

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РФ  
МОСКОВСКИЙ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

# МИР

## ПСИХОЛОГИИ

научно-методический журнал

№3



июль-сентябрь '10

и понимание *значимости видения* в процессуальных характеристиках истории развития психологии, внутренней логики ее теоретического роста-развития определяют особую актуальность его работ сегодня. Высказанные в них идеи легли в основу обобщенных концепций истории и методологии психологии, психологии и философии культуры, их роли в формировании личности и ее творчества. Потенциал открытых М. Г. Ярошевским перспектив анализа и методов исследования становления развития психологической науки еще не исчерпан, так же как и его влияние и на теорию науки, и на личность ее исследователей.

M. Jaroshevsky's approach to methodology and history of domestic and world psychology is analyzed as well as his views on the role of history for the fruitful development of science. The works, which not only provide an overview of major concepts, but also reveal the social situation of science development, problems and scientific schools formation, are considered. Value of Jaroshevsky's ideas for modern psychology is shown.

*Keywords:* methodology, concept, social situation.

## Литература

1. *Марцинковская, Т. Д.* Русская ментальность и ее отражение в науках о человеке / Т. Д. Марцинковская. — М., 1994.
2. *Марцинковская, Т. Д.* 100 выдающихся психологов мира / Т. Д. Марцинковская, М. Г. Ярошевский. — М.; Воронеж, 1997.
3. *Петровский, А. В.* Основы теоретической психологии / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. — М., 1998.
4. *Ярошевский, М. Г.* Проблемы детерминизма в психофизиологии XIX века / М. Г. Ярошевский. — М., 1961.
5. *Ярошевский, М. Г.* История психологии / М. Г. Ярошевский. — М., 1985.
6. *Ярошевский, М. Г.* Выготский: в поисках новой психологии / М. Г. Ярошевский. — СПб., 1993.
7. *Ярошевский, М. Г.* Историческая психология науки / М. Г. Ярошевский. — СПб., 1995.
8. *Ярошевский, М. Г.* Наука о поведении: русский путь / М. Г. Ярошевский. — М.; Воронеж, 1996.

## Психика и здоровье человека

*О. В. Бухтояров, Д. М. Самарин*

### Единство психики и тела: концепция доминанты жизненной цели

На основании всестороннего анализа литературы, многолетнего опыта экспериментальной и клинической медицинской практики нами разработана концепция доминанты жизненной цели, которая представляет собой системный взгляд на здоровье и болезни человека, позволяет увидеть динамическое единство психосоматических процессов и пути практического решения многих проблем экспериментальной и практической медицины.

*Ключевые слова:* жизнь, разум, цель, доминанта, хронический стресс, сома.

### Введение

Проблемы связей психики и тела, идеального и материального всегда привлекали внимание ученых и философов, а в рамках медицины всегда существовало ясное понимание необходимости холистического восприятия больных, однако в действительности подход к больным оказывается детерминистическим. Неочевидность влияния психики на тело и отсутствие системного взгляда на неразрывность психосоматических связей сделали совре-

менную научную и практическую медицину соматически ориентированной. Каждая новая исследовательская технология все больше увлекает ученых в глубины организма, извлекая на поверхность гигантские горы разрозненных, в том числе весьма важных фактов. Накоплено и огромное количество научных данных, свидетельствующих об обширных повреждающих влияниях хронического психоэмоционального стресса (ХПЭС) на организм животных и человека [14; 15; 19; 30 и др.]. Можно утверждать, что ХПЭС является этиологическим и патогенетическим фактором в развитии целого ряда соматических заболеваний, включая «болезни цивилизации»: атеросклероз, сердечно-сосудистые болезни [13; 21; 27 и др.] и рак [20; 22; 25], о чем мы сообщили ранее в гипотезе психогенного канцерогенеза [10]. Психогенный фактор всегда был и остается значимым компонентом, который во многом определяет возникновение, развитие и исход многих заболеваний, однако он скрыт за фасадом клинической картины заболеваний и, как правило, остается не тронутым патогенетическим лечением. В связи с вышеизложенным возникает один большой, трудный и, на первый взгляд, неразрешимый вопрос: «Каким образом увидеть в динамическом единстве психические, биологические, личностные, социальные аспекты здорового и больного человека, а не рассматривать лишь отдельный патологический процесс?»

