В. РОТЕНБЕРГ
В. АРШАВСКИЙ

Поисковая активность и адаптация

Вадим Семенович Ротенберг
Виктор Вульфович Аршавский

Поисковая активность и адаптация

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=12845675
ISBN 9785447434496

Аннотация

Эта книга появилась благодаря случайной встрече ее будущих авторов, которая произошла более 40 лет тому назад. Встреча эта была большой удачей. Каждый из нас столкнулся с неожиданными результатами своих исследований, противоречащими общепринятым в то время научным представлениям. Наше совместное обсуждение привело к внезапному озарению – созданию новой психофизиологической концепции – концепции поисковой активности.

Содержание

Предисловие ко второму изданию 6
Введение 8
Глава 1. Поведение и здоровье 19
Отрицательные эмоции и здоровье – мифы и факты 19
Какой стресс вреден? (немного эксперимента) 31
Концепция поисковой активности – новый подход к проблеме 37
Конец ознакомительного фрагмента. 39

Поисковая активность и адаптация

Вадим Семенович Ротенберг
Виктор Вульфович Аршавский

© Вадим Семенович Ротенберг, 2015
© Виктор Вульфович Аршавский, 2015

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero.ru

В книге систематически излагается новая биологическая концепция. Суть ее в том, что широко понимаемая поисковая активность повышает устойчивость организма к стрессу и разнообразным вредным воздействиям, тогда как отказ от поиска является важной неспецифической предпосылкой к развитию многих заболеваний. Показана роль быстрого сна и сновидений в компенсации состояния отказа от поиска и восстановлении поисковой активности. Предложено новое понимание смысла функциональной церебральной асимметрии и обсуждается особая роль правополушарного мышле-

ния в адаптации в период бодрствования и сна. Предлагаются новые трактовки механизмов творчества, а также механизмов развития ряда заболеваний.

Рецензенты
И. М. Фейгенберг, Э. М. Рутман

Предисловие ко второму изданию

Эта книга появилась благодаря случайной встрече ее будущих авторов, которая произошла более 40 лет тому назад. Встреча эта была большой удачей. Один из нас в то время исследовал ночной сон здоровых людей и больных депрессией, а другой изучал влияние различных эмоциональных состояний на течение искусственно вызванных соматических расстройств у животных. Незадолго до нашей встречи каждый из нас столкнулся с неожиданными результатами своих исследований, противоречащими общепринятым в то время научным представлениям и побуждающими эти представления пересмотреть. Наше совместное обсуждение этих, казалось бы, далеких друг от друга проблем привело к внезапному озарению – созданию новой психофизиологической концепции, концепции поисковой активности, связывающей особенности поведения человека и животных с их устойчивостью к стрессу и заболеваниям и с функцией быстрого сна. Эта концепция получила международное признание и была впоследствии дополнена новыми взглядами на функции двух полушарий мозга человека и позволила пересмотреть психофизиологические механизмы развития психических и психосоматических расстройств. Первое издание этой книги вышло более 30 лет назад, и она сразу стала бестселлером. И не только потому, что в ней предлага-

лись новые решения ряда глобальных проблем, но и потому, что она представляла эти решения в простой форме, доступной для понимания не только медиков, психологов и физиологов, но и широкого круга интеллигентных читателей. Книга была быстро раскуплена, и мы знаем по личной переписке и по сообщениям в Интернете, что ее постоянно ищут. Это побудило нас к ее переизданию, с учетом, что все ее основные положения остаются в силе и побуждают к дальнейшему научному поиску в разных направлениях. Надеемся, что читатели встретят переиздание этой книги с интересом и энтузиазмом.

Введение

С тех пор как в 1936 г. выдающийся канадский физиолог Ганс Селье ввел понятие «стресса», «общего адаптационного синдрома», это понятие получило чрезвычайно широкое распространение. По-видимому, нет ни одного другого научного термина, который столь же часто использовался бы в художественной литературе и в быту. Одна из основных причин такой экстраординарной популярности состоит в том, что концепция стресса претендует на объяснение многих явлений повседневной жизни: реакций человека на неожиданные события, возникающие трудности, развитие самых различных заболеваний как соматических (сома – по-гречески «тело»), так и психических. Согласно классическому определению самого автора концепции, стресс является неспецифическим ответом организма на любое предъявленное ему требование, и этот ответ представляет собой напряжение организма (стресс – в переводе с английского «напряжение»), направленное на преодоление возникающих трудностей и приспособление к возросшим требованиям. Г.

