,18,39,49].

Одним из аргументов в пользу такого взгляда является и тот факт, что даже нестареющие виды, тем не менее, часто подвержены сменяемости поколений, которая связана с последствиями продолжения увеличения их размеров [6].

Однако более сильный аргумент в пользу теорий "запрограммированного старения" дает открытие самих механизмов этого процесса. Например, механизм клеточного самоубийства - *апоптоз* [7]. Этот механизм появился в эволюции на стадии образования клеточных колоний (сообществ одноклеточных, уже живущих общей жизнью, но еще не успевших стать единым многоклеточным организмом) и позволял, например, выжить части колонии, когда количество необходимых для жизни ресурсов явно не хватало для выживания всех особей. В нашем изложении важно то, что этот механизм очевидно демонстрирует, что для осуществления главенства "интересов" сообщества над "интересами" индивидуума природа "готова создавать" инструменты, приводящие к смерти отдельных особей! Нетрудно экстраполировать это на "интересы" вида, тем более, на интересы эволюции в целом!

В многоклеточных организмах апоптоз и сейчас служит для "выбраковки" тех частей тканей, которые выросли "по ошибке", "вне плана" (например, опухолей) или клеток, зараженных вирусами. По современным данным апоптоз является частью механизма старения [7].

Еще. Одряхление тканей организма начинается после того, как клетки этих тканей перестают нормально делиться. Считается, что у каждого вида тканей есть свое количество делений, на которое способна дифференцированная клетка, так называемый, лимит Хайфлика [40]. Что же мешает клеткам нормально делиться? Оказывается, особый процесс, называемый сейчас репликативным старением, впервые описанный Алексеем Матвеевичем Оловниковым [11]. Хромосомы многоклеточных организмов при каждом делении теряют концевые отрезки - теломеры. (В нестареющих клетках после такой "аварии" "починку" производит специальный фермент теломераза. В одноклеточных организмах хромосомы закольцованы, поэтому репликативному старению не подвержены.) После того, как поломки хромосом накапливаются и общая потеря генного аппарата становится существенной, деление клеток прекращается. Таким образом, репликативное старение есть один из инструментов процесса старения организма.

Еще один механизм, заложенный природой для осуществления старения, - уменьшение с возрастом количества стволовых клеток в организме. Недифференцированные, как бы незрелые, нестареющие стволовые клетки могут становиться при необходимости любыми клетками организма и представляют собой, таким образом, мощнейшее средство регенерации его тканей. Но с возрастом, опять же, вероятно, "по велению природы", мы лишаемся этого средства.

Итак, с развитием геронтологии (науки о старении) представление о старении как о накоплении поломок и ошибок в большой степени сменилось пониманием старения как инструмента эволюционного процесса. Правда, такая точка зрения также сейчас не единственная. Например, существует взгляд, который можно назвать промежуточным между двумя описанными.

Владимир Михайлович Дильман, исследуя природу старения и основных болезней, связанных со старением (они же - "основные неинфекционные болезни"), среди которых атеросклероз, диабет второго типа, гипертония и онкология, пришел к выводу, что они не являются следствиями случайных поломок, а есть результаты действия вполне закономерных процессов, заложенных природой. Эти болезни и само старение, по Дильману есть следствие продолжения действия тех механизмов, которые обеспечивают онтогенетическое развитие (то есть процесс превращения детской особи во взрослую) уже после окончания онтогенеза [4,5].

При этом сам Дильман не считал старение и болезни старения "запрограммированными природой процессами", а всего лишь побочным продуктом действия онтогенетических механизмов. Однако, зададимся вопросом: "можем ли мы быть уверенными в том, что в ситуации, когда после окончания онтогенеза механизмы развития продолжают работать, причем, работать таким образом, что приводят к старению, природа или эволюционный процесс "не имеет

своего интереса"? С учетом рассмотрения описанных выше механизмов старения такая уверенность, как мне представляется, не может быть вполне обоснованной. Более того, должен признаться, что именно работы Владимира Михайловича Дильмана и его Онтогенетическая концепция и послужили для меня одним из отправных пунктов в развитии концепции, излагаемой в этой статье.

Итак, подытожим: *можем ли мы считать медицинский подход к исследованию природы и причин телесных болезней достаточным?* Из всего сказанного выше понятно, что нет. Требуется новая концепция, и она должна опираться не только на "причинный", но и на "функциональный" подход. Необходимо разработать пути исследования функций механизмов формирования (генеза) болезней в индивидуальной жизни особи, но также - и в более широких системах.

Исходя из понимания родственности старения и болезней, и помня о том, как развивались геронтологические представления, я полагаю, что новая концепция вполне может развиваться как ответ на вопрос: не могут ли механизмы болезнеобразования играть некоторую необходимую роль в процессе биологической эволюции, подобно механизмам старения?

Понятно, что требуется расширение "списка" причин и основных механизмов формирования болезней с учетом, прежде всего, механизма, регулирующего уровень сопротивления организма болезнетворным факторам.

Однако это еще не все! Современная (соматическая) медицина в основном рассматривает тело и его системы как функционирующие настолько автономно от психики, что сколько-нибудь существенного влияния психического на порождение телесных болезней, на сопротивление процессу болезнеобразования и механизмы самоисцеления она не предполагает. Но даже уже рассмотренные выше примеры позволяют в этом усомниться. Поэтому следующая часть статьи будет посвящена обсуждению психосоматики или психосоматической медицины, как раз и основанной на идее важной роли психического в порождении и исцелении телесных болезней.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ВЕРСИЯ

Итак, углубимся теперь в психосоматическую версию ответа на вопрос "почему мы боеем?" и попробуем понять, насколько она является в этом достаточной? Психосоматическая теория основана на идее, что причины телесных болезней (целиком или частично) надо искать в неразрешенных душевных проблемах, в сфере психических процессов и состояний. Также здесь принято считать, что психическое играет громадную роль и в механизмах самоисцеления тела.

Должен признаться, что тема психосоматики – это одна из тем, которые привели меня к моей нынешней профессии (практике применения психотерапевтических методов) и которая составляет один из моих главных интересов в ней и сейчас. Кроме того, на мой взгляд, психосоматический подход не достаточно (относительно своего реального значения) представлен и в научном и в общественном сознании. Поэтому я не могу удержаться от того, чтобы осветить его в этой статье в объеме, возможно большем, чем необходимо только для оценки того, насколько этого подхода достаточно для ответа на вопрос, поставленный в заглавии статьи.

Начнем с перечисления того, какими доказательствами существенной роли психического в порождении и исцелении болезней мы располагаем сейчас и какими способами они добываются. Но прежде, чем начать описание доказательств считаю полезным напомнить читателю, что такое стресс, а точнее, эмоциональный стресс. Это известное понятие сильно вульгаризировано популярной литературой, а оно не раз потребуется нам в дальнейшем изложении.

Появлению понятия "стресс" в современном его понимании мы обязаны физиологу Уолтеру Кэннону [36], медику Гансу Селье [48] и психологу Арнольду Лазарусу [42]. Врач Селье обнаружил, что когда организм пытается преодолеть совершенно разные (!) болезни, то в нем происходит одинаковый набор физиологических реакций. Именно они делают возможным борьбу с болезнью. Этот "набор" он назвал "общим адаптационным синдромом" или "стрессом" (напряжением). Еще ранее Кэннон описал процесс сохранения основных параметров внутренней среды организма (гомеостаз) и два вида целостной реакции организма на опасность - "кусай!" и "беги!".

Уже потом, основываясь на этих работах Селье и Кэннона, Арнольд Лазарус ввел понятие эмоционального стресса. Под этим он понимал системную мобилизацию организма для преодоления некоего "вызова" жизни. И конечно, эта мобилизация включает и активацию определенных физиологических систем (например, подъем давления и усиление дыхания) и соответствующие, иногда довольно сильные эмоции. Причем, стрессогенными факторами служат обстоятельства и события, не всегда угрожающие или неприятные, а иногда наоборот, как например, женитьба или переезд на новое место жительства. Важно понимать, что без такого полезного эволюционного приобретения, как стресс, жизнь сложно устроенного организма вообще не возможна!

Но вернемся к эмпирическим исследованиям роли психического в возникновении, ходе и исцелении телесной болезни! В нижеприведенном обзоре я

постараюсь более "крупными мазками" обозначить пункты, мало представленные в литературе.

1) Прежде всего, напомним, что в "материалистической" медицине, особенно с конца девятнадцатого века, было принято считать, что физиологические системы организма, связанные с процессом формирования болезней и сопротивления им, работают вполне автономно от психики и центральной нервной системы.