### Концепция доминанты жизненной цели

Ответ на этот поставленный вопрос позволил бы во многом внести обоснованные и целенаправленные коррективы в научные исследования, диагностические, лечебные и профилактические мероприятия при работе с больными людьми. Мы предлагаем концепцию *доминанты жизненной цели* (ДЖЦ), которая открывает системный взгляд на здоровье человека и процесс формирования какого-либо серьезного хронического заболевания с участием психики и показывает возможность управления этим патологическим состоянием. В основе предложенной концепции лежит междисциплинарное учение о доминанте А. А. Ухтомского, которое, к сожалению, еще до сих пор не получило той должной оценки, которой оно заслуживает. Справедливости ради следует сказать, что основные положения учения о доминанте и сам термин «доминанта» использовали в своих работах многие ученые, которые создали целый ряд общеизвестных теорий: теорию мотивации [18], теорию установки [8], психологическую теорию деятельности [5], теорию функциональных систем [1], концепцию поисковой активности [26], и даже в учении о рефлексам И. П. Павлова многое является составной частью учения о доминанте. Действительно, бесчисленное множество рефлексов в полном смысле взорвали бы организм в первый же миг своего существования, если бы не подчинение их принципу доминанты, когда все рефлексы работают под лозунгом «Один за всех, и все за одного». Кстати, образование каждого условного рефлекса под воздействием условного раздражителя есть не что иное, как процесс формирования доминанты, сохранение которой напрямую зависит от подкрепляющих влияний условного раздражителя.

#### *Кратко об учении о доминанте А. А. Ухтомского*

Доминанта, по мнению А. А. Ухтомского [9], — это не какой-либо один топографически определенный очаг возбуждения в центральной нервной системе, это *определенная констелляция нервных центров с повышенной возбудимостью в различных отделах головного и спинного мозга, в вегетативной нервной*

*системе, это временное объединение нервных центров для решения определенной задачи.* Принципу работы доминанты одинаково подчиняются рефлексы спинного мозга и мозгового ствола, условные рефлексы, а также высшая нервная деятельность. Доминанта характеризуется следующими четырьмя признаками: 1) высокой возбудимостью, 2) стойкостью своего возбуждения, 3) способностью к суммированию (накоплению) входящих возбуждений, а также 4) инерцией (доминанта «настаивает на своем»). Доминанта способна стягивать на себя внешние раздражители, даже не имеющие к ней отношения, которые не только не мешают ее развитию, но и укрепляют ее. Однако любая доминанта всегда временна и прекращается в следующих случаях: при полном самопроизвольном завершении доминантного состояния (например, какого-либо биологического акта), полном прекращении подкрепления адекватным раздражителем и подавлении более мощной конкурирующей доминантой. Следует особо обратить внимание, что при неполном прекращении действия адекватного раздражителя доминанта усиливается и стремится сохранить себя. Особое внимание А. А. Ухтомский обращал на кортикальные доминанты — доминанты высшего порядка, которые являются скрытыми факторами нервно-психической деятельности. Вся жизнедеятельность человека доминантна по своей сути и состоит из бесчисленного множества последовательно сменяющих друг друга функциональных состояний организма — текущих доминант. Однако существует главная доминанта человека, которой подчинены все текущие доминанты (точнее, субдоминанты), которая держит в своей власти все поле душевной жизни, определяет «духовную анатомию» и вектор человеческого бытия. Мы позволили себе назвать ее *доминантой жизненной цели*.

#### *Доминанта жизненной цели у человека*

ДЖЦ — это нематериальная конструкция с материальным выражением, которая формируется в психической сфере и проявляется максимальной интеграцией психических и соматических процессов, подчинением текущих субдоминант человека, максимальными саногенетическими и адаптационными возможностями организма, что позволяет ему наиболее успешно противостоять постоянному давлению факторов окружающей среды при достижении жизненной цели. Именно ДЖЦ обеспечивает слаженность асинхронной работы органов и систем, психических и соматических процессов, определяет вектор кажущегося хаоса многочисленных рефлексов организма, текущих субдоминант (биологических, психических, социальных и др.) и траекторию каждодневного поведения человека. Состояние ДЖЦ имеет определенное сходство с работой муравьев, несущих крупную добычу в муравейник, когда векторы движения отдельных муравьев разнонаправленны и даже противоположны, но результирующий вектор их движения позволяет двигать добычу именно в муравейник [6]. ДЖЦ определяет не только функциональное состояние центральной нервной системы, высшей нервной деятельности и вектор поведения человека, она определяет функциональное состояние всего организма на всех его уровнях — от субклеточного до организменного.