Селье выделяет три фазы такого реагирования: 1) реакцию тревоги, отражающую мобилизацию всех ресурсов организма, 2) фазу сопротивления, когда благодаря предшествующей мобилизации удается успешно справляться с вызвавшими стресс воздействиями без какого-либо видимого

ущерба для здоровья, и 3) фазу истощения, когда, по мнению автора концепции, слишком длительная или слишком интенсивная борьба приводит к снижению приспособительных (адаптационных) возможностей организма и тем самым открывается дорога для развития самых разнообразных заболеваний. Мы не будем останавливаться на всех физиологических и биохимических, прежде всего гормональных, изменениях в организме, соответствующих каждой из выделенных фаз. Эти изменения уже во многом хорошо изучены и продолжают изучаться во многих лабораториях мира, а основные результаты проведения исследований неоднократно излагались в научно-популярной литературе, в том числе в переведенных на русский язык книгах самого Г. Селье (Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960; На уровне целого организма. М.: Наука, 1972; Стресс без дистресса М.: Наука, 1979). Важно лишь подчеркнуть, что эта общебиологическая концепция была воспринята медиками как ключ к пониманию основных закономерностей развития многих наиболее распространенных заболеваний. Вторая половина XX в. характеризуется неуклонным ростом числа неврозов и так называемых психосоматических расстройств (к ним относятся: стенокардия и инфаркт миокарда, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, колиты, некоторые аллергические заболевания). В последние годы все большее число ученых ставит вопрос об отнесении к этой же категории

злокачественных опухолей. Происхождение именно этих заболеваний традиционно связывают с вредным истощающим действием стресса, прежде всего эмоционального стресса, т. е. отрицательных, неприятных переживаний: горя, тоски, страха, тревоги, ненависти, обиды, отчаяния и т. п. В самом развитии состояния стресса, чем бы он ни был вызван, даже физическим воздействием, например травмой, такого рода переживаниям придается очень важное, даже решающее, значение. Один из виднейших специалистов в этой области, Дж. Мейсон, полагает, что действие любого стрессора (т. е. фактора, вызывающего стресс) определяется характером и выраженностью эмоциональной реакции на него, и, следовательно, эмоциональный компонент стресса является наиболее важным. Хотя сам Г. Селье считает такую позицию излишне категоричной, он также признает, что у человека эмоциональные раздражители – самый частый стрессор.

Правда, в своих основных работах Г. Селье подчеркивает, что любые воздействия и физические и эмоциональные, вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако необходимо учесть, что любые воздействия на организм, даже сугубо физические (тепло, холод, болевые раздражения), обязательно вызывают эмоциональную реакцию, и удельный вес этой эмоциональной реакции в изменениях всего состояния организма достаточно трудно учесть. В этой связи заслуживают большого внимания данные, приведенные Р. Лазарусом (одним из наиболее последователь-

ных сторонников ведущей роли эмоционального напряжения во всем синдроме стресса). Автор указывает, что у людей, погибавших от различных заболеваний, в агональном (т. е. предшествующем смерти) периоде активность коры надпочечников, как очень важного показателя состояния стрессированности, была совершенно различной в зависимости от того, погибали ли они в сознании или нет; те, кто погибал в сознании, обнаруживали по этому показателю выраженные признаки стресса, а те, кто погибал в бессознательном состоянии, этого не обнаруживали, хотя экстремальные (чрезмерные) изменения в организме, связанные с переходом от жизни к смерти, были, разумеется, выражены во всех случаях. Добровольный отказ от пищи (на какой-то ограниченный период времени) не вызывает состояния стресса, тогда как насильственное лишение на такой же или даже меньший срок вызывает стресс. Наркоз перед операцией значительно снижает операционный стресс, хотя само по себе оперативное вмешательство проводится при этом в таком же объеме. Количество таких примеров можно было бы значительно расширить.

Представления о роли эмоционального стресса в развитии различных заболеваний легли в основу проведенных относительно недавно исследований Холмс и Раэ. Авторы выясняли, не влияют ли на возникновение заболеваний какие-либо значимые события и существенные изменения в жизни человека. Испытуемым лицам, у которых были выявлены ка-

кие-либо признаки нарушения здоровья, предлагали заполнить анкету, в которой перечислялись все мыслимые события и происшествия, способные изменить жизнь человека или его отношение к жизни. В этот список «на равных правах» попали и те события, которые могут вызвать приятные волнения (свадьба, рождение ребенка, повышение по службе, путешествия, резкое улучшение материального положения и т. п.), и те события, которые наверняка обусловливают неприятные переживания (смерть близкого родственника или друга, утрата престижа, потеря работы, финансовый крах). Испытуемым предлагалось указать, какие из этих событий происходили с ними в течение года, предшествовавшего заболеванию. Аналогичную анкету предлагали заполнить контрольной группе здоровых людей. Оказалось, что у заболевших общее число жизненных перемен было больше, чем в контрольной группе, причем на первых этапах исследования создавалось даже впечатление, что не очень существенно, были ли события приятными или нет. Этот вывод как будто хорошо согласовывался с исходной формулировкой концепции общего адаптационного синдрома, согласно которой и положительные и отрицательные эмоции вызывают биологически одинаковый стресс. Кроме того, полученные результаты давали хороший материал для рассуждений о причинах увеличения числа психосоматических заболеваний в паше время, поскольку, по крайней мере, по такому параметру, как динамичность жизни и число измене-

ний за определенный отрезок времени, XX век дает, что называется, сто очков вперед всем предыдущим эпохам. Правда, более поздние и углубленные исследования Доренвендов показали, что вредное влияние на здоровье оказывают в основном события, сопровождающиеся негативной эмоциональной реакцией. В главе I мы остановимся на этом вопросе более подробно, сейчас же нам важно констатировать, что эти массовые исследования подтвердили роль эмоционального стресса в развитии заболевания.