Однако в настоящее время уже накоплено достаточно свидетельств того, что многие психические явления влияют на чисто телесные процессы через эндокринную и вегетативную нервную систему [1,2,12,13,16,44]. Но еще интереснее здесь то, что психика и центральная нервная система может влиять на эти телесные процессы и напрямую. Одним из самых показательных открытий на эту тему остается эксперимент Роберта Адера, в котором он (случайно) обнаружил, что угнетение деятельности иммунной системы может быть условным рефлексом [35].

2) Важные доказательства в пользу того, что психическое играет существенную роль и в формировании болезней и в сопротивляемости им, дают эксперименты с животными. Эти эксперименты обычно проводятся в двух разных схемах. В одних животных ставят в стрессовые условия и наблюдают, не появятся ли у них признаки соматических заболеваний. Таким образом, уже накоплено достаточно свидетельств связи стресса и сильных негативных эмоций с телесными болезнями [12,14,44].

3) Однако еще более показательными являются эксперименты с животными, когда у них искусственным образом формируется какая-то болезнь. И далее исследуется вопрос: на фоне каких психических процессов и на фоне какой психической активности организм сопротивляется дальнейшему развитию этой болезни, а на фоне каких – нет?

Самым интересным из таких экспериментов, наверное, надо назвать исследование Мартина Селигмана, проведенное на крысах [14]. Прежде всего, он сформировал у части крыс "выученную беспомощность" – пассивное отношение к разрешению жизненно важных задач (таких, как уход от боли). С детства они получали опыт, что никакими своими действиями не могут предотвратить болезненный удар током. Другая группа мышей с детства приучалась находить способ избежать этого удара.

Далее уже повзрослевшим крысам он приживлял раковые опухоли и одновременно снова ставил их в условия необходимости находить способ избегания удара током. Селигман обнаружил, что опухоли развиваются только у тех крыс, которые отказывались от поиска способа избежать наказания (хотя у части из них такая возможность была) и не развивались и отторгались у тех, кто активно осуществлял этот поиск (хотя, у части из них возможности уйти от удара и не было)!

4) Подобные эксперименты, естественно, не могут быть проделаны на людях. И в целенаправленном исследовании возможных психологических причин телесных заболеваний главным образом применяются два пути:

а) опрос больных о стрессовых событиях и продолжительных эмоциональных состояниях, предшествовавших началу заболевания;

б) исследование психотипа и склонности к определенным способам эмоционального реагирования, опять же, у уже начавших болеть какой-то "серьезной" болезнью людей.

Конечно, возможности такого рода исследований гораздо скромнее, чем у вышеописанных. Кроме того, понятно, что долгая или очень опасная болезнь сама по себе многое меняет в способах душевной жизни человека. И поэтому картина, которую мы застаем у больного не всегда совпадает с тем, какой она была до болезни, а значит, ее нельзя с уверенностью понимать как психологическую причину болезни!

Поэтому, хотя уже собрано достаточно много свидетельств роли эмоционального стресса, неразрешенных внутренних конфликтов, неудовлетворенных потребностей и не выраженных эмоций или эмоций определенного вида (таких как депрессия) в развитии болезней у людей [2,12,14,44], к сожалению, далеко не все из них можно считать неоспоримыми и абсолютно достоверными.

Также проведено множество исследований, в которых проверялась идея, что разные виды психологических проблем порождают разные болезни. Однако, их результаты достаточно противоречивы, чтобы делать из них однозначные выводы [2]. Поэтому требуются следующие, более тонкие исследования этого вопроса.

5) Существует, однако, еще достаточно других областей исследования и поиска доказательств роли психического и в порождении болезней и в их исцелении. Например, описанное ранее существование эффектов *платцебо* и *ноцебо*, эффектов, которые интенсивно изучаются в медицине, точно можно считать

неоспоримым доказательством связи психического и телесного в порождении и исцелении телесных заболеваний.

6) Одно из самых удивительных и неоспоримых доказательств связи психического и телесного в порождении болезней дают наблюдения за пациентами, страдающими "синдромом множественной личности". Это такая психическая патология, когда разделение между сторонами, частями, субличностями в человеке становится настолько сильным, что эти части становятся отдельными личностями с отдельной памятью, привычками, предпочтениями. Но что для нас здесь интереснее всего – они имеют отдельные наборы болезней [20]! Причем удивительна и малообъяснима скорость, с которой могут пройти одни болезни и начаться другие при смене личностей.

7) Как известно, болезни иногда проходят сами, "просто так", даже без плацебо. По непонятной причине. В медицине такое явление называют "спонтанной ремиссией". Однако давно замечено и медиками и психологами, что исцеления, кажущиеся беспричинными, часто вызваны коренными изменениями образа жизни. И очень часто близость неминуемой смерти, небольшой период оставшейся жизни позволяет нарушить стойкие запреты и разрешить конфликт между "хочу" и "нельзя".

Об одном из таких удивительных случаев шестнадцать лет назад я услышал от одного из моих учителей психотерапии Ричарда Коннера. На мой взгляд, его рассказ насколько удивителен, настолько же и отражает саму сущность происходящего в таких случаях, что я не удержусь от того, чтобы привести здесь его краткий пересказ.

Ричард рассказал, что когда его дедушке было примерно столько, сколько ему было тогда (то есть, чуть за пятьдесят), то ему поставили смертельный диагноз с прогнозом жизни в несколько месяцев. И он решил провести эти месяцы как давно мечтал - пересек границу и поселился в Мексике, где начал брать уроки живописи. Женился на мексиканке. Освоив за несколько лет искусство живописи, он начал выставляться и открыл галерею. Закончил свой рассказ Ричард словами: "Сейчас моему дедушке девяносто лет".

Что произошло с дедушкой Ричарда? Как мне представляется, важным было то, что он не только реализовал несколько нереализованных ранее потребностей и разрешил свой внутренний конфликт, но (что важно заметить для дальнейшего изложения темы!) также начал развиваться и освоил творческую профессию. Хотя заранее соглашусь с теми, кто считает, что такие примеры вполне могут допускать и другие интерпретации (при изменении образа жизни меняются многие, в том числе и чисто физиологические параметры) и поэтому такие примеры, среди доказательств психосоматической взаимосвязи не могут считаться совершенно убедительными.

8) Косвенным, но все же свидетельством в пользу идеи о том, что у телесных болезней есть психологические причины, можно считать и то, что проработка этих причин способствует исцелению [2,12,44]. Но считать это прямым доказательством мешают несколько обстоятельств.

Первое. Прежде всего, проблема состоит в том, что большая часть данных о психологических исцелениях исходит не от исследователей – экспериментаторов, а от практиков. А они не часто систематизируют результаты своей работы так, как это сделали, например, знаменитые супруги Саймонтоны, о которых речь пойдет несколько позже – в описании истории развития психосоматики.

Второе. Конечно, тот факт, что работа по преодолению психологических причин болезней приводит к их исцелению, к сожалению, не может свидетельствовать, что эти причины именно таковы, как их представляют преодолевающие их практики. Практики, по-разному понимающие конкретные причины болезней, исходящие из разных представлений о психологическом здоровье и нездоровье, из разных представлений о связи психического с болезнями, зачастую в своей работе приходят к одним и тем же результатам. Этому есть масса свидетельств. Меня самого в этом, кроме всего прочего, убеждает собственный очень разнообразный двадцатилетний опыт по исцелению телесных болезней психологическими методами и опыт наблюдения за коллегами. Похоже, что есть некоторые общие процессы, возникающие при психотерапии причин болезней. (Которые, конечно, не стоит сводить к эффекту плацебо!)

Третье. Очень часто в исцелении телесных болезней психологическими методами "этиологическая" работа по преодолению причин сопровождается и "симптоматической" работой по мобилизации естественных сил исцеления тела. И в этих случаях очень трудно установить, за счет чего произошел исцеляющий эффект!

Итак, мы видим, что набор доказательств психосоматической идеи обширен и многообразен. Некоторые направления исследования явно требуют своего дальнейшего развития в силу противоречивости и недостаточности их результатов, некоторые – просто в силу их огромной интересности и перспективности. Ведь в наше "материалистическое" время не так просто

преодолеть традицию рассматривать телесные системы как работающие автономно от психики. Но так было не всегда.