#### *Роль суггестий в возникновении и утрате ДЖЦ*

ДЖЦ формируется исключительно под воздействием комплекса вербальных и невербальных суггестивных раздражителей (процессы воспитания и образования, получение навыков, образцы поведения других людей и др.), которые определяют *цель (смысл) жизни*, к достижению которой стремится человек. Исключительная роль суггестий состоит в формировании

личности, которая является продуктом системных суггестивных воздействий, способных напрямую уничтожить ДЖЦ и стать ведущим, хотя и незаметным, патогенетическим звеном в развитии целого ряда заболеваний. Так, суггестивные воздействия могут в считанные минуты лишить человека смысла жизни и привести его к смерти (психогенной смерти), о чем сообщил в своей работе академик В. М. Бехтерев [2], описывая эксперимент на преступнике, приговоренном к смертной казни. Ввиду суггестивной основы ДЖЦ цель жизни и ее утрата могут не быть ясно осознаваемыми человеком.

#### *Взаимоотношение доминанты жизненной цели и текущих субдоминант человека*

ДЖЦ имеет подкрепляющие влияния со стороны многочисленных текущих (повседневных) субдоминант, даже не имеющих к ней прямого отношения. Однако среди многочисленных субдоминант существуют опорные субдоминанты ДЖЦ — «субдоминанты здоровья», усиливающие и укрепляющие ее, которые активно создаются только самим человеком, несмотря на постоянное действие внешних раздражителей (неблагоприятных факторов окружающей среды), угрожающих формированию конкурирующих субдоминант, способных занять место ДЖЦ или даже уничтожить ее. Например, ученый, преодолевающий немыслимое число препятствий в поисках истины, или актер, стремящийся постоянно совершенствовать себя, чтобы ошущать свою востребованность, любовь зрителей и получать достойный гонорар. В случае прекращения создания этими людьми опорных субдоминант их доминанты жизненной цели непременно угаснут, что грозит тяжелыми психическими и соматическими последствиями, о которых мы будем говорить ниже. Ограничение возможностей человека в создании подкрепляющих опорных субдоминант наблюдается среди многих беженцев, инвалидов, заключенных и других людей, утративших жизненные перспективы. Вместе с тем использование даже минимальных возможностей в подкреплении ДЖЦ позволяет человеку сохранять свое здоровье даже в условиях массированного хронического психоэмоционального стресса. Например, в годы Второй мировой войны в концентрационных лагерях одни узники быстро умирали, а другие планировали свою жизнь после концлагеря, каждый день умывались, брились, заботились о других и, находясь в нечеловеческих условиях существования, они даже не болели простудными заболеваниями [7]. Примеров огромной силы ДЖЦ имеется великое множество, как в мировой истории, так и в повседневной жизни и в клинической практике.

Особо следует выделить многочисленные ситуации, связанные с достижением цели в жизни, прекращением формирования опорных субдоминант и естественной утратой ДЖЦ. Примером являются люди с наиболее благоприятным финансово-экономическим и социальным статусом, достигшие своей жизненной цели и всевозможного благополучия, но незаметно оказавшиеся в «бездоминантном» состоянии — состоянии хронического психоэмоционального стресса с последующим развитием тяжелых заболеваний.

#### *Болезни как доминантные состояния*

Любое заболевание человека содержит все признаки доминанты, поэтому может рассматриваться как патологическое доминантное состояние, которое формируется под воздействием соматогенных и/или психогенных раздражителей — этиологических факторов. Согласно учению о доминанте после прекращения действия адекватного раздражителя доминанта угасает и

исчезает. Однако при полном прекращении действия этиологических раздражителей многие болезни как патологические доминантные состояния не исчезают, а становятся хроническими, поскольку поддерживаются другими, теперь уже патогенетическими раздражителями. В этой связи хронические заболевания как патологические доминантные состояния имеют подкрепляющие влияния со стороны многочисленных текущих субдоминант, но среди них имеются патологические опорные субдоминанты — «субдоминанты болезни», которые формируются под воздействием гетеро- и аутоэмоциональных раздражителей. Фактически это патологические рефлексы, например приступ бронхиальной астмы, спазм толстой кишки, приступ сердечной аритмии или более сложный каскад рефлекторных нарушений при рецидиве рассеянного склероза или рака, сформировавшихся в результате психоэмоциональных потрясений. Эти опорные патологические субдоминанты (патологические рефлексы) становятся основой психогенного компонента хронических заболеваний.

