

Духовная доминанта и старение организма

Трошин В.Д.

Spiritual dominant and ageing of organism

Troshin V.D.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

© Трошин В.Д.

На основе интегративного подхода, клинико-психологических, клинико-нейрофизиологических и нейроиммунологических исследований представлена концепция интегративного старения организма.

В формировании старения главенствующая роль отводится духовно-психической и геномной сферам деятельности, которые объединяют нервную, эндокринную и иммунную системы организма. При старении включаются в патологию регулирующие системы в целом, интегративно, поэтому в лечении и профилактике должен быть интегративный подход с акцентом на духовно-психической и генетической сферах. Духовная доминанта в жизни человека является основой гармонии здоровья и активного долголетия.

Ключевые слова: старение, интеграция, регулирующие системы, духовная доминанта.

The paper shows conception of integrative ageing of organism based upon complex approach and clinical-and-psychological, clinical-and-neurophysiological and neuroimmunological studies.

Spiritual-and-psychic and genomic spheres of activity play major role in ageing and combine nervous, endocrine and immune systems. Controlling systems take part in pathological process that's why there have to be integrative attitude with accent on spiritual-and-psychic and genomic spheres. Spiritual dominant in man's life is the basis of health harmony and active longevity.

Key words: ageing, integration, controlling systems, spiritual dominant.

УДК 616.8:613.98:159.9

В последние годы среди населения резко возросли духовно-социальные и психоэмоциональные дистрессы, что способствуют увеличению нервно-психических, психонейросоматических, дисрегуляторных заболеваний. В геронтологии имеется множество теорий старения, однако до истинного разрешения проблемы еще далеко.

Роль и значение духовно-социальных и психоэмоциональных стрессоров в генезе старения не получили должного освещения. В то же время клинико-психологические и клинико-нейрофизиологические исследования пожилых и старых больных указывают, что духовные и психоэмоциональные стрессоры имеют место до развития болезни, во время и после лечения пациентов.

В свете современных воззрений процесс старения — это постепенное накопление мутаций и других изменений, приводящих к активации прооксидантов и инактивации или делеции генов-супрессоров в соматических клетках. По данным эпидемиологических

исследований, факторы образа жизни и окружающей среды являются основной причиной старения человека. В большинстве исследований старение рассматривается с общебиологических (генетических) представлений, а духовно-психическая сфера почти не рассматривается [9]. В то же время человек — это духовно-биологическая система [12, 13], поэтому и старение организма необходимо рассматривать с позиций интеграции духовно-психической и биологической (генетической) сфер деятельности. Под духовностью мы понимаем нейропсихическое состояние организма, функционально связанное с головным мозгом (неокортексом), определяющее его способность различать и выбирать из социальной сферы идеальные ценности и подчинять им свои поступки, поведение, образ жизни, всю совокупную деятельность в социальной и природной среде.

В широком понимании духовность — это:

1) психическое состояние, детерминированное с неокортексом, социумом и мирозданием (Творцом),

определяющее психические процессы (мышление, внимание, память и др.), обеспечивающие способность сознания и духовность личности работать с идеальными образцами ценностей;

2) результат проявления этой способности в виде сформированного персонального набора ценностных ориентаций;

3) волевая активность (доминирующая мотивация), направленная на выполнение избранных ценностей.

Таким образом, духовность — регулятор всей потребностно-мотивационной сферы человека как биологического индивида, духовно-социальной личности. Духовно-психические механизмы обеспечивают интегративную регуляцию всех систем и органов человека и соотношение организма с внешней средой и мирозданием.