Однако со многими теоретическими проблемами концепции стресса дело обстоит далеко не просто. Г. Селье подчеркивает, что стресс – обязательный компонент жизни, что он может не только снизить, но и повысить устойчивость организма к вредным болезнетворным факторам. Стрессом, в его широком понимании, являются и любовь, и творчество, безусловно приносящие удовлетворение и защищающие от ударов жизни.

В противоположность стрессу как необходимому механизму преодоления требований, предъявляемых организму средой, Г. Селье выделяет дистресс как состояние, безусловно, вредное для здоровья (дистресс – в переводе «истощение», «несчастье»). Но в каких соотношениях находятся стресс – дистресс? Можно ли назвать определенные условия, закономерно их вызывающие? Конечно, ненависть или тоска с большей вероятностью способствуют возникновению дистресса, но было бы ошибкой, с позиции Г. Селье, без-

оговорочно отнести к причинам дистресса все отрицательные эмоции, а все положительные рассматривать как защиту от дистресса. Напротив, автор подчеркивает, что стрессорное действие горя и радости может быть одинаковым. Вспомним хотя бы смерть после неожиданно свершившихся надежд. Селье спрашивает: «Почему одна и та же работа может привести и к стрессу и к дистрессу?.. Даже самые крупные специалисты не знают, почему стресс рухнувшей надежды со значительно большей вероятностью, чем стресс от чрезмерной мышечной работы, приводит к заболеваниям». Согласно описанной выше трехфазности стресса («триада Селье») все определяется интенсивностью и длительностью стрессирующего воздействия: длительно действующий интенсивный стресс приводит к истощению и завершается дистрессом. Но что именно истощается? Селье называет эту истощающуюся субстанцию жизненной энергией, по-видимому, хорошо отдает себе отчет в том, что это не более чем метафора, ибо на современном уровне знаний эта энергия не поддается измерению и объективному исследованию. В этой связи возникает еще один важный вопрос.

Известно из целого ряда работ, начиная с исследований самого Селье, что в фазе сопротивления (резистентности) организм характеризуется большей устойчивостью к вредным воздействиям, чем в состоянии относительного покоя, так сказать «вне стресса». Надо полагать, что в этот период уровень «жизненной энергии» выше среднего. Как же

можно себе представить, что продление этого состояния, характеризующегося повышенной устойчивостью, само по себе приводит к снижению устойчивости и стресс постепенно переходит в дистресс? По-видимому, должен быть какой-то перелом от положительного действия стресса к отрицательному. Состояние дистресса полярно стрессу по своим характеристикам, но может выводиться из него непосредственно. Как же и почему происходит этот перелом? Наконец, если стресс «рухнувшей надежды» действительно имеет «преимущества» перед любыми другими видами стресса в смысле провоцирования соматических расстройств, то каким образом, через какие опосредующие механизмы психическое состояние – переживание рухнувшей надежды – влияет на состояние биологических систем? На эти вопросы концепция общего адаптационного синдрома ответа не дает.

В последние годы в научной литературе, посвященной стрессоустойчивости и происхождению психосоматических заболеваний, наметился новый подход к проблеме. Человек (как, впрочем, и животное) рассматривается уже не как относительно пассивный объект разнообразных воздействий, а как субъект, активно противостоящий этим воздействиям. Основное внимание ученые начинают уделять психологическим приемам и формам поведения, с помощью которых человек справляется с трудностями, несмотря на наличие тяжелых переживаний и вопреки длительному действию стресса. Расстройство здоровья (физического и психического)

рассматривается не как автоматическое следствие длительного и интенсивного напряжения, а как результат недостаточной эффективности этих механизмов, которые в принципе как раз и призваны обеспечить сопротивляемость в любых условиях и называются coping-механизмами (coping – в переводе с английского «преодоление», «сопротивление»).

Профессор У. Грин, экс-президент Американского психосоматического общества, пишет следующее: «Наиболее важное развитие в нашей области за последние 25 лет – это изменение теоретической перспективы. Оно выражается в повышении интереса не только к проблеме болезни, но и к проблеме здоровья… Сегодня уже не занимаются так много тягостными эмоциями вины и гнева, как ускорителями болезни… Может быть, больше всего даст понятие „coping“, которое в общих чертах можно определить как то, что позволяет сохранить психологическую и физиологическую устойчивость, вопреки отрицательным эмоциям».