#### *Психогенный компонент болезни как основное звено патогенеза*

Психогенный компонент болезни — это непереносимая реакция личности на болезнь с комплексом эмоциональных, интеллектуальных, волевых нарушений, связанных с осознанием, переживанием, отношением больного к своему состоянию, а также с вегетативной составляющей, которая органично вплетается в структуру клинических проявлений заболевания, что придает ему качественно новые черты. Мы считаем, что именно психогенный компонент во многом определяет течение и исход многих заболеваний, поскольку его основная патогенетическая роль заключается в извращении или блокировании механизмов саногенеза. *Не существует заболеваний человека без психогенного компонента*, и в этом состоит кардинальное отличие болезней человека от безвредней животной. Можно утверждать, что при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды может не пострадать тело, но психика травмируется всегда, т. е. психогенный фактор может не быть этиологическим, но патогенетическим он становится всегда. Психогенный компонент нельзя не замечать, нарочито игнорировать и отмахиваться от него, наоборот, необходимо ясно видеть психогенный компонент заболевания, выявлять патологические опорные субдоминанты, т. е. понимать его и управлять им, чтобы успешно использовать в процессе лечения больных.

Таким образом, полное уничтожение патологического доминантного состояния, т. е. выздоровление человека, предполагает устранение не только комплекса известных этиологических и патогенетических раздражителей, поддерживающих патологическую доминанту, но и психогенного компонента заболевания. В противном случае неполное устранение раздражителей только усилит патологическую доминанту болезни, которая станет более активной, прогрессирующей и/или резистентной к терапии. К сожалению, это явление нередко наблюдается в клинической практике.

#### *Характеристика основных интегральных состояний организма человека*

Основные интегральные состояния организма человека определяются содержанием их главной доминанты, что позволяет выделить 5 интегральных состояний, которые в течение всей жизни человека сменяют друг друга в прямом и обратном направлениях в результате постоянного давления различных факторов (раздражителей) окружающей среды:

- I. *Доминанта идеального здоровья* — это функциональное состояние организма, которое характеризуется наличием ДЖЦ с ее опорными субдоминантами, максимальной интеграцией психосоматических процессов, максимальными саногенетическими и адаптационными возможностями организма, отсутствием каких-либо хронических заболеваний.
- II. *Доминанта относительного здоровья* — это функциональное состояние организма, которое характеризуется наличием ДЖЦ с опорными субдоминантами, достаточной интеграцией психосоматических процессов, достаточными саногенетическими и адаптационными ресурсами организма, позволяющими компенсировать какие-либо имеющиеся хронические заболевания.
- III. *Бездоминантное состояние* — это переходное функциональное состояние организма, лишенное опорных субдоминант и самой ДЖЦ, которое характеризуется дезинтеграцией мозговых систем, психосоматических процессов, прогрессирующим снижением саногенетических и адаптационных ресурсов организма, формированием какой-либо психосоматической патологии или декомпенсацией уже имеющихся хронических заболеваний.
- IV. *Доминанта болезни* — это патологическое функциональное состояние организма, которое характеризуется появлением вместо ДЖЦ доминанты какого-либо психосоматического или соматопсихического заболевания с образованием патологических опорных субдоминант, поддерживающих болезнь.
- V. *Доминанта самоуничтожения* — это патологическое функциональное состояние организма, которое характеризуется появлением вместо ДЖЦ доминантного состояния, характеризующегося стремлением к смерти, — доминанты смерти, с многочисленными патологическими опорными субдоминантами, максимальной дезинтеграцией мозговых систем и психосоматических процессов, срывом саногенетических и адаптационных процессов, ведущих к гибели организма.

#### *Динамика интегральных состояний организма человека в течение жизни*

Динамические связи и смена основных интегральных состояний организма человека на фоне постоянного давления факторов (раздражителей) окружающей среды представлены на рис. 1. Для наглядности представления в динамике очень сложных психосоматических процессов каждое интегральное состояние человека показано в виде «айсберга психосоматики», где надводная часть — сома, подводная часть — психика (психогенный компонент), а центральное место в каждом состоянии занимает главенствующая доминанта, подчиняющая себе многочисленные текущие (повседневные) субдоминанты. Все субдоминанты формируются в центральной нервной системе, в психической сфере, но имеют обязательные проявления в соме, а скорость этих проявлений зависит от инерционности соматических процессов (нервные реакции, сосудистые реакции, гормональные реакции, обменные процессы в костях и др.). На рисунке 1: маленькие черные круги — это различные текущие субдоминанты (прием пищи, сон, ходьба и др.), черные треугольники — опорные субдоминанты ДЖЦ, черные квадраты — патологические опорные субдоминанты болезни.