По-видимому, самое время сделать краткий экскурс в историю развития психосоматической теории и практики. На мой взгляд, история развития представлений о том, что психическое имеет важное значение в формировании и исцелении телесных болезней, на сегодняшний день пытается завершить полный виток диалектической спирали.

Даже если не брать в расчет архаичные культуры с их панпсихизмом, а начать отсчет от медицины античного времени, то мы увидим, что врачи древней Греции и Рима исходили из понимания единства психического и телесного в человеке. Они считали, что, прежде чем пускаться в ход в качестве медицинских средств "траву" и "нож", нужно попробовать справиться "словом". Они исходили из того, что *"важнее то, какой человек болеет какой-то болезнью, чем то, какая болезнь у этого человека"*. Что *"плох тот врач, от одного вида которого больному не становится легче"*.

На таких же целостных взглядах на природу человека основывалась средневековая арабская и традиционная китайская медицина. Можно сказать, что совершенно единой медициной тогда являлось то, что теперь разделено на три не всегда согласующихся между собой области теории и практики: собственно медицина (исходящая сейчас главным образом из автономности телесных процессов от психических в порождении телесных болезней), психосоматика (психосоматическая медицина) и психотерапия.

Конечно, телесное и психическое находятся в живом организме в единстве, но при этом обладают определенной мерой автономности. И поэтому отдельное познание причин и механизмов болезнеобразования не только возможно, но в определенный момент может быть даже и полезно. Хотя, понятно, что возможности развития исследования только одной стороны единства обязательно в какой-то момент "упрутся" в свой предел.

Так вот, когда в Европе начали бурно развиваться естественные науки - физика, химия, биология, то с их помощью был сделан прорыв в понимании того, как устроен и функционирует организм и как на его жизнедеятельность влияют агенты внешней среды, например, микроорганизмы. А вот развитие психологии пока "запаздывало". И понимания работы высшей нервной системы и ее связи с другими частями организма еще не появилось. Ирония судьбы: в те же годы, когда начали возникать первые лаборатории экспериментальной психологии, один из создателей современного "дизайна" медицины Рудольф Вирхов сформулировал задачу очищения медицины от всего психического. И она была реализована!

Но одновременно с этим, вслед за развитием психологии и теории высшей нервной деятельности из психиатрии "вылупилась" психотерапия. И начала возникать психосоматика. При этом большую часть идей, которыми мы пользуемся в психосоматике до сих пор, можно связать с именем основателя современной психотерапии Зигмунда Фрейда [16,21,22,34]. Перечислим их.

1) Внутридушевный, внутриличностный конфликт, если он по какой-либо причине не может быть разрешен, особенно если он не разрешается хронически, может превратиться в источник "неприятностей" и чисто психологических, и телесных. Причем, очень часто на одной стороне этого конфликта - актуальные и заряженные энергией желания, а на другой - предписания и запреты, которые были сформированы давно и с тех пор не менялись. И при этом первая из сторон этого конфликта часто не имеет возможности реализовать свои желания. Более того, если эти желания совсем не вписываются в образ "правильного и хорошего меня", то они "вытесняются" из сознания в бессознательное. Мы перестаем знать о том, что у нас вообще есть эти желания.

2) Телесное и психическое обладает единством энергетической системы. И энергия неразрешенного внутриличностного конфликта - "психическая энергия", превращается в нервную, а затем в телесную, И не найдя адекватной реализации, рождает телесную симптоматику.

3) Телесный симптом имеет полезное значение в жизни человека, его получившего, - "первичную" и "вторичную выгоду". Первичная выгода состоит в том, что энергия конфликта, уйдя в тело, перестает разрушать психику. А вторичная выгода телесных симптомов заключается в возможности компромисса между частями, который может дать симптом. Например, благодаря болезни можно не исполнять то, что должен, но очень не хочется, или получить от других людей такое позитивное отношение, например, заботу, которое другим способом мы получать от них не умеем. Таким образом, симптом приобретает важный полезный смысл в жизни страдающего им человека. А часто - и в жизни всей семейной системы, например, не дает разводиться родителям тяжело больного ребенка, хотя развод давно назрел.

4) Также телесные симптомы несут еще одну полезную функцию. Переживания вытесненной части "пытаются прорваться" в сознание. И телесные симптомы своей формой иногда напоминают эти переживания, тем

самым помогая в их осознании. Например, насморк может указывать на то, что есть слезы, которые "хотят, но не могут" быть выплаканы.

Однако сам Фрейд имел в виду под психосоматическими симптомами только то, что теперь мы называем конверсионными симптомами и соматоформными расстройствами. То есть, когда нарушения только функциональны, а не структурны. Когда симптомы есть, а никаких медицинских причин для них нет. И именно такое понимание психосоматических болезней господствовало на первом, "фрейдовском" этапе развития современной психосоматики, который начался в самом начале двадцатого века.

Следующий шаг, следующий этап развития психосоматической теории – признание, что некоторые уже действительно медицинские болезни имеют психологические причины. Причем, к болезни приводит именно сочетание причин телесных и психологических. Этот этап начался с конца сороковых годов прошлого века. И более всего его становление можно связать с именем Франца Александера [1]. Александер попытался понять и подробно описать сам механизм психосоматогенеза, то есть механизм перехода психологических причин в телесные последствия. И в понимании этого механизма он исходил из трех обстоятельств.

- 1) Психика и центральная нервная система может воздействовать на телесные процессы через вегетативную нервную систему.
- 2) Некоторые процессы и явления, например, эмоции, стресс или удержание себя от выражения некоторых чувств одновременно являются и психическими и телесными.
- 3) Болезненные внутридушевные процессы, не двигающийся к разрешению внутриспсихический конфликт могут приводить к достаточно нездоровому или не здорово долгому функционированию какой-либо телесной системы или органа. Что и может послужить болезнетворным фактором.

Франц Александер, а также Флоренс Данбар [37] считали, что есть соответствие между определенными психотипами и видами внутренних конфликтов с конкретными медицинскими диагнозами. Они стали пионерами в поиске таких соответствий в психосоматике, где подобные исследования продолжаются и поныне.

После работ Александера психосоматическими начали считаться все телесные заболевания, которые уже (!) имеют описанный механизм превращения психологических причин в телесные болезни. И с одной стороны, это породило разделение болезней на чисто соматические, все существенные причины которых лежат только в телесной области, и психосоматические, часть существенных причин которых лежит в области психического. Но с другой стороны, потенциально психосоматическими можно считать любые болезни, ведь их механизм может быть открыт в будущем!

Конечно, не только Фрейд, Александер или Данбар создали свои теории психосоматики. Очень многие исследователи этой области создавали в это время свои достаточно оригинальные концепции [13,16,34,43]. Развивалась и практика психосоматики. Выделение конкретных фамилий и концепций служит в моем изложении истории психосоматики для обозначения главных характеристик каждого этапа, как я их понимаю.

Третий этап в развитии психосоматики начался примерно с семидесятых годов прошлого века. Именно семидесятые и восьмидесятые годы ознаменовались прорывом в исследовании влияния психического на телесное и в развитии практики исцеления телесных болезней с помощью психологических методов. Этот этап можно обозначить как этап появления "психонейросоматики" и "медицины разум / тело".

Именно в 1974 году упоминаемый ранее Роберт Адер обнаружил, что угнетение (снижение активности) иммунитета может быть условнорефлекторной реакцией [35]. То есть стало понятно, что иммунитет может управляться корой головного мозга напрямую, что вызвало переворот в системе взглядов об автономности телесных функций. Исследователи направили свое внимание на изучение связи психики, центральной нервной системы и иммунитета. Возникло направление, которое было названо психонейроиммунологией [12,44]. А вслед за этим сформировалась психонейроэндокринология и психонейрокардиология. В последние десятилетия начало изучаться влияние психических состояний на активность генов (генную экспрессию) внутри клеток и, таким образом, на само функционирование клеток [41,45,46].

В это же время супруги онколог-радиолог Карл Саймонтон и психолог Стефани Саймонтон организовали медицинский центр для работы с онкобольными. Предпосылкой к этой идее был позитивный опыт Карла. Сочетание облучения с визуализацией лучей как помощников, которые уничтожали раковые клетки, резко повысило эффективность терапии и существенно понизило негативные последствия терапии.

Супруги Саймонтоны создали целостную программу для работы с большими раком, которую они назвали "Психологический подход к лечению онкологических заболеваний". В этом подходе они сочетали практики визуализации, мобилизующие иммунитет, с работой с психологическими причинами стрессов, а значит, как полагали Саймонтоны, и с причинами самого заболевания, с проработкой вторичных выгод болезни, а также с преодолением убеждений своих пациентов о невозможности победить рак.