Однако нельзя не заметить, что определенное таким образом понятие носит чересчур расплывчатый и неопределенный характер. Слишком многое включает оно в себя – от различных форм проявляющегося вовне поведения (видимого внешнего поведения, наблюдаемого поведения), например избегания неприятных ситуаций, ухода от них или, напротив, от активной борьбы с ними, до так называемых механизмов психологической защиты, с помощью которых человек безотчетно, не осознавая этого, перестраивает свое отно-

шение к травмирующим воздействиям. Нет никакой общепризнанной систематики этих механизмов «преодоления», не выделены основные принципы их функционирования.

Наконец, – и это одно из самых важных обстоятельств – не предпринято пока серьезных попыток связать эти механизмы с функциями мозга, хотя предпосылки для такой попытки связи давно созрели. За последние 25 лет наука о мозге обогатилась двумя фундаментальными открытиями: были созданы совершенно оригинальные представления о физиологии и психофизиологии сна и новое учение о различной функции левого и правого полушария мозга человека. Эти проблемы уже находили отражение в популярной литературе, но они рассматривались изолированно друг от друга и их значение для понимания механизмов приспособления подчеркнуто недостаточно. Между тем каждое из этих открытий имеет самое непосредственное отношение к проблеме адаптации и сохранения (или нарушения) здоровья в условиях стресса. Одним из самых интригующих является вопрос о функции сновидений, но между двумя этими направлениями исследования существует важная и до сих пор не до конца прослеженная связь.

Задачей настоящей книги как раз и является рассмотрение сложных и интересных соотношений между этими двумя направлениями исследований и их связей с проблемами психического и соматического здоровья, творчества и стрессоустойчивости. Основой, на которой будут рассмотрены все

эти актуальные вопросы, является предложенная нами концепция поисковой активности – новая концепция поведения, тесно связанная с целым рядом развиваемых параллельно гипотез и теоретических моделей, которые также будут представлены в этой книге.

Глава 1. Поведение и здоровье

Отрицательные эмоции и здоровье – мифы и факты

Представления о противоположном влияний на телесное здоровье положительных и отрицательных эмоций имеют, по-видимому, столь же долгую историю, что и вся медицина. Раны победителей заживают быстрее, чем раны побежденных, – эта закономерность была известна еще воинам Древнего Рима. Врачи, участвовавшие в военных кампаниях в прошлом веке, обнаруживали, что в побежденных и отступающих армиях значительно быстрее, чем в победоносных, распространялись такие инфекционные заболевания, как тиф и дизентерия. Эти наблюдения лишь подтверждали многочисленные единичные факты, свидетельствующие о том, что длительная печаль, тревога, подавленность нередко предшествуют развитию самых различных соматических заболеваний или ухудшают их течение, тогда как положительные эмоции, все факторы, повышающие настроение и жизненный тонус, могут способствовать более быстрому выздоровлению. На это обстоятельство неоднократно указывали выдающиеся отечественные терапевты –

С. П. Боткин, М. И. Кончаловский и др. Они неизменно подчеркивали, что моральное состояние больного, характер его переживаний, вера в выздоровление и настрой на хорошие перспективы лечения или, наоборот, ощущение безнадежности и отчаяния имеют очень важное, если не решающее, влияние на результат лечения

Идеи нервизма, берущие начало от работ И. М. Сеченова, стали теоретической основой изучения роли центральной нервной системы в регуляции функций внутренних органов. Это направление исследований хорошо известно читателю из многочисленной специальной и научно-популярной литературы. Поэтому мы не будем на нем подробно останавливаться, тем более что в рамках этого направления рассматривались скорее наиболее общие теоретические и методологические проблемы, и меньше внимания было уделено конкретным соотношениям между теми или иными переживаниями, появлением и течением отдельных болезней. Эти вопросы являются основными для особой отрасли медицины, возникшей в первой половине нашего века и получившей название психосоматической.

Один из основателей психосоматической медицины, американский ученый Ф. Александер, поставил своей задачей выяснение роли психического, прежде всего эмоционального, состояния человека в развитии таких заболеваний, как гипертоническая болезнь и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Исходя из многочисленных клини-

ческих наблюдений и теоретических предпосылок, почерпнутых из психоанализа, Ф. Александер пришел к выводу, что в основе этих заболеваний лежат конфликты между противоположными тенденциями поведения, т. е. между стремлениями человека совершать поступки, исключающие друг друга. Так, причиной стойкого повышения артериального давления, по Ф. Александеру, является длительное состояние эмоционального напряжения и потенциальной готовности действовать; однако сами действия невозможны потому, что их направленность противоречит моральным и этическим принципам человека.