*Доминанта идеального здоровья* (рис. 1, I), которая встречается у меньшей части населения, чаще у молодых людей, переходит в состояние доминанты относительного здоровья (рис. 1, II) под воздействием неблагоприятных (патогенных) факторов окружающей среды (травмы, инфекции, стрессы и др.). При этом патогенные факторы (раздражители) не разрушают главенствующую доминанту — ДЖЦ, но приводят к появлению каких-либо хронических

заболеваний (даже весьма серьезных), которые оказываются компенсированными, потому что становятся текущими субдоминантами в подчинении ДЖЦ, а психогенный компонент этих заболеваний играет не патогенетическую, а са-ногенетическую роль. Примером могут служить инвалиды, участвующие в Паралимпийских играх, или увлеченные люди с ВИЧ/СПИДом, пожилые люди, ведущие активный образ жизни, т. е. активно создающие и поддерживающие опорные субдоминанты здоровья. Обратный переход состояния II в состояние I нам представляется затруднительным.

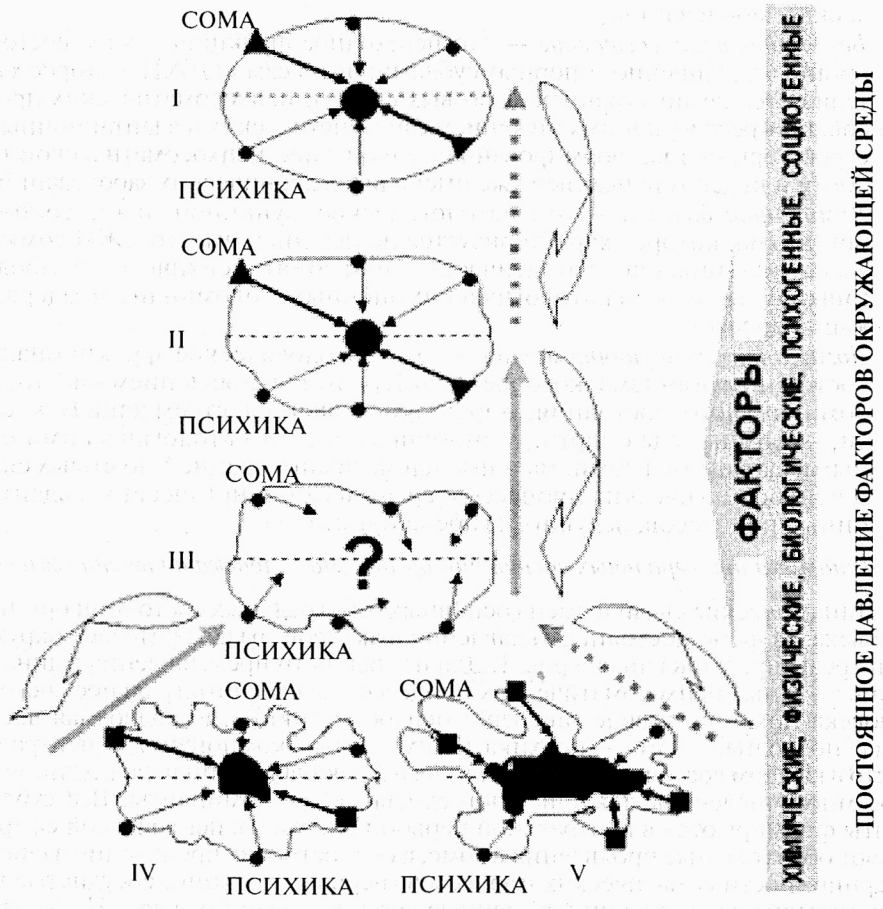


Рис. 1

В случае утраты ДЖЦ (смысла, цели жизни) под давлением факторов окружающей среды человек оказывается в переходном бездоминантном состоянии, во власти повседневных субдоминант (рис. 1, III), что характеризуется состоянием хронического истощающего психоэмоционального стресса с его психическими и соматическими проявлениями. Например, утрата близкого человека, с которым связывались планы на будущее, или потеря каких-либо жизненных перспектив в результате социальных потрясений (вой-



на, терроризм, финансово-экономический кризис, стихийные бедствия и др.), а также другие психотравмирующие ситуации. Человек в бездоминантном состоянии может находиться от нескольких минут до нескольких лет. При благоприятных условиях (появление цели в жизни) человек возвращается в состояние доминанты относительного здоровья (рис. 1, II), в противном случае, оказывается во власти доминанты болезни (рис. 1, IV) или доминанты самоуничтожения (рис. 1, V).