Они применили свой подход в работе со ста пятьюдесятью девятью больными раком в терминальной стадии с прогнозом жизни в несколько месяцев. Медицина не предлагала им ничего кроме лечения, облегчающего состояние. Эксперимент, который продолжался четыре года, мог бы считаться совершенно "чистым". К моменту написания их книги, в которой Саймонтоны описали свою методику и свой опыт [15], шестьдесят один человек продолжали жить. У многих из них опухоли исчезли совсем, уменьшились или их рост прекратился. Стало понятно, что даже только (!) психологическими методами можно вылечить рак!

Опыт супругов Саймонтонов не только вдохновил психологов и психотерапевтов принимать самое активное участие в работе по излечению онкологических заболеваний и привел к появлению направления психоонкологии. Он также дал громадный импульс в развитии психосоматической терапии вообще. Оформилось направление, называющее себя "медицина разум/тело". Теперь довольно существенная часть психологов и медиков, занимающихся психотерапевтической практикой, считают своим делом работу по излечению телесных заболеваний.

Также в период с конца шестидесятых до середины восьмидесятых возникло несколько близких "по духу" концепций психосоматики, которые заметно вышли за пределы набора идей, которые остались от Фрейда. Все они основывались на данных экспериментов и систематических наблюдений.

Джордж Энгель и Артур Шмале предложили считать основной психологической причиной телесных заболеваний отказ от веры в будущее, отказ от оптимизма [38]. Этот отказ в свою очередь формирует соответствующие эмоции, которые, взаимодействуя с генетическими предрасположенностями, запускают процесс формирования заболевания.

Уже упомянутый ранее Мартин Селигман выдвинул психосоматическую концепцию, основанную на введенном им понятии "выученной беспомощности". Под этим он понимал стратегию отказа животного или человека от попыток преодолеть какую-либо важную негативную ситуацию, решить стоящую перед ним задачу. Эта стратегия создается важным формирующим опытом, в основном, переживаемым в детстве, который навсегда убеждает, что от собственных действий ничего не зависит. По Селигману выученная беспомощность является важным фактором болезнеобразования у животных и человека [16,34,47].

Основываясь на разнообразных экспериментальных данных, в том числе на результатах экспериментов Селигмана, Вадим Семенович Ротенберг и Виктор Вульфович Аршавский выдвинули концепцию поисковой активности как важнейшего фактора сохранения здоровья [14]. Под поисковой активностью они понимали активность животного или человека, направленную на поиск способов разрешения задач и выхода из негативных ситуаций, когда стереотипного способа разрешения нет и нет однозначно позитивного прогноза по его нахождению.

Ротенберг и Аршавский показали, что:

- а) отказ от поисковой активности является важнейшим фактором формирования телесных болезней, а, соответственно, участие в поиске способствует сохранению здоровья;
- б) воздействие эмоций на здоровье зависит не от их знака, а от того, стимулируют они или останавливают поисковую активность;
- в) стресс становится вредным, переходя в фазу истощения, "дистресса" по Селье, только если он не сопровождается поисковой активностью.

Признаюсь, концепция Ротенберга и Аршавского стала для меня одним из оснований и стимулов к созданию моей эволюционной концепции психосоматики, которая будет изложена ниже. В ней я и попытался ответить на вопрос: почему поисковая активность является таким важнейшим фактором сохранения здоровья?

Примерно в тоже время оформился взгляд на процесс формирования болезней как на остановленный и этим "озлокачествленный" процесс восстановления целостности и психологического развития. Этот взгляд, который также поспособствовал формированию моей концепции, четче всего был сформулирован в психотерапевтической концепции Арнольда Минделла [10].

Вернемся к истории психосоматики в целом. Можно сказать, что третий этап ее развития продолжается и сейчас. И это, к сожалению, означает в том числе и то, что за последние, с середины восьмидесятых тридцать лет никаких кардинальных идей и теоретических концепций, продвинувших психосоматическую теорию, не произошло.

Подытожим ответ сегодняшней психосоматики на вопрос: "почему мы боеем?".

Прежде всего, какие психологические явления запускают процесс болезнеобразования и являются их условиями?

1) Мы боеем, когда не можем разрешить какой-то очень актуальный внутренний конфликт. И зачастую нездоровым компромиссом между сторонами и является болезнь. Иногда болезнь кого-то из членов семьи является компромиссным разрешением уже не внутридушевного, а внутрисемейного конфликта.

2) Когда (опять же, вследствие неразрешенного внутриспсихического конфликта, например, между тем, что я хочу, и тем, каким я должен быть) мы не разрешаем себе реализовывать какую-то важную потребность, а иногда даже просто осознавать ее. И при этом не позволяем себе реализовывать энергию, заложенную в неудовлетворенном желании.

3) Когда мы захвачены такими эмоциями, которые возникают вследствие невозможности разрешить конфликт и удовлетворить актуальную потребность. Например, депрессией.

4) Мы боеем, когда что-то не в силах разрешить свой внутренний конфликт, мы останавливаем процесс своего личностного развития. (А ведь именно внутренний конфликт как раз и может быть источником развития!)

5) Также процесс формирования болезни запускают эмоциональный стресс и психотравмы. Причем болезни формируются, только если стресс, что называется, "не пошел в дело". А это часто происходит тогда, когда стресс не сопровождается поиском выхода из стрессогенной ситуации.

6) Вообще говоря, отказ от поисковой активности, даже вне ситуации стресса (например, в ситуации успокоения после достижения важной цели) является самостоятельным условием возникновения болезней. Что, кстати, ставит интереснейший вопрос: а почему это так, и почему поисковая активность способствует сохранению здоровья?

Заметим, что только последние два условия могут "работать" для всех высокоорганизованных организмов, а не только для человека, подверженного "невротическому развитию". Поэтому очень важно понять: что объединяет все эти условия? Какое общее условие может быть условием, работающим во всем животном мире?

А каков же с точки зрения современной психосоматики механизм перехода психологических проблем в проблемы телесные? То есть, каков сам механизм "психосоматогенеза"? Нужно признать, что этот вопрос в психосоматике и по сей день остается очень слабо разработанным. Несмотря на развитие представлений об условиях запуска процесса формирования болезней, с одной стороны, и развитие исследований связи психического и телесного в вопросах, касающихся телесного здоровья, с другой, хоть сколько-нибудь законченный механизм психосоматогенеза есть только в концепции Франца Александера, описанной ранее.

В психосоматической медицине, в отличие от медицины соматической, как мы видели, есть разработанное представление о полезных функциях болезни. Напомню, оно состоит в понимании того, что болезнь, во-первых, несет функцию компромиссного разрешения внутреннего конфликта. Только таким болезненным образом мы зачастую и получаем возможность удовлетворить какую-то важную потребность, которая у нас находится под запретом. То же – и про компромиссное решение конфликтов в семье.

Во-вторых, телесные симптомы исполняют символическую функцию, своей формой намекая на вытесненную из сознания часть души, чтобы она снова могла вернуться в сознание. То есть опять же "пытаются" поспособствовать разрешению внутреннего конфликта. И, конечно, развитию личности. Заметим, что оба эти представления о функции болезней могут пониматься только как применимые для переполненного невротическими конфликтами человека, причем, человека цивилизованного.

Теперь попробуем оценить в целом, можно ли считать достаточными возможности современной психосоматики (психосоматической медицины) в ответе на вопрос, почему мы боеем? Помня при этом, что болезни существуют во всем животном мире.

Начнем с того, что в самой психосоматике до сих пор только часть телесных болезней считаются психосоматическими. А граница между соматическими и психосоматическими болезнями определяется тем, определен ли уже для них психосоматический механизм генеза. Таким образом, в психосоматике мы не только исследуем природу далеко не всех телесных болезней, но и границы их "списка" не определены.

В психосоматической медицине используется функциональный подход наряду с причинным. Однако определены только функции болезней в жизни человека и его семьи. Явно необходим такой контекст в понимании функций болезней, который был бы "работающим" и для всего животного мира!

Психосоматическая медицина в понимании природы формирования болезней пытается исходить и из психологических и из соматических (телесных) факторов. Однако вопрос о самом механизме генеза болезней здесь находится еще на очень начальной стадии своего исследования.