В исследованиях Мак-Клеланда и ряда других ученых были подтверждены представления Ф. Александера, что причиной эмоционального напряжения у страдающих гипертонической болезнью может быть, в частности, неудовлетворенная потребность властвовать, диктовать свою волю другим, возвышаться над другими. Если обстоятельства складываются так, что это стремление не может быть осуществлено или, во всяком случае, не может быть осуществлено в той полной мере, в какой хотелось бы, у человека возникает чувство враждебности к окружающим его людям, власть над которыми не удается проявить. Открыто агрессивное, враждебное поведение требует мобилизации всех ресурсов организма, усиления активности симпатической нервной системы, которая энергетически обеспечивает поведение, и в частности обусловливает повышение кровяного давления, для то-

го чтобы обеспечить достаточный приток крови к мышцам и мозгу. После успешного завершения агрессивного поведения артериальное давление снижается. Если бы страдающий гипертонией мог позволить себе проявить враждебность в откровенно агрессивном поведении, эмоциональное напряжение, по мнению ученых, удалось бы уменьшить и соответственно снизилось бы кровяное давление. Но совершение таких агрессивных действий не одобряется всем ближайшим окружением человека, и поэтому он воспитывается в убеждении, что они недопустимы. Это убеждение становится важной составной частью его моральных норм, нарушение которых привело бы субъекта к потере самоуважения. В результате агрессивные тенденции, враждебность к окружающим подавляются и могут даже не осознаваться, а кровяное давление растет.

Другой внутренний конфликт лежит в основе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Человек в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. Однако одновременно он воспитан в уважении к силе, самостоятельности и независимости, он хочет быть именно таким, только таким он себе нравится и может себя уважать, а любое проявление зависимости и обращение за поддержкой воспринимаются им как признак слабости, недостаточной мужественности. В результате потребность в опеке подавляется точно так же, как при

гипертонической болезни подавляется агрессивность. Между тем, по мнению представителей психосоматической медицины, потребность в опеке и зависимости в раннем детстве отражается в желании быть накормленным. Поэтому, будучи хронически подавленной и несознаваемой, эта потребность проявляется в своем первоначальном, примитивном виде и обусловливает хроническое повышение желудочной секреции, которая при некоторых дополнительных условиях приводит к язве.

Конечно, мы несколько упростили для облегчения понимания те достаточно сложные отношения, которые, по мнению теоретиков психосоматической медицины, складываются между психической и соматической сферой при психосоматозах. Но важно подчеркнуть, что в основе любых самых сложных схем этих отношений лежат в конечном итоге все те же принципы вредоносности неприятных переживаний, отрицательных эмоций. Действительно, и для развития гипертонической болезни, и для появления язвы, и для возникновения других соматических расстройств критическим фактором является, согласно изложенным схемам, неудовлетворенность каких-либо потребностей, а неудовлетворенная потребность, естественно, вызывает негативные переживания. Неприемлемое для человека чувство враждебности или зависимости, безусловно, относится к отрицательным эмоциям.

Таким образом, как бы глубоко ни заходили исследовате-

ли и врачи и объяснения природы психосоматических зависимостей, вредное действие отрицательных эмоций и полезное влияние положительных – сомнений не вызывает. Это положение сделалось общим местом и постоянно пропагандируется как со стороны специальных, так и популярных изданий. Для его обоснования привлекаются экспериментальные данные. Проведены многочисленные эксперименты на животных, которые показывают, что при электрическом раздражении так называемых зон отрицательного подкрепления (т. е. тех областей мозга, раздражение которых вызывает у животных состояние страха, враждебности и стремление избежать этой процедуры) все болезненные процессы в организме протекают тяжелее. При раздражении же зон положительного подкрепления, которое вызывает у животного, по-видимому, приятные ощущения, ибо оно стремится к его повторению, те же болезненные процессы протекают легче. Подразумевается, что весь спектр эмоциональных ощущений может быть расположен в следующем иерархическом порядке, в зависимости от потенциального влияния на состояние здоровья.

Положительные эмоции

Состояние эмоционального равновесия

Отрицательные эмоции, проявляющиеся в поведении

Подавленные отрицательные эмоции

Чем ниже по этой иерархической лестнице, тем вреднее для здоровья эмоциональное состояние. Самым вредным считается подавление отрицательных эмоций, невозможность отреагировать на них в поведении, но никто не ставит под сомнение и то обстоятельство, что спокойное, и даже безразличное состояние эмоционального равновесия полезнее, чем состояние негативного эмоционального напряжения, находящего разрядку в поведении. Эти представления, утверждаемые или молчаливо подразумеваемые, во многом определяют и врачебную тактику. Считается, что отрицательные эмоции во всех случаях и любой ценой должны быть устранены, и успокаивающие средства (транквилизаторы) находят все более широкое применение не только в медицинских учреждениях, но и в быту. Их широко применяют хирурги в процессе предоперационной подготовки, чтобы уменьшить операционный стресс. Ими пользуются студенты перед экзаменами, ораторы перед ответственными выступлениями и нередко совершенно здоровые люди после каких-либо волнующих событий или зрелищ, даже в тех случаях, когда речь идет о приятных волнениях. Мы хотели бы подчеркнуть интересную стихийную динамику массовых, в том числе и врачебных, представлений: от уверенности в необходимости и полезности снятия отрицательно-

го эмоционального возбуждения до убежденности, что для здоровья полезно устранять любое эмоциональное возбуждение.