*Доминанта болезни* проявляется в каком-либо серьезном хроническом заболевании, зародившемся в период бездоминантного состояния (фактически ХПЭС), с образованием патологических опорных субдоминант, которые составляют основу психогенного компонента болезни. Они проявляются как в психической сфере (тревога, депрессия, фобии, навязчивости и др.), так и в соматической сфере (вегетативные, нейроэндокринные, нейроиммунные нарушения и др.), деформируя психосоматические отношения и активно участвуя в патогенезе болезни. Имеются многочисленные примеры возникновения самых различных заболеваний на фоне ХПЭС, в том числе развитие злокачественных опухолей [11] или рассеянного склероза [31] после утраты близких людей.

*Доминанта самоуничтожения* (рис. 1, V) всегда происходит из бездоминантного состояния (рис. 1, III), которое, в свою очередь, может возникнуть из доминанты болезни (рис. 1, переход IV в III). Психогенный компонент доминанты самоуничтожения содержит значительное число патологических опорных субдоминант, что делает доминанту самоуничтожения очень прочной и затрудняет обратный переход в бездоминантное состояние. Психогенный компонент доминанты самоуничтожения всегда ярко окрашен и клинически проявляется депрессивной симптоматикой, явлениями беспомощности, безнадежности, безысходности, вплоть до кататаноидного состояния с полным отказом человека от дальнейших жизненных перспектив и от самой жизни, это психологическая капитуляция (феномен «given-up/giving-up») под давлением факторов окружающей среды с активным или пассивным стремлением к смерти. Соматогенный компонент доминанты самоуничтожения часто проявляется выраженными соматическими нарушениями, связанными преимущественно с тяжелыми расстройствами сердечно-сосудистой системы (тяжелые аритмии, слабость сердечной деятельности и др.). Ярким примером доминанты самоуничтожения является известный феномен «voodoo death», или психогенной смерти [17], который изучался нами в онкологической практике [3]. Психологическая капитуляция на фоне депрессии приводит к суицидам, предшествует и ускоряет наступление смерти больных с заболеваниями сердца [28; 29], онкологических больных [12; 23] и многих больных с другими заболеваниями [24]. Кстати, самоликвидирующее поведение каких-либо фанатов, сектантов или террористов-самоубийц также обусловлено доминантой самоуничтожения, возникшей под влиянием внешних неблагоприятных факторов, преимущественно суггестивных.

*Пример системного взгляда на хроническую болезнь с позиций концепции доминанты жизненной цели. Опухолевая болезнь*

В представленной нами ранее гипотезе психогенного канцерогенеза была показана схема формирования основных патогенетических звеньев канцерогенеза под влиянием ХПЭС [10]. При этом сам термин «хронический психоэмоциональный стресс» остался лишь общим понятием, не отражающим всей глубины его происхождения, но с позиций концепции ДЖЦ становится яс-

ным генез ХПЭС с его известными повреждающими влияниями на организм. Наши многолетние исследования показали, что до фактического установления диагноза рака большинство больных находились в состоянии беспомощности, безысходности, безнадежности (часто не осознаваемых больными), которые характеризуют утрату ДЖЦ, проявляющуюся ХПЭС [4]. Статистические данные свидетельствуют о резком повышении вероятности заболевания злокачественными опухолями с увеличением возраста [16]. Возможно, это связано с утратой жизненных перспектив и планов на будущее у стареющего человека, фактически это утрата ДЖЦ со всеми вытекающими негативными психосоматическими последствиями. Постановка диагноза рака является, в свою очередь, мощным ятрогенным (суггестивным) воздействием, замыкающим порочный круг канцерогенеза с образованием новых дополнительных патологических опорных субдоминант, поддерживающих и усиливающих главную патологическую доминанту — раковую (онкологическую) доминанту (РД), которая прочно занимает место ДЖЦ. Современная соматически ориентированная терапия рака не учитывает психогенного компонента раковой болезни и не оказывает ему должного внимания, хотя он во многом определяет течение и исход рака. Соматический подход к терапии рака не способен объяснить неуправляемость канцерогенеза.

С позиций концепции ДЖЦ становятся понятными причины неуправляемости ракового процесса при соматически ориентированной терапии (рис. 2а). Современная комплексная терапия рака (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия) приводит к неполному устранению раздражителей, поддерживающих РД и в целом патологическое интегральное состояние организма — доминанту болезни, т. е. осуществляет коррекцию лишь ее соматической составляющей (рис. 2б), что может даже усилить проявления опухолевой болезни. К тому же сохранение психогенного компонента РД и доминанты болезни в целом создает достаточные условия для полного рефлекторного восстановления ее соматического компонента, т. е. возникновение рецидива рака или появления рака других тканевых локализаций при повторном напоминающем воздействии психогенных раздражителей (рис. 2в), даже спустя много лет после первого инцидента рака. В этой связи в патогенетически обоснованном комплексном подходе к лечению рака должны быть предусмотрены эффективные влияния на психогенный компонент опухолевой болезни.