Непонятно, как именно взаимодействует телесное и психическое в порождении телесных болезней. Неясно, являются ли психологические причины болезней постоянно действующими в ходе развития заболевания или только запускают патологические процессы. Не выяснено, говоря на медицинском языке, можно ли считать психические факторы относящимися только к глубинной этиологии или их можно считать частью патогенеза. Пока понимание роли психического и понимание способа взаимодействия телесного и психического в порождении телесных болезней является задачей, которую только предстоит решить.

Подытожим сказанное выше. Ответ психосоматики (психосоматической медицины) на вопрос "почему мы боеем?" еще явно не достаточен. Но может быть, можно опереться на совокупность представлений соматической и психосоматической медицины? Пока тоже нет. Это может стать возможным только после понимания, хотя бы в общих чертах, взаимодействия психического и телесного в едином механизме порождения болезней. Нужна теоретическая концепция, в которой это было бы возможно!

ВЕРСИЯ ДУХОВНЫХ УЧЕНИЙ

Функциональный подход более глобально, чем в психосоматике, используется в духовных, в том числе, религиозных учениях. Болезнь здесь трактуется как некий индикатор соответствия образа жизни "правильному", если отклоняешься - боеешь. А также - как наказание за это отклонение. Но что интересно для нас в нашем исследовании, в части духовных учений этим правильным образом жизни выступает следование путем духовного развития, который часто очень схож с пониманием личностного роста в психологии. Поэтому духовные учения, особенно их эзотерические (внутренние, не религиозные) части могут быть источником некоторых идей и для науки. Признаюсь, трактовка индуистского понятия "дхарма" как "задания на жизнь в духовном развитии", предложенная исследователем духовных традиций и психотехник Андреем Григорьевичем Сафроновым [17], оказала влияние и на мою концепцию.

Однако в целом, оставаясь в научном контексте, опереться на духовные представления в понимании причин болезни невозможно. Просто потому, что они не относятся к сфере науки и поэтому не проверяются научным образом. Кроме того, функция болезней понимается здесь не просто как необходимость для функционирования и развития систем, а всегда как исполнение некоего плана некоего субъекта, что, вообще говоря, не соответствует пониманию функционального подхода в науке.

Итак, мы видим, что необходимость создания новой теоретической концепции формирования телесных болезней назрела. Но прежде чем мы перейдем к ее изложению, укажем еще на один из ее источников.

ДАнные СОВРЕМЕННОЙ ЭВОЛЮЦИОННОЙ БИОЛОГИИ

О том, что со времен Вейсмана старение считается одним из инструментов эволюционного процесса, мы уже здесь говорили. Но тут есть еще одна очень важная для нас "деталь". Тот способ осуществления эволюционного процесса, в котором важным инструментом является старение и смена поколений, больше не может считаться единственным. Почему? Чтобы ответить на этот вопрос, сделаем краткий экскурс в эволюционную биологию.

Жан Батист Ламарк считал, что движущей силой эволюции является стремление к совершенству. И движимая им, например, жирафа стремится дотянуться до все более высоких веток на дереве. В результате такой "тренировки" ее шея становится длиннее. И этот новый признак она передает своему потомству.

Чарльз Дарвин, вопреки бытующему представлению, не отвергал идею о том, что сформированные при жизни родительских особей новые полезные признаки передаются потомству. Он просто заменил стремление к совершенству, как движущий и регулирующий фактор, на необходимость приспособления к окружающей среде и естественный отбор тех особей, чьи новые признаки позволяют им приспособиться к этим внешним условиям лучше.

И только когда эволюционная теория соединилась со сформировавшейся, как научная дисциплина генетикой и возник Неодарвинизм или Синтетическая Теория Эволюции (СТЭ), то эволюционный процесс начал рассматриваться как происходящий уже скорее между поколениями, чем в жизни каждой особи. Случайные изменения в генетике направлены отбираются условиями среды, в которой происходит жизнь особи. Более приспособленные к условиям жизни особи чаще оставляют потомство. А со сменой поколений в каждом новом поколении

процент носителей более адаптивного признака (например, более длинной шеи у жирафы) увеличивается.

Но почему не предположить, что этот механизм осуществления эволюционного процесса сочетается в реальной биологической эволюции с "прижизненным" развитием особей по Ламарку (с "поправкой" Дарвина)? Прежде всего, думать так запрещало отсутствие данных о механизмах передачи накопленных при жизни изменениях в генокод.

Однако, в последние десятилетия эволюционная биология и генетика пережили несколько достаточно сенсационных открытий на эту тему. Не вдаваясь в подробности, перечислим их. Были открыты: обратное кодирование белок - РНК – ДНК, эпигенетическое наследование, управление организмом мутациями, происходящими в нем [9]. Всё это действительно уже позволяет думать о возможности трансляции накопленных прижизненно изменений в генный аппарат! Кроме того, открытия современной эволюционной биологии позволяют думать об эволюционном процессе в целом как о единой, причем также эволюционирующей системе [9].

Итак, у нас появляется возможность думать уже о двух способах осуществления эволюционного процесса. В одном из них, "межпоколенном", старение, то есть болезнь, поражающая все особи биологических видов, ему подверженные, является одним из важнейших инструментов эволюции. Не естественно ли предположить, что "прижизненный" способ осуществления эволюции обладает схожим, уменьшающим жизнеспособность особей, инструментом? После обозначения этого вопроса, я думаю, будет уже уместным начать излагать и свою версию ответа на вопрос, ставший названием этой статьи.

ЭВОЛЮЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРИРОДЫ МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ ТЕЛЕСНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Базовая гипотеза моей концепции соматогенеза и психосоматогенеза, то есть моего подхода к пониманию природы телесных болезней состоит из трех предположений.

Первое предположение состоит в том, что механизм (или механизмы) формирования телесных болезней есть инструмент эволюционного процесса. Аналогично механизму (механизмам), обеспечивающим старение. Еще раз: болезнеобразование не неизбежный атрибут жизни, не просто прямое следствие поломки и агрессии внешней среды, а "необходимое изобретение эволюции".

Второе предположение моей базовой гипотезы касается способов осуществления эволюционного процесса. Здесь я прежде всего полагаю, что эволюционный процесс не просто может осуществляться в обеих, описанных выше, формах, то есть и в "межпоколенной" и "прижизненной", именно реально осуществляется в природе в обеих формах! И "прижизненная" ветвь эволюционного процесса складывается из "маленьких эволюций", происходящих в пределах жизни отдельных особей.

Понятно, что развитие поведения гораздо мобильнее развития строения организма и его физиологии. Поэтому этот способ эволюционного процесса, происходящий в течение жизни каждой особи, должен осуществляться больше в области развития поведения и психической регуляции. И, что важно, сохранение новых поведенческих "наработок" может реализовываться не только с помощью записи в геном, но передаваться через процесс обучения младших поколений старшими.

Итак, сформулируем второе предположение: эволюционный процесс форм поведения и психического проходит через жизнь каждой особи. Точнее, "пытается" пройти.

Чем же может направляться это индивидуальное развитие особи?

- 1) *"Внешними" задачами, поставленными необходимостью приспособления к условиям окружающей среды.*
- 2) *Внутренними тенденциями развития, назревшими внутренними проблемами и необходимостью разрешения внутренних конфликтов. (Понятно, что каковы могут быть внутренние проблемы у животных, стоящих на не высоком уровне эволюционного развития, мы пока не знаем!)*
- 3) *Тенденциями развития эволюционного процесса в целом. (Вспомним, что согласно некоторым представлениям в современной эволюционной биологии, эволюционный процесс сам является целостной эволюционирующей системой!)*

Понятно, что индивидуальная эволюция форм поведения и психического может происходить на двух уровнях:

- 1) *Как накопление особью опыта решения тех задач, для которых у нее нет стереотипных или известных ей форм действия.*

2) Как формирование особью новых способностей и развитие своей психической организации в целом.

Естественно, у животных, находящихся на разных этапах эволюционной лестницы, можно ожидать развития совершенно разной степени сложности. Для человека речь, например, может идти о развитии личностных качеств, а у простейших – об "оперантном научении".

И, конечно, развитие поведения и психического аппарата заставляет развиваться и нервную систему. Также, новые формы поведения стимулируют и развитие анатомических форм и физиологических процессов, так чтобы они лучше обеспечивали само осуществление новых действий. Например, развитие инервации и строения руки у обезьян.