В литературе все больше накапливается данных, что старение организма — это полифакториальное заболевание, в этой связи необходимо выделять и развивать интегративный подход в геронтологии. На основе интегративного подхода старение организма является дисрегуляционной мультифакториальной патологией организма, приводящей к функционально-структурной полиорганной недостаточности [16, 18]. Базируясь на теориях функциональных систем П.К. Анохина, К.В. Судакова [1, 11] и патологических детерминант Г.Н. Крыжановского [6], авторами разрабатывается концепция интегративного старения. В соответствии с духовно-генетической теорией здоровья [12] выделяются два фундаментальных регулирующих механизма деятельности организма: духовно-психический и геномный, которые формируют и объе-

диняют другие регуляции организма (рис. 1, 2), формируя интегративно-регулирующую (психонейроиммуноэндокринно-геномную) систему.

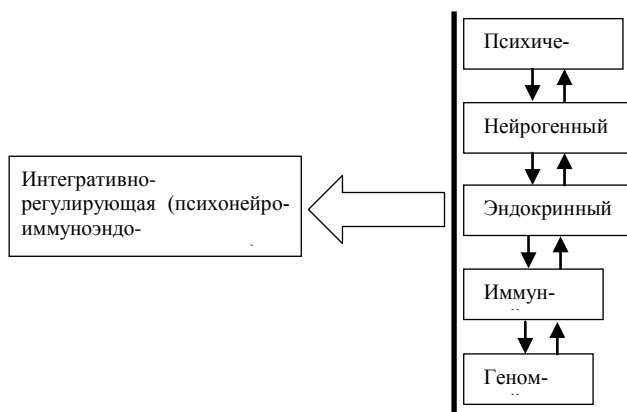


Рис. 1. Основные уровни интегративно-регулирующей системы

По Г.Н. Крыжановскому [6], дисрегуляционные расстройства органов и тканей возникают на разных структурно-функциональных уровнях организма, начиная с молекулярного, генетического и клеточного и заканчивая высшими системными отношениями.

Фундаментальным механизмом старения организма является нарушение регуляции в генетическом аппарате.

Существуют про- и антиапоптозные гены, определяющие апоптоз. В клетке существует многоуровневая и многосвязная антагонистическая регуляция. Патологический апоптоз приводит к некрозу или малигнизации клеток. В геномных структурах выделяют главные гены и гены модификаторы, влияющие на функцию основных генов.

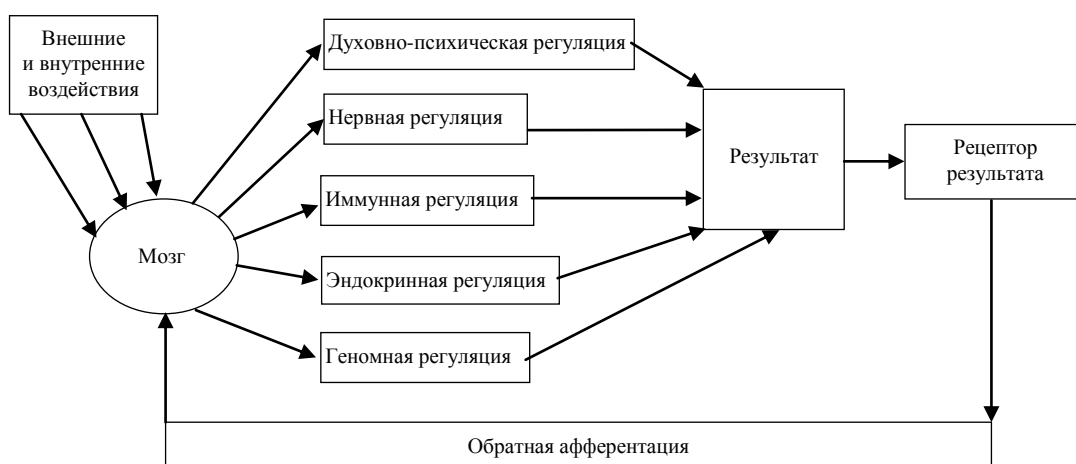


Рис. 2. Схема архитектоники духовной и генетической регуляции

В качестве генов модификаторов могут выступать гены, влияющие на психическую функцию человека (психогены). Болезни регуляции генов придается большое значение в формировании процесса старения. В развитии старения большое внимание отводится и оксидантному стрессу [4, 10]. Роль духовно-психической сферы и нервной системы в целом в формировании нейросоматических расстройств и старения доказана в трудах И.П. Павлова, М.П. Петровой, Г.Н. Крыжановского, О.В. Бухтоярова и А.Е. Архангельского [3, 5, 7, 8]. Однако в геронтологии это учитывается недостаточно. При хронических стрессах (дистрессах) возникают деструктивные эффекты в гомеостазе, способствуя развитию процесса старения.