### Значение концепции

1. Представленная концепция позволяет увидеть тесное взаимодействие психики и тела, сформировать холистический взгляд на жизнедеятельность человека.
2. Концепция обосновывает комплексные патогенетические подходы к профилактике и лечению заболеваний человека.
3. Концепция раскрывает особую роль социума как источника суггестивных потоков информации в формировании личности человека и его жизненных установок.
4. На основании концепции могут быть прояснены процессы, происходящие не только в одном человеке, но и в различных сообществах людей.
5. С позиций концепции появляется возможность целенаправленной разработки экспериментальных моделей на животных, которые станут максимально адекватными задачам исследования.

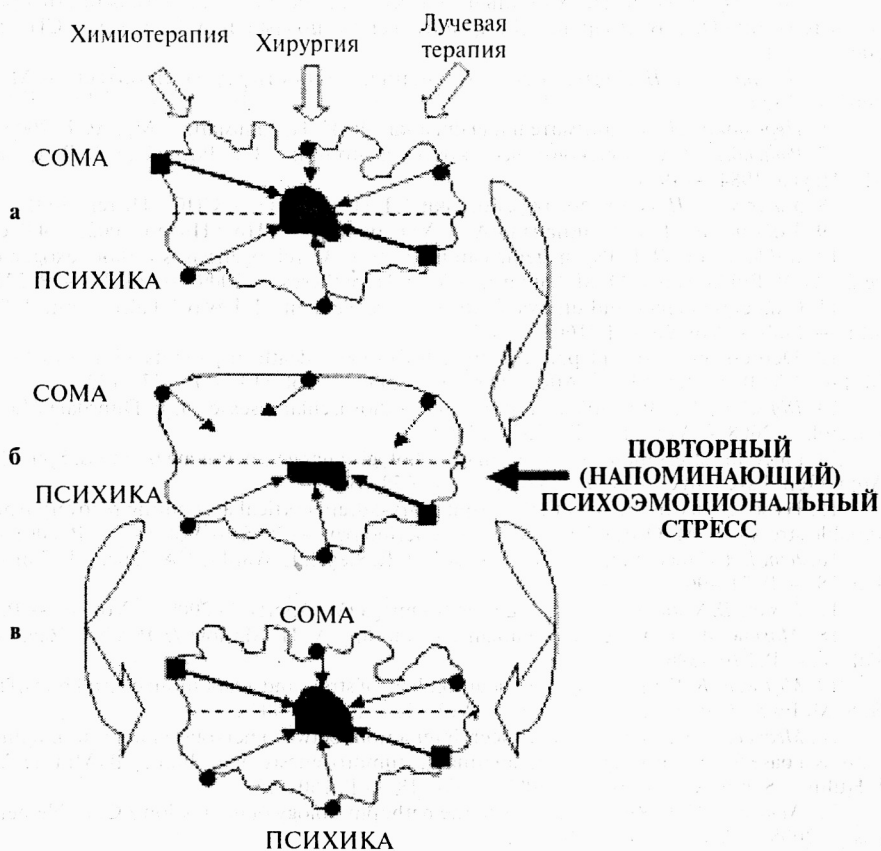


Рис. 2

Таким образом, концепция доминанты жизненной цели предоставляет возможность нового видения взаимосвязей идеального и материального, психики и тела, динамического единства психосоматических процессов, а также позволяет понимать и прогнозировать явления жизнедеятельности здорового и больного человека.

Based on comprehensive analysis of the literature, the long experience of experimental and clinical medical practice we have developed the concept of life goal dominant which represents a system view on health and disease of a human being can see the dynamic unity of the psychosomatic process and find a practical solution to many problems of experimental and practical medicine.

**Keywords:** life, mind, goal, dominant, chronic stress, soma.

### Литература

1. Анохин, П. К. Теория функциональной системы / П. К. Анохин // Успехи физиол. наук. — 1970. — Т. 1, № 1. — С. 19—54.
2. Бехтерев, В. М. Внутреннее и его роль в общественной жизни / В. М. Бехтерев. — СПб.: Питер, 2001. — 256 с.
3. Бухтояров, О. В. Психогенная смерть в онкологии: обоснование понятия, патогенез, формы развития, возможности профилактики / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский // Вопр. онкологии. — 2006. — Т. 52, № 6. — С. 708—714.