Индивидуальное эволюционное развитие - это нахождение самой особью новых способов воспринимать, переживать, делать и думать по-другому, так как до этого она не умела. При "беглом взгляде" может показаться, что онтогенез, то есть, развитие детской особи во взрослую, есть его часть. Но в целом это не так! Процесс освоения того нового, чему детские особи учатся у взрослых, отличается от собственного нахождения новых решений. Что, конечно, не исключает того, что в процессе своего обучения детская особь может включать "встречный" поиск и самостоятельно нарабатывать новые поведенческие и психические формы, то есть участвовать в собственном эволюционном процессе.

Третье предположение базовой гипотезы посвящено определению функций и условий запуска механизма болезнеобразования и поэтому напрямую относится к ответу на главный вопрос этой статьи.

Прежде всего, в чем функция или функции механизма формирования болезней? Я полагаю, что у этого механизма две функции. Первая из них это заставить особь участвовать в собственном эволюционном процессе, точнее, создать условия, когда для нее это будет необходимо и когда для нее это будет легче. Болезнь, во-первых, заметно ухудшает условия жизни и часто делает невозможным продолжать жить, опираясь только на имевшиеся ранее способы поведения и психического отражения и регуляции. Во-вторых, поскольку болезнь существенно меняет весь способ существования особи, то новое в нем может начать находиться как бы случайно, "само собой".

Вторая функция состоит в отборе, расчищении пространства. Не участвующие в собственной эволюции, не пропускающие ход общего эволюционного процесса через свою жизнь особи начинают болеть и их жизнеспособность уменьшается.

Каковы же условия включения механизма (механизмов) формирования болезни? Соответственно функциям. Если особь не участвует развитием своего психического и своего поведения в эволюционном процессе, то в ней включается механизм генеза заболевания. В эволюционирующей особи эти наработанные природой механизмы болезнеобразования выключены.

Является ли это "стопроцентным" условием сохранения здоровья? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо забежать немного вперед в описание самого механизма болезнеобразования.

Я предполагаю, что этот механизм состоит из двух существенно разных частей. Работа одной части механизма состоит в понижении уровня активности тех систем организма, которые по своему назначению как раз или должны противостоять болезнетворным факторам (например, иммунитета) или систем, которые должны осуществлять регенерацию и другие пути самоисцеления организма. Работа второй части механизма состоит в формировании самих болезнетворных факторов и даже в осуществлении целостного генеза заболевания.

Таким образом, можно сказать, что если особь не участвует в собственной эволюции психического, то в ней, как минимум, выключаются или снижают активность механизмы, сохраняющие здоровье. Если же особь активно участвует в собственной эволюции, то механизмы, охраняющие здоровье работают в полную свою мощность.

Исходя из такого понимания работы механизма генеза болезней можно подчеркнуть одно важное обстоятельство. Я неслучайно говорю здесь именно о функциях и условиях запуска механизма болезнеобразования, а не о функциях болезней как таковых (как в части предыдущих публикаций на эту тему [28,30]). В чем разница? Дело в том, что я не считаю, что абсолютно все телесные болезни являются результатом действия только что описанного механизма. Как минимум, потому, что наверняка есть болезнетворные факторы, которым не могут противостоять даже работающие на полную мощность механизмы сохранения здоровья.

Кроме того, большинство болезнетворных факторов не являются результатом работы вышеописанных механизмов. Часть из них явно относятся к работе механизмов старения. Генетические патологии тоже вряд ли можно считать зависимыми от участия или не участия особью в собственном эволюционном процессе. Но, может быть, они являются следствием неучастия кого-то из родительских особей в своем эволюционном процессе?

Теперь ответим на вопрос о "гарантии" сохранении здоровья для активно эволюционирующих особей. Участие особи в развитии своей психической сферы гарантирует здоровье во всех случаях, кроме тех, когда факторы болезнеобразования действительно непреодолимы (что бывает не так часто!) и, кроме того, когда ухудшение здоровья есть результат действия механизмов старения как такового.

Эволюционная концепция природы механизма болезнеобразования "еще очень молода" и в ней есть много вопросов, которые еще только ждут своей проработки. Один из них связан с тем, что неучастие особи в эволюции психического можно рассматривать как происходящее в двух различающихся случаях:

1) Когда наработка нового в поведении и психическом явно необходима и актуальна, но не происходит. Например, когда особь отказывается от поиска путей выхода из угрожающей ситуации или разрешения внутреннего конфликта.

2) Когда у особи актуальной необходимости в новых поведенческих и психических решениях нет, но продолжительное время нет и ее участия в эволюционном процессе.

Тут важно выяснить, каким образом соотносятся между собой эти два способа неучастия в эволюции как варианты общего условия? Не отличаются ли они, например, в важности для самого запуска процесса болезнеобразования?

Но все-таки, эти два варианта составляют одно, причем, общее условие запуска у особи процесса порождения болезни. А в психосоматической литературе, как мы видели, их несколько. Есть ли тут расхождение, как мой вариант соотносится здесь с "классикой психосоматики"? На этот вопрос ответ есть.

Очень легко увидеть, что все описанные в психосоматической литературе условия являются необходимыми, (но не достаточными!) условиями того, что особь сможет осуществить свой эволюционный процесс психической и поведенческой сферы. (Заметим при этом, что этот набор условий в целом - набор именно человеческого.)

Действительно, если способ нашей жизни таков, что мы не можем осознавать свои потребности и пытаться реализовать их в своей жизни, не можем разрешать свои внутренние конфликты, не можем обогащать свою личность новыми осознанными качествами, если не умеем реализовывать в полезном действии энергию стресса, не способны превращать психические травмы в опыт, если отказываемся от поисковой активности, то осуществить процесс развития психической сферы для нас, людей, будет совершенно невозможно!

Понятно, что для животных, находящихся на разных ступенях эволюции, этот набор необходимых условий будет несколько иным.

Здесь мне кажется важным сказать отдельно еще несколько слов о том, как, по-моему, соотносятся между собой поисковая активность и участие в эволюционировании психического как условия сохранения здоровья. Поисковая активность у человека включает в себя такую развитую форму, как творчество. Но кажется совершенно понятным, что не все люди "творческих профессий" действительно занимаются творческим поиском, то есть создают нечто действительно новое, а главное, новым способом. Если одним и тем же способом делать похожие "вещи", то это вряд ли является реальным творчеством!

Однако здесь еще важнее другое. Поиск, как я думаю, работает как фактор и условие сохранения здоровья, только если он осуществляется в эволюционно значимом направлении! Может быть, этим можно объяснить, что далеко не у всех творческих людей позитивная медицинская история?

Так как же можно в общем виде сформулировать общее условие сохранения здоровья (конечно, в смысле, описанном выше) для человека? Чтобы оставаться здоровыми, нам необходимо всегда уметь знать, куда, на какое развитие стремится направить нас наш собственный эволюционный процесс, и находить способы реализации этого "вектора" в своей жизни. Мы будем здоровы настолько, насколько наш образ жизни позволит нам участвовать своим собственным развитием в общем процессе эволюции.

Конечно, мои представления об эволюционной природе механизма болезнеобразования были созданы весьма умозрительным путем и нуждаются в экспериментальной проверке. И, как мне представляется, эмпирическому исследованию скорее поддадутся не общие положения, а конкретные механизмы реализации этого, изобретенного природой, эволюционного инструмента.

Выше я уже высказал свое предположение, что механизм порождения болезней работает: а) как механизм снижения активности сопротивляемости организма болезнетворным факторам и систем регенерации; б) как механизм порождения самих болезнетворных факторов и даже целостного заболевания.

В обоих случаях работа этого механизма генеза болезни должна включать исполнение двух обязательных задач. Первая из них - обнаружить участие или

неучастие особи в эволюционном развитии психики и поведения. Вторая - включить механизм болезнеобразования в случае, если обнаружено неучастие. И конкретные психофизиологические и физиологические системы и процессы, с помощью которых эти задачи исполняются, сравнительно легко могут быть обнаружены в экспериментальных исследованиях.

Должен признаться, что тема самого механизма формирования болезни разработана в моей концепции пока гораздо менее подробно, чем основная гипотеза. В этой статье я чуть расширю мои, уже описанные в более ранних публикациях [30,32,33], предположения о том, как конкретно реализуются эти две задачи. Мои очень предварительные догадки здесь опираются на экспериментальные открытия в области нейробиологии и генетики, совершенные в последние десятилетия.

Как организм определяет, участвует ли особь в собственной эволюции психического? Я полагаю, что если речь идет о высших животных, то в головном мозге существуют нейроны-детекторы, реагирующие на то, когда какие-то интеллектуальные или поведенческие действия совершаются впервые. По аналогии с нейронами-детекторами новизны и тождества, которые оценивают новизну воспринимаемого. Может быть существуют и детекторы нового способа эмоционального реагирования в знакомых ситуациях. Может, есть детекторы, реагирующие на саму попытку сделать нечто совершенно новое, когда это новое не является содержанием обучения детских особей взрослыми.