Духовно-социальный и психоэмоциональный дистресс способствуют развитию в организме человека изменений во всех системах, органах и тканях (психоэмоциональном состоянии, работе центральной, периферической и вегетативной нервных систем, сердца, легкого, пищеварения, процессах метаболизма, иммунореактивности, гомеостазе, эндокринных реакциях), т.е. происходит нарушение гомеостаза в целом. Результаты исследований [12, 14] раскрывают биологическую (физиологическую) основу духовно-психического. Духовно-психическое и биологическое, присущие человеку, замыкаются в своеобразный неразрывный круг. Так, некий прототип ценностной ориентации как периодически создаваемый мышлением психический образ (с участием воли, памяти, эмоций) апробируется жизненным опытом, обеспечиваемым функционированием нейропсихофизиологических механизмов 1-го и 2-го рода, и закрепляется механизмами памяти в персональном наборе, т.е. вновь становится психическим, но уже идеализированным — ценностной ориентацией на уровне человеческой индивидуальности или личности. В дальнейшем, при стечении определенных обстоятельств, ценностная ориентация актуализируется, и в результате вызванных многообразных физиологических процессов обуславливает, в частности, выделение в ЦНС нейрогормонов; действие нейрогормонов субъективно воспринимается на уровне психики как ощущение приятного или неприятного; в то же время действие нейрогормонов, регулирующих, например, пищеварительные процессы, субъективно не ощущается.

Итак, субъективное, или духовно-психическое (ценностная ориентация), через физиологическое (цепь физиологических процессов, обеспечивающих как жизненно важные, так и эмоционально-интеллектуальные потребности человека) вновь предстает субъективным, т.е. психическим (приятное или неприятное ощущение).

Психический образ приятного решения, необходимый для воплощения некоторой актуализировавшейся ценностной ориентации, не может быть единственной и конечной целью мыслительных процессов; в дальнейшем приятное решение находит немедленную или отсроченную деятельность, сопровождается также мыслительными процессами — анализом ее промежуточных и конечных результатов, что, в свою очередь, сопровождается и обеспечивается множеством новых физиологических процессов. Указанные соотношения становятся понятными в свете теории П.К. Анохина, К.В. Судакова [1, 11].

Очевидно, единой материальной основой функционирования психического и физиологического (нервного) может выступать только нейрогеном (рис. 3) В последнее время в нейрогеноме открываются гены, ответственные за высшие психические и духовные функции человека. Генетическая уникальность каждого человека включает индивидуальные биологические структуры, являющиеся предпосылками формирования духовной сферы личности. Духовное развитие человека обуславливается генетическим строением мозга, но само развитие реализуется человеком только после рождения и выступает как отражение тождества и противоречий мышления и бытия. В первую очередь оно реализуется в духовно-социальной, трудовой деятельности, являющейся специфической человеческой чертой [14, 17].