Между тем вопрос о безусловной пользе положительных и вреде отрицательных эмоций далеко не так прост. Врачей неоднократно поражали некоторые факты, оставшиеся, однако, необъяснимыми и необобщенными. Во время интенсивных и длительных периодов эмоционального напряжения, вызванных экстремальными ситуациями, нередко значительно уменьшается число не только психосоматических, но и простудных заболеваний. Это уменьшение заболеваний отмечается вопреки постоянно действующим стрессорным факторам, отнюдь не благоприятствовавшим возникновению положительных эмоций: тяжелый труд, постоянные опасности для жизни, беспокойство за близких, порой гибель товарищей, суровые климатические условия, недосыпание и иногда недоедание. И, тем не менее, психосоматических заболеваний становится значительно меньше. Правда, это характерно только для тех, кто проявлял в этих сложных и опасных условиях незаурядное духовное мужество, готовность постоянно бороться за сохранение жизни и человеческого достоинства. Но ведь не может быть сомнений, что на долю наиболее мужественных и стойких в условиях стихийных бедствий и катаклизм выпадало ежедневно больше отрицательных эмоций, чем на долю других людей за всю жизнь. Однако психосоматические заболевания

у них исчезали. Но через какое-то время пребывания в нормальных условиях, эмоционально неизмеримо более приемлемых и не требующих постоянного напряжения всех душевных и физических сил, эти же (или другие) психосоматические заболевания нередко возобновлялись у них опять. Использование транквилизаторов перед операциями также дало отнюдь не однозначные результаты. Предполагалось, что транквилизаторы снимут эмоциональное напряжение, предоперационный стресс, в результате ускорится и улучшится процесс заживления раны и вообще весь период послеоперационного течения. В целом ряде случаев так и происходило, но широкие и длительные наблюдения показали, что у некоторых больных послеоперационное течение в этих условиях происходит хуже, чем в среднем у лиц, которым не давали транквилизаторов.

Можно заметить, кстати, что и на результаты ответственных выступлений и экзаменов прием транквилизаторов не всегда действует положительно: в ряде случаев снятие эмоционального напряжения ухудшает результативность, хотя субъективно человек чувствует себя действительно спокойнее и даже увереннее. Таким образом, нельзя утверждать безоговорочно и без выяснения каких-то дополнительных условий, что отрицательные эмоции, эмоциональное напряжение как таковое всегда вредно. Посмотрим, как обстоит дело с положительными эмоциями.

Прежде всего, зададимся вопросом, в каких ситуациях

возникают положительные эмоции. Можно ли, например, считать, что положительные эмоции возникают при достижении какой-то желанной цели, к которой человек шел долго, преодолевая разнообразные препятствия, цели, которая казалась едва достижимой и представлялась венцом всех усилий? Не правда ли, достижение такой цели может служить образчиком условий для возникновения положительных эмоций, полного удовлетворения. И потому для многих читателей будет неожиданным утверждение, что период, непосредственно следующий за достижением цели, очень опасен для здоровья. В медицинской и психологической литературе есть специальный термин «депрессии достижения», «болезни достижения». Это заболевания, возникающие на гребне успеха, нередко после больших и длительных усилий, когда кажется, что наступила возможность расслабиться и воспользоваться плодами трудов своих. Заметим, что это чаще всего психосоматические заболевания, но бывают и инфекционные, что свидетельствует о снижении резистентности организма, его устойчивости к вредным факторам. В художественной литературе типичный случай депрессии достижения, доведшей человека до самоубийства, изображен Дж. Лондоном в романе «Мартин Идеи». Помните, как неудачно все складывалось в жизни главного героя – постоянные материальные трудности, непреодолимое одиночество, отказ любимой девушки, а литературное творчество, которому отданы все силы и посвящены все-надежды, регу-

лярно отвергается редакциями. И вопреки всему этому Мартин работает, стиснув зубы, работает, урывая время у отдыха и сна, восхищает нас мужеством и стойкостью. Но вот ситуация изменилась, удачи посыпались как из рога изобилия, он уже признанный писатель, обеспеченный и независимый, любимая покаянно возвращается к нему, кажется, он добился всего, за что боролся. Но что же с ним происходит? Достигнутое не радует его, ему уже ничего не нужно, не нужна даже жизнь, которая теперь, казалось, сулит одни удовольствия. Все это описано так ярко и убедительно, что мы предложили назвать депрессию достижения «синдром Мартина Идена». Что же происходит во всех этих случаях? Первое предположение, приходящее на ум: в процессе длительной и напряженной борьбы за достижение каких-то очень важных целей человек тратит слишком много сил и, в конце концов, истощается. Правда, со строгих научных позиций не вполне ясно, что именно истощается, во всяком случае, не запас калорий – ведь в большинстве таких случаев питание остается полноценным, несоизмеримо более полноценным, чем, например, во время стихийных бедствий и длительных стрессов, а после достижения успеха материальное положение обычно улучшается. Но предположим, что расходуется какой-то еще не изученный субстрат, то, что Г. Селье условно называет «жизненной энергией». И при таком предположении многое остается непонятным. Почему эта «жизненная энергия» роковым образом истощается толь-