Понятно также, что свидетельством того, что особь участвует в своем "кусочке" эволюции, будет процесс новой записи в геном. Однако, если иметь в виду и трансляцию нового через обучение и подражание, то понятно, что такое свидетельство будет вполне достаточным, но никак не необходимым.

Как же устроена исполнительная часть механизма болезнеобразования? Должен признаться, что могу указать здесь пока минимум подробностей. Как мне представляется, здесь вполне правомерно и перспективно предположить, что эта часть связана с работой механизма, переводящего гены в активное или пассивное состояние, включающего и выключающего генную экспрессию.

Я полагаю, что существуют конфигурации, паттерны генов, проявляющих и не проявляющих активность, которые можно назвать "паттернами здоровья" и паттернами болезни". То есть, при "выставленном паттерне" здоровья на уровне различных тканей и систем организм встречает болезнетворные факторы максимумом противодействия, при включенном паттерне болезни - минимумом. Возможно, что разница между этими паттернами не бинарная, то есть только качественная, а еще и количественная. И можно думать о "степени" болезни в этом паттерне болезни. Конечно, такой механизм должен быть не единственным исполнительным механизмом и находиться в ряду других.

Итак, мы видим, что общий механизм болезнеобразования, предложенный в эволюционной концепции, иной, чем психосоматический механизм, описанный в общем виде Францем Александером. Как они соотносятся между собой? Наверное, этот вопрос требует подробной проработки, чем-то, что я предложу ниже. Однако, если рассматривать "александеровский" механизм, который, как мы помним, основывается на взаимодействии психического и нервной системы с "чисто телесными" системами организма в рамках процессов, которые одновременно являются и физиологическими и психологическими, то, как я полагаю, его вполне можно воспринимать таким же фактором болезнеобразования как и "чисто соматические факторы".

И в тех случаях, когда включается этот механизм, мы точно можем сказать, что особь отказывается участвовать в эволюционном процессе (хотя ситуация того требует). А значит и включается "паттерн нездоровья". То есть, вполне можно считать, что (как и в случае с психосоматическими условиями) этот психосоматический механизм является частью работы более глобального механизма, заложенного природой для решения эволюционных задач.

Так уж случилось, что тема исцеления телесных болезней и в моей личной, а затем и в профессиональной жизни оказалась очень важной. В четырнадцать лет мне пришлось разработать свою первую практику, с помощью которой удалось справиться с бронхиальной астмой, мучившей меня с двух лет. Освоенный в пятнадцать аутотренинг Шульца, позволил мне не только справляться с юношескими эмоциональными проблемами, но на его основе я смог поставить под контроль многие физиологические процессы, обычно не подвластные волевому контролю.

В настоящее время разработка практик превращения энергии негативных стрессовых эмоций в позитивную энергию тела и психологических практик исцеления и самоисцеления телесных болезней [23,25,26,27,29,31] стала одной из любимых частей моей работы. И конечно, сейчас у меня есть большой соблазн дополнить эту статью еще и разделом, посвященным теории и практике самоисцеления.

Однако, я считаю необходимым удержаться от такого шага. Прежде всего потому, что эта тема достойна отдельной подробной публикации. А существенное расширение данной статьи, по-видимому, уже совершенно невозможно.

Кроме того, тема исцеления уже начавшейся телесной болезни в определенном смысле шире темы сохранения здоровья. Потому что самоисцелению могут поспособствовать не только "работа с причинами болезни", то есть возвращение на путь эволюционирования психического, но и вполне "симптоматические" практики. Например, практики "принудительной" мобилизации систем сопротивления болезнетворным факторам, регенерации и т.д. И тут есть важный момент, касающийся идеи связи болезней с целями эволюции.

Дело в том, что в сложном многоклеточном организме взаимовлияние различных систем друг на друга многогранно и неоднозначно. Болезнь же, "накладываясь" на эту сложность функционирования, иногда делает ситуацию в организме вовсе уникальной и неимеющей стереотипных способов разрешения (при имеющихся ресурсах к сопротивлению). И в этом случае, нахождение пути исцеления организма (часто осуществляемого бессознательной частью психики) может являться вполне эволюционно значимой задачей. Что, как я полагаю, и происходит в исцелении с помощью эффекта плацебо [32].

Кроме того, рассматривая тему самоисцеления уже начавшейся болезни мы приходим к необходимости разрешения вопроса о взаимодействии нескольких эволюционно значимых задач в порождении болезни. И конечно, к вопросу о том, как это взаимодействие влияет на возможность исцеления. И может ли разрешение эволюционно значимой задачи, не имеющей отношения к порождению болезни, "скомпенсировать" остающуюся неразрешенность той задачи, которая, не решаясь, привела к болезни?

Заключение

Попробуем обобщить все изложенное и подведем общие итоги! Мы рассмотрели "медицинский" и "психосоматический" подходы к ответу на вопрос "почему мы болеем?". Рассмотрели также и подход, изложенный в духовных учениях. Выяснили, что все эти подходы не вполне достаточны, для того чтобы с опорой на них продвигаться в исследовании природы причин телесных болезней. В каждом случае мы обнаружили набор не поднятых тем и вопросов, на которые необходимо ответить, чтобы продвинуться дальше в понимании того, почему мы болеем.

Представленная мною теоретическая концепция эволюционной природы механизма болезнеобразования, как я надеюсь, и есть тот подход, в котором эти вопросы находят или могут найти свой ответ. Что дает основание мне так думать? И как я сам смотрю на возможную роль эволюционной концепции природы механизма болезнеобразования в понимании того, почему мы болеем?

1) Эта концепция не является альтернативой медицинским и психосоматическим взглядам. Скорее - их дополнением и развитием, попыткой, надеюсь, удачной, преодолеть некоторые их "узкие места".

В отличие от медицинских концепций, в ней воплощен функциональный подход в исследовании причин порождения болезней. И подавление активности систем сопротивления факторам болезнеобразования рассматривается здесь не как отдельные патологии (как принято в медицине), а как общий механизм, работающий в почти всех случаях формирования болезни.

2) Эта концепция изначально развивается как психосоматическая [28,30]. В ней, как и во всех психосоматических концепциях, существенная роль в порождении телесных болезней отводится психическому. При этом она не противоречит никаким психосоматическим концепциям, а скорее обобщает их в единое целое, добавив нечто новое. В ней сформулировано единое условие запуска механизма формирования болезней. Причем уже описанные в психосоматической литературе условия выступают как необходимые для осуществления этого единого условия.

3) Общие функции механизма болезнеобразования рассматриваются здесь как единые для всех заболеваний, а не для некоторых, как в психосоматических концепциях. Что, конечно, не исключает "частных" функций у некоторых заболеваний, например, функции стабилизатора семейных отношений.

4) Поскольку в этой концепции объясняется природа любого механизма болезнеобразования, то она является одновременно и концепцией психосоматогенеза (порождения психосоматического заболевания из психологических причин) и соматогенеза (порождения телесного заболевания) вообще.

5) Природа, функции, общие принципы работы механизма и условия запуска этого (психо)соматогенеза в эволюционной концепции едины для всего животного мира. (А с учетом исследований психики растений [8], возможно, они работают и в царстве растений тоже.)

6) Так же эволюционная концепция природы болезней не противоречит ранее выдвинутым мною эволюционным гипотезам природы онкогенеза [23,24].

7) В отличие от других психосоматических концепций, роль психического в порождении телесных болезней обозначена здесь на таком глубинном этиологическом уровне, который не задействует те более поверхностные этиологические и патогенетические уровни и механизмы, природа которых может быть предметом спора между представителями медицинской и психосоматической парадигм. Поэтому я выражаю надежду, что в рамках этой концепции сформируется поле и для возможного взаимодействия между "врачами" и "психологами" в исследовании природы телесных болезней.

8) Кроме того, эта концепция затрагивает природу эволюционного процесса. Возможно, она окажется полезной и в области эволюционной биологии.

9) Конечно, я как автор отдаю себе отчет в том, что эволюционная концепция природы болезнеобразования находится еще на очень начальной стадии своего развития. Как видно из этой статьи, на сегодняшний день в ней достаточно не только ответов, но и вопросов. Однако, эти вопросы создают направления дальнейших исследований! Безусловно, многое в ней еще будет уточняться. Может нечто в ней окажется не верным. Но я надеюсь, что независимо от верности каких-то ее положений, она в любом случае поспособствует развитию исследований, которые приведут к ответу на вопрос, вынесенный в заглавие статьи.