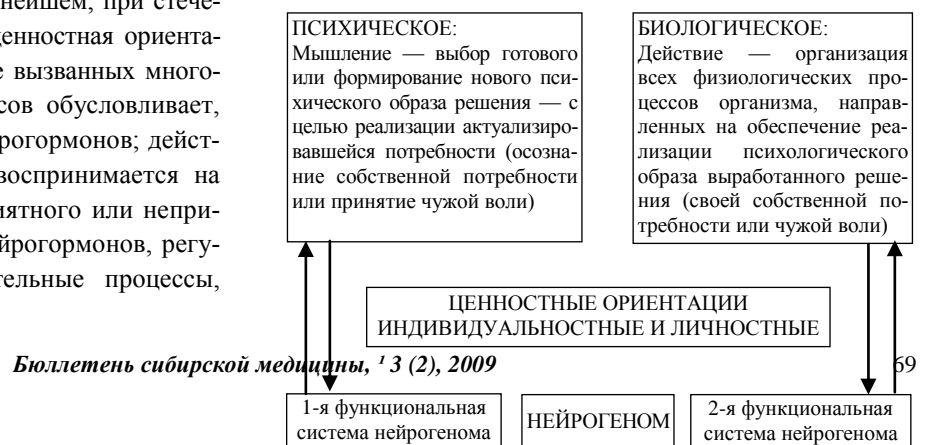


Рис. 3. Нейропсихогенетические соотношения

Факторы внешней окружающей среды или внутренней среды организма дают повод для актуализации некоторой персональной ценностной ориентации человека. Запуск функций нейрогена приводит или к выбору готового, или выработке нового оптимального образа решения на актуализировавшуюся потребность, что человек субъективно воспринимает как процесс мышления (с включением памяти, внимания, эмоций). Психический образ оптимального решения является промежуточной целью процесса мышления; он может проявиться в результате работы 1-й функциональной системы нейрогена; психический образ принятого решения фиксируется в памяти. В дальнейшем психический образ принятого решения сам становится пусковым звеном механизма образования и работы 2-й функциональной системы нейрогена, которая уже организует и обеспечивает адекватную регуляцию физиологических функций организма; от последних зависит воплощение психического образа принятого решения на актуализировавшуюся ценностную ориентацию (потребность).

Очевидно, одна и та же потребность у разных людей будет реализована по-разному, поскольку при выборе или выработке психического образа оптимального решения будет учитываться индивидуальный опыт, зафиксированный в виде персональной совокупности ценностных ориентаций человека на уровне организации его индивидуальности и личности.

Из представленных данных следует, что именно механизмы формирования ценностных ориентаций человека на уровне организации его индивидуальности и личности определяют персональный тип реагирования на факторы внешней и внутренней среды. Этот персональный тип реагирования распространяет свое влияние и на сферу здоровья, а именно: по ходу жизни у каждого человека вырабатывается свой собственный, персональный динамический духовно-генетический стереотип формирования и сохранения здоровья, прежде всего на духовно-нравственном уровне (духовная доминанта) с распространением влияния на уровень нервно-психического и соматического здоровья. О.В. Бухтояров и А.Е. Архангельский [3] этот

вид доминанты определяют как целеобразующую доминанту.

Как уже отмечалось, механизмы формирования ценностных ориентаций устроены таким образом, что биологическое начало в человеке чаще всего берет верх над его духовно-нравственной сущностью. Доминирование в человеке животного начала обусловлено наличием нейропсихопатофизиологических механизмов подкрепления выбора, а именно: вполне понятное предпочтение человека получать приятные ощущения за счет выделения в ЦНС эндорфинов делает его малоразборчивым при выборе факторов внешней среды, которые могут дать ему эти приятные ощущения. Вследствие этого внешние средовые факторы конкретным человеком ранжируются не по их нравственной ценности, а по их эффективности — вызывать приятные ощущения, причем как можно быстрее и как можно дольше.

Представленные механизмы формирования ценностных ориентаций позволяют понять причины неспособности человека различать добро и зло: за добро он склонен считать лишь то, что соответствует его персональным ценностным ориентациям, его собственным ожиданиям. Психологические механизмы защиты личности формируют и защищают эгоистическое начало и не позволяют просто так соглашаться с ценностными ориентациями других — без определенной выгоды, без выдвижения определенных условий компромисса, и это выявляет отсутствие истинной любви в основе человеческих взаимоотношений. Выявление описанных выше механизмов обнаруживает странное положение человека среди других живых существ: инстинкты животных, как известно, способствуют сохранению их здоровья, выживанию, воспроизводству потомства, в то же время вполне осознанная реализация человеком собственных ценностных ориентаций негативного плана приводит к растрате биологических ресурсов его организма, к разного рода заболеваниям, к потере трудоспособности, преждевременному старению и смерти. И все это — плата за удовольствия, за нездоровый, бездуховный образ жизни.