ко в самом конце борьбы, уже после достижения победы? Сама борьба может длиться очень разное время. И ведь характерно, что если на последних этапах, перед окончательным достижением, происходят какие-то непредвиденные события, отодвигающие это достижение на несколько месяцев или на год, то эта отсрочка проходит обычно вполне благополучно для здоровья и срыв наступает только после благополучного завершения ситуации. В то же время, если к моменту достижения вожделенной цели человек уже поглощен новыми планами работы, если он не рассматривает достигнутую цель как венец всех усилий, «болезни достижения», как правило, не наступает. Дело, следовательно, не в истощении. На основании всего сказанного выше можно сделать вывод, что и знак эмоции – положительный или отрицательный – не является определяющим фактором в развитии заболевания.

Какой стресс вреден? (немного эксперимента)

Мы уже вскользь коснулись некоторых исследований на животных. Во многих работах, выполненных в середине 60—х годов нашего века, было показано, что искусственно вызванное негативное эмоциональное состояние ухудшает течение различных патологических (болезненных) процессов в организме животного, а положительное эмоциональное состояние приостанавливает развитие этих процессов. Таких экспериментальных патологических моделей существует сегодня довольно много: это и экспериментальная эпилепсия, вызванная сильными и частыми звуковыми раздражителями или наложением на кору головного мозга небольших доз вещества, способного вызывать судорожные разряды; это анафилактический шок и другие аллергические состояния, когда в кровь или брюшную полость животного вводят чужеродный белок; это нарушения сердечного ритма, вызванные некоторыми химическими веществами и т. п. Что касается эмоций, то они могут вызываться моделированием естественных ситуаций: например, кошке показывают собаку и долго содержат обоих животных в угрожающей близости; или когда ограничивают свободное поведение животного, помещая его в тесную клетку; или при длительном лишении пищи; или, наконец, когда животное подвергают посто-

янным незаслуженным наказаниям, нанося ему болезненные удары электрическим током.

Принципиально иной способ вызывания эмоционального состояния связан с электрическим раздражением в мозгу животного зон «удовольствия» и «неудовольствия». Со времени классических работ Олдса [Olds, 1953] известны зоны мозга, при раздражении которых животное проявляет явные признаки беспокойства, страха, недовольства, агрессивного возбуждения. Напротив, раздражение других точек мозга вызывает у животного желание повторить пережитое ощущение. Если крысе создают условие, когда она может, нажимая лапой или мордой на педаль, замыкать и размыкать электрическую цепь и посылать электрические импульсы в зоны «удовольствия», животное очень быстро научается это делать, и его бывает трудно оторвать от педали: оно замыкает цепь сотни раз в минуту, нередко забывая о еде и не обращая внимания на сексуального партнера. Этот феномен получил название «самостимуляция». Но если электрод помещен в зону «неудовольствия», то после первой же пробы или даже случайного нажатия на замыкающую цепь педаль животное отбегает в противоположный угол и в дальнейшем старается держаться от педали как можно дальше.

Итак, многочисленные исследования показали, что насильственное раздражение зон удовольствия учащает искусственно вызванные эпилептические разряды или увеличивает аллергический отек, а самостимуляция уменьшает вы-

раженность отека и прекращает судорожные разряды. Это хорошо согласовывалось с представлениями о вреде отрицательных и пользе положительных эмоций. Однако углубление исследований поставило этот вывод под сомнение. В проведенных нами, совместно с М. И. Монгуш, О. Л. Нотовой, Л. Неробковой и другими, экспериментах на различных патологических моделях (анафилактоидный отек, экспериментальная эпилепсия, нарушения сердечного ритма, экспериментальный паркинсоноподобный синдром, обусловленный введением нейролептиков, повышенное влечение к алкоголю) было подтверждено, что самостимуляция ослабляет течение всех этих патологических процессов по сравнению со спокойным свободным поведением животного. Что же касается раздражения зон «неудовольствия», зон «отрицательного подкрепления», то эффект не был однозначным. В одних случаях соматическое состояние животного ухудшалось, в других улучшалось. Внимательный анализ показал, что это различие связано с характером поведения животного. Если крыса реагировала на раздражение мозга агрессивной реакцией, кусала и царапала клетку, набрасывалась на экспериментатора, или предпринимала активные попытки удрать, вырваться из клетки, сорвать электрод, тогда патологический процесс в организме замедлялся в некоторых случаях так же демонстративно, как при самостимуляции.

Такое поведение, включающее попытки агрессии и бегства, получило название «активно-оборонительное». Заме-

тим, что эмоциональная окраска этого поведения оставалась негативной (отрицательной), судя по совершаемым действиям, крыса отнюдь не получала удовольствия от всего происходящего.