4. Бухтояров, О. В. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский; под ред. В. А. Козлова. — СПб.: Алетей, 2008. — 264 с.
5. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.
6. Перельман, Я. И. Занимательная физика / Я. И. Перельман. — М.: АСТ, 2006. — 480 с.
7. Ротенберг, В. С. Поисковая активность и адаптация / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. — М.: Наука, 1984. — 192 с.
8. Узнадзе, Д. Н. Психология установки / Д. Н. Узнадзе. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.
9. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. — СПб.: Питер, 2002. — 448 с.
10. Bukhtoyarov, O. V. Psychogenic carcinogenesis: Carcinogenesis is without exogenic carcinogens / O. V. Bukhtoyarov, D. M. Samarin // *Med. Hypotheses*. — 2009. — Vol. 73. — P. 531–536.
11. Cancer incidence and survival following bereavement / I. Levav [et al.] // *Am. J. Public Health*. — 2000. — Vol. 90. — P. 1601–1607.
12. Depression — an independent predictor of early death in patients with advanced cancer / M. Lloyd-Williams [et al.] // *J. Affect. Disord.* — 2009. — Vol. 113. — P. 127–132.
13. Dimsdale, J. E. Psychological stress and cardiovascular disease / J. E. Dimsdale // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2008. — Vol. 51. — P. 1237–1246.
14. Early-life stress induces long-term morphologic changes in primate brain / S. Spinelli [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2009. — Vol. 66. — P. 658–665.
15. Hypoactivity of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis during recovery from chronic variable stress / M. M. Ostrander [et al.] // *Endocrinology*. — 2006. — Vol. 147. — P. 2008–2017.
16. Jemal, A. Cancer Statistics 2008 / A. Jemal, R. Siegel, E. Ward // *CA Cancer. J. Clin.* — 2008. — Vol. 58. — P. 71–96.
17. Lester, D. Voodoo death / D. Lester // *Omega (Westport)*. — 2009. — Vol. 59. — P. 1–18.
18. Maslow, A. H. A theory of human motivation / A. H. Maslow // *Psychol. Rev.* — 1943. — Vol. 50. — P. 370–396.
19. McEwen, B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain / B. S. McEwen // *Physiol. Rev.* — 2007. — Vol. 87. — P. 873–904.
20. Mravec, B. Neurobiology of cancer: interactions between nervous, endocrine and immune systems as a base for monitoring and modulating the tumorigenesis by the brain / B. Mravec, Y. Gidron, I. Hulin // *Semin. Cancer Biol.* — 2008. — Vol. 18. — P. 150–163.
21. Nemeroff, C. B. Recent findings in the pathophysiology of depression / C. B. Nemeroff // *Focus*. — 2008. — Vol. 6. — P. 3–14.
22. NMU-induced mammary carcinogenesis in female rats is influenced by repeated psychoemotional stress / E. Adamekova [et al.] // *Neoplasma*. — 2003. — Vol. 50. — P. 428–432.
23. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients / G. Rodin [et al.] // *Soc. Sci. Med.* — 2009. — Vol. 68. — P. 562–569.
24. Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the mayo clinic cohort study of personality and aging / B. R. Grossardt [et al.] // *Psychosom. Med.* — 2009. — Vol. 71. — P. 491–500.
25. Reiche, E. M. Stress and depression-induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer / E. M. Reiche, H. K. Morimoto, S. M. Nunes // *Int. Rev. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 17. — P. 515–527.
26. Rotenberg, V. S. Search activity concept: relationship between behavior, health and brain functions / V. S. Rotenberg // *Activitas Nervosa Superior*. — 2009. — Vol. 51. — P. 12–44.
27. Roy-Byrne, P. P. Anxiety disorders and comorbid medical illness / P. P. Roy-Byrne, K. W. Davidson, R. C. Kessler // *Focus*. — 2008. — Vol. 6. — P. 467–485.
28. Seymour, J. Depression, cardiac mortality and all-cause mortality / J. Seymour, T. B. Benning // *Adv. Psychiatr. Treat.* — 2009. — Vol. 15. — P. 107–113.
29. Surtees, P. G. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study / P. G. Surtees, N. W. J. Wainwright, R. N. Luben // *Am. J. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 165. — P. 515–523.
30. The relation between psychological factors and DNA-damage: a critical review / Y. Gidron [et al.] // *Biol. Psychol.* — 2006. — Vol. 72. — P. 291–304.
31. The risk of multiple sclerosis in bereaved parents: A nationwide cohort study in Denmark / J. Li [et al.] // *Neurology*. — 2004. — Vol. 62. — P. 726–729.