На основе концепции интегративного старения разработаны системы интегративно-восстановительной терапии и интегративно-индивидуальной профилактики старения организма.

Данные литературы и собственные исследования свидетельствуют о целесообразности активного влияния на духовно-психическое состояние пожилых и старых больных, что улучшает качество и продолжительность их жизни. Концепция интегративного старения позволяет активно подходить и к старению. При этом крайне важна выработка духовной доминанты, по А.А. Ухтомскому, к здоровому образу жизни, что является основой профилактики психонейросоматических и онкологических заболеваний [15].

По А.А. Ухтомскому, доминанта держит в своей власти все поле духовной жизни, определяет «духовную анатомию» и вектор человеческого бытия [15]. Духовная доминанта определяет психические и функциональные состояния всего организма на всех его уровнях — от клеточного до организменного. Утрата духовной доминанты приводит к развитию патологических состояний и старению организма.

В заключение следует отметить, что в концепции интегративного старения главенствующая роль отводится духовно-психическим и генетическим детерминантам.

Состояние нервно-психического и соматического здоровья человека обуславливается его духовностью, совокупностью выбранных им из социальной среды и воплощаемых в жизнь ценностных ориентаций индивидуальности и личности и обеспечивается осуществлением психофизиологических процессов, организуемых и поддерживаемых функциональными системами генома.

На основе концепции интегративного старения обосновываются и разрабатываются системы интегративно-восстановительной терапии и индивидуально-интегративной профилактики старения организма.

Литература

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 196 с.
2. Батуев А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2005. 317 с.
3. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Доминантный подход к патогенезу, профилактике и терапии рака // Вопросы онкологии. 2007. № 3. С. 253—259.
4. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье. М.: ВЦМК «Защита», 2005. 32 с.
5. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. М.: Медицина. 360 с.
6. Крыжановский Г.Н. Дисрегуляторная патология. М.: Медицина, 2002. 354 с.
7. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951. Т. 3, кн. 2. 257 с.
8. Петрова М.К. О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. М.: Медицина, 1955. 104 с.
9. Семенов В.Ф. Стресс и старение. Качество жизни. М.: Медицина, 2007. 310 с.
10. Скулачев В.П. Кислород и явления запрограммированной смерти / Первое Северинское чтение. М.: Изд-во МГУ, 2000. 48 с.
11. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем. М.: Медицина, 1984. 224 с.
12. Трошин В.Д., Андрущакевич А.А. Духовно-генетическая теория индивидуального и общественного здоровья. Нижний Новгород: Рос. общество неврологов, 2002. 51 с.
13. Трошин В.Д. Основы интегративного врачевания. Нижний Новгород: Изд-во «Нейрон», 2003. 64 с.
14. Трошин В.Д., Терентьев И.Г., Алясова А.В. и др. Очерки онкоэтики. М.: Изд-во РОНЦ, 2005. 559 с.
15. Ухтомский А.А. Доминанта. СПб.: Штер, 2002. 261 с.
16. Фролькис В.В. Долголетие: действительное и возможное. Киев: Наукова думка, 1989. 248 с.
17. Шкарин В.В., Величковский Б.Т., Позднякова М.А. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России. Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2006. 160 с.
18. Mattson M.P. Dictari restriction and retardation of human aging // Brain Research. 2000. V. 886. P. 47.

Поступила в редакцию 02.10.2009 г.

Утверждена к печати 15.10.2009 г.

Сведения об авторах

Трошин Владимир Дмитриевич — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики НижГМА (г. Нижний Новгород).