Если же крыса забивалась в угол камеры и не предпринимала никаких попыток вырваться, все патологические процессы расцветали пышным цветом и могли даже привести животное к гибели. Часто состояние крысы при этом свидетельствовало о выраженном эмоциональном возбуждении: шерсть торчала дыбом, сердце колотилось часто и с перебоями, кровяное давление могло колебаться, в то же время усиливалось выделение кала и мочи, что говорило б страхе животного. Если позволить себе сравнение с человеком, можно сказать, что крыса вела себя так, как будто ожидала неминуемой катастрофы. В других случаях крыса безжизненно распластывалась на полу камеры, но выделение кала при этом также усиливалось это состояние получило название «мнимая смерть». Существенно, что в обоих случаях крысы проявляли все признаки страха, не старались избежать своей участи. Это поведение носит название «пассивно-оборонительное» и, судя по всему, именно оно оказывает вредное влияние на состояние здоровья.

Эти данные подтверждаются и в ряде других исследований. В серии экспериментов П. В. Симонов и И. И. Вайнштейн показали, что инфаркт сердца, вызванный у собак экспериментально путем перевязки некоторых сосудов серд-

ца, хуже всего течет при пассивно-оборонительной реакции, тогда как и самостимуляция, и активно-оборонительное поведение оказывают скорее благоприятное действие (при условии, если самостимуляция не чересчур интенсивна).

В экспериментах Н. В. Петряевской и других сотрудников крупного отечественного фармаколога А. В. Вальдмана было установлено, что экспериментальный стресс гораздо быстрее приводит к тяжелым соматическим расстройствам в виде язв кожи и желудочно-кишечного тракта, облысению и истощению, вплоть до смерти именно у тех животных, которые раньше других обнаруживают пассивно-оборонительную реакцию. В ситуации экспериментального стресса те животные, которые обнаруживают повышенную агрессивность, не приобретают язв желудочно-кишечного тракта. В ставших классическими экспериментах Миллера [Miller, 1976] и Вейса [Weis. 1968] два животных получали одинаковый по интенсивности и длительности удар электрическим током. Одна из крыс этой пары имела возможность найти в клетке рычаг, с помощью которого после определенных усилий можно было разорвать электрическую цепь. Обычно это был барабан, который нужно было повернуть несколько раз для размыкания. При успешности такого действия вторая крыса пары также избавлялась от болезненного удара током, но никакие самостоятельные усилия этой второй крысы не приводили к размыканию электрической цепи.

Таким образом, одно животное получало возможность ак-

тивного контроля над ситуацией, а для другого ситуация оставалась совершенно бесконтрольной и вынуждала к пассивному ожиданию и наказания, и его прекращения. Когда через некоторое время оба животных забивались, выяснилось, что у крысы, не имевшей возможности контролировать ситуацию, гораздо более обширные изъязвления желудочно-кишечного тракта, хотя, как видно из условий опыта, обе крысы получали одинаковое количество ударов тока. Можно было бы предложить, что активную, «контролирующую» крысу спасает просто более интенсивная двигательная активность. Но контрольные эксперименты показали, что это не так. Если создать условия, при которых активное поведение, вместо ожидаемого спасения, приводит к увеличению наказующего болевого воздействия, то у тех крыс, которые быстро научаются замирать, язвы не образуются, а крысы, у которых в этих условиях возникает сильное двигательное возбуждение, могут даже погибнуть от желудочно-кишечного кровотечения. Значит, основную роль в этих результатах играет сама возможность отыскания способов держать ситуацию под контролем.

Концепция поисковой активности – новый подход к проблеме

Когда мы проанализировали целый ряд фактов, перечисленных в предыдущем разделе и полученных как в наших собственных исследованиях, так и в экспериментах многих других ученых, работавших независимо друг от друга, мы убедились, что для их объяснения не годятся традиционные подходы. Знак эмоции не является определяющим для развития патологии; и при активной при пассивно-оборонительной реакции животное отрицательно относится к совершаемому над ним воздействию, но влияние этих форм поведения на телесное здоровье прямо противоположно. Более того, по этому признаку нет различия между активно-оборонительным поведением и самостимуляцией, хотя это формы поведения с противоположным эмоциональным знаком. Не становится решающим также наличие или отсутствие двигательной активности – если поведение приобретает характер нецелесообразного хаотического двигательного возбуждения, это отнюдь не сказывается положительно на состоянии здоровья. Не может что-либо объяснить и преобладание симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При пассивно-оборонительном поведении по типу «ожидания катастрофы» относительно преобладает активность симпатической системы: учащает-

ся пульс, повышается артериальное давление, напрягаются мышцы и шерсть подымается дыбом. При пассивно-оборонительном поведении по типу «мнимой смерти» или «капитуляции», очевидно, преобладает парасимпатическая система: мышцы расслаблены, пульс и давление падают. Конечный же результат, в виде ухудшения течения различных патологических процессов в организме, одинаков.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.