Однако мы вернулись к главному вопросу нашей статьи. Так все-таки, почему мы боеем? Как я могу сейчас ответить на этот вопрос? Я считаю, что мы боеем, потому что "природе угодно", чтобы мы участвовали в эволюционном развитии своей психики и поведения. И механизм, формирующий болезни, есть инструмент, способствующий, даже скорее, заставляющий нас двигаться по пути этого развития и "убирающий с дороги ленивых". Далеко не все из нас и не всегда активно участвуют в этом процессе. И когда, понимая это или не понимая, мы перестаем участвовать в своей психической эволюции, мы боеем!

Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М.: Эксмо, 2002. - 351 с.
2. Анохин М.С. Эмпирические исследования психосоматических взаимосвязей. Обзор результатов. Психосоматика и саморегуляция 2016; 1(5): 6 - 16. -URL: <http://journall.pro/pdf/1468517101.pdf>
3. Былкина Н.Д. Обзор зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор). Психологический журнал 1997; 18; (2): 149 - 158.
4. Дильман В.М. Большие биологические часы. Введение в интегративную медицину.: М.: Знание, 1986
5. Дильман В.М. Четыре модели медицины. Л.: Медицина, 1987; 288с.
6. Зюганов В. В. Нестареющие животные. Почему они живут долго, но не вечно ? // Использование и охрана природных ресурсов в России (информационно-аналитический бюллетень) 2008. - № 2 (98). - С. 30-36.
7. Лейн Н. Лестница жизни. Десять величайших изобретений эволюции. М.: АСТ, 2013.- 528 с.
8. Манкузо С., Виола А. О чем думают растения? - М.: Эксмо, 2014
9. Марков А. Рождение сложности. Эволюционная биология сегодня: неожиданные открытия и новые вопросы. М.: Астрель: CORPUS, 2012. - 527 с.
10. Минделл А., Минделл Э. Вскачь, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике. - М.: Класс. - 1999. - 224 с.
11. Оловников А. М. Принцип маргинотомии в матричном синтезе полинуклеотидов // Доклады АН СССР. - 1971. - Т. 201. - No 6. - С. 1496 - 1499.
12. Победите свои болезни. / Ред. Д. Голмен, Д. Гурин. - Мн.: Попурри, 1999. - 640 с.
13. Психосоматика: взаимоотношения психики и здоровья/ сост. Сельченков К.В. Минск.: Харвест, 2005.- 640с.
14. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984 - 192с.
15. Саймонстон К., Саймонстон С. Психотерапия рака. - СПб.: Питер, 2001
16. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство М.: Независимая фирма "Класс", 2005- 592 с.
17. Сафронов А.Г. Психология духовного развития. Харьков , 2003. - 86с.
18. Скулачев В.П., Хольце С., Высоких М.Ю., Бакеева Л.Е., Скулачев М.В., Марков А.В., Хильденбрандт Т.Б., Садовничий В.А. Неотения, или продление

молодости: от голых землекопов до «голых обезьян» (людей)// Биохимия, 2017; 82; (10): 1389 - 1416

19. Стругацкие А.и Б. Собрание сочинений. Т. 7. - М.: Текст, 1992

20. Талбот М. Голографическая вселенная. М.: София, 2004; 368с.

21. Фрейд З.О клиническом психоанализе: Избр. соч. М.: Медицина, 1991

22. Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение ,1987.

23. Хайкин А.В. К теории и практике психосоматики.//Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Вып.2. - С. 193-198.

24. Хайкин А. В. К био-психологическому смыслу болезней тела. Две гипотезы природы онкологии.// Категория смысла в философии, психологии, психотерапии и общественной жизни. Материалы всероссийской психологической конференции с международным участием. - М.: Кредо, 2014. - С.158 - 159.

25. Хайкин А.В. К методологии процессуальных подходов. Метод саморегуляции «Стресс-Айкидо» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 5(28).URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2014_5_28/nomer/nom...;

26. Хайкин А.В. Несколько техник саморегуляции и психотерапии. // Достижения и потенциал психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в Южном федеральном округе Российской Федерации. Материалы конференции. Приложение к научно-практическому журналу "Психотерапия". - Краснодар, 2014. - С. 21-23.

27. Хайкин А. В. К развитию нескольких гипнотерапевтических практик // Психосоматика и саморегуляция. - 2015. - N 4(4). - С. 47-50. URL: <http://journall.pro/pdf/1460488476.pdf>

28. Хайкин А.В. Психосоматическая идея и эволюционный процесс. Тезисы // Психосоматика и саморегуляция. - 2015 - № 2(2). - С. 6 - 9. URL: <http://journall.pro/pdf/1436805501.pdf> ;

29. Хайкин А.В. К структуре психологического лечения соматических заболеваний // Психосоматика и саморегуляция. - 2016. - N 2(6). - С.40 - 43. - URL: <http://journall.pro/pdf/1481572689.pdf>. ; [дата обращения: 12.10.16]

30. Хайкин А.В. Психосоматогенез и эволюционный процесс // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 4(45). – С. 7 [Электронный ресурс]. URL:http://www.mprj.ru/archiv_global/2017_4_45/nomer08.pdf

31. Хайкин А.В. Метод "Рекодинг" в контексте медитативных и процессуальных практик саморегуляции и самотерапии // Психотерапевтическая газета. - 2017. - No 11. - С. 18-20. - URL: http://www.oppl.ru/wp/files/ppg/2017_11.pdf ;

32. Хайкин А.В. Психосоматические механизмы, эффект плацебо, гипнотерапия и эволюция // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 10, № 2(49). – С. 5 [Электронный ресурс]. – URL:http://www.mprj.ru/archiv_global/2018_2_49/nomer06.pdf

33. Хайкин А.В. Эволюционная концепция психосоматогенеза как пример интеграции научных подходов // Психосоматические и интегративные исследования. - 2018. - No 1. - URL: <http://user.pssr.pro/files/pdf/pssr%202018%200101%20...>;

34. Хватова М.В. Теории формирования психосоматических расстройств: учеб. пособие/ М-во обр. и науки РФ, ГОУВПО «Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина». Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина 2010; 172 с.

35. Ader R. The role of developmental factors in susceptibility to disease // Int. J. Psychiat. Med. 1974; (5): 367-376.

36. Cannon W. B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement. – 1915. Chicago Press..

37. Dunbar F. Emotions a. Bodily changes. N.Y., 1954

38. Engel G., Schmale H. Psychoanal. theory of psychosom. disease // J. Amer. Psychoanal. Assn. 1967. V. 15. P. 344-36

39. Finch C.E. Longevity, Senescence, and the Genome..Chicago: Univ. of Chicago, 1990.

40. Hayflick, P. S. Moorhead. The serial cultivation of human diploid cell strains // Experimental Cell Research. — 1961-12-01. — Т. 25. — С. 585–621. — ISSN 0014-4827

41. Kandel E. Molecular biology of memory storage: a dialogue between genes synaphes. //Science, 2001, 294:1030-1038

42. Lazarus R. S. Stress and emotion. - In: XIX Intern. Congr. 19-a Short Symp. L., 1969.
43. Mahler M. On the signif. of the norm, separ. indiv. phase // Drives, Affects, Behav. / Ed. M. Schur. N.Y., 1965. V. 2.
44. Mind/body medicine (How to use mind for better health) / Goleman D. and Gurin J. - N Y: Consumer Report Books 1996
45. Rossi E.L. The psychobiology of qene expression: neuroscience and neurogenesis in hypnosis and healing arts. - NY: WW Norton, 2002. - 557 p.
46. Rossi E.L., Rossi E.L. The new neuroscience of psychotherapy, therapeutic hypnosis & rehabilitation: a creative dialogue with our qenes. - 2008. - URL: [http: ErnestRossi.com](http://ErnestRossi.com)
47. Seliqman M. Helplessness: On Depression, Development, and Death. — San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
48. Selye H. The stress of Life. N.Y.: McCraw-Hill book Co., 1956.
49. Weismann A. Essays upon heredity and kindred biological problem. Oxford, 1889

© Хайкин Александр Валерьевич

© 2004 relga.ru. Все права защищены. Разработка и поддержка сайта: медиа-агентство [design maximum](#)

