



Ирина Германовна Малкина-Пых

Астма. Освободиться и забыть. Навсегда

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=174631
Астма. Освободиться и забыть. Навсегда: Эксмо; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-23826-2*

Аннотация

Если вы обратили внимание на эту книгу, то, вероятно, проблема бронхиальной астмы коснулась вас или ваших близких. В этом случае вы уже знаете что-либо об этом заболевании. Возможно, вы узнали что-то из беседы с вашим лечащим врачом, или из средств массовой информации, или от своих знакомых. И, скорее всего, вам уже успели сказать, что эта болезнь неизлечима. Это неправда. Знаете ли вы, что корни телесных недугов лежат в сфере психики?

Знаете ли вы, что ваша главная задача заключается не в том, чтобы научиться жить с болезнью, а в том, чтобы научиться жить без нее? Знаете ли вы, что можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье? В ваших силах полностью освободиться от астмы и навсегда забыть о таблетках, ингаляторах и приступах удушья. Как это сделать, вам расскажет Ирина Малкина-Пых – ведущий российский специалист по проблемам психосоматики.

Содержание

Введение	4
Глава 1	8
Глава 2	18
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Ирина Малкина-Пых

Астма. Освободиться и забыть. Навсегда

Введение

Я верю в то, что мы сами создаем так называемые болезни в нашем теле. Тело, как и все остальное в нашей жизни, – это не что иное, как прямое отражение наших убеждений. Наше тело все время говорит с нами – если бы только мы нашли время послушать...
Луиза Хей

О бронхиальной астме слышали, конечно, все. Признаки этого заболевания были описаны еще в Древней Греции более двух тысяч лет назад. Такое длительное изучение позволило открыть многие тайны этой странной болезни, которая может внезапно проявиться приступом удушья, возникшим без всяких видимых причин, а потом более или менее длительное время ничем себя не обнаруживать. Однако, несмотря на многовековую историю исследования бронхиальной астмы, до сих пор многое о ее возникновении и развитии неясно, и потому полностью излечить эту хроническую болезнь современная медицина не в состоянии (Немцов, 2001).

С начала XX века динамика медико-статистических показателей заболевания астмой растет медленно, но неуклонно: в развитых странах число летальных исходов от астмы составляет 1,8–3,5 случая на 100 тысяч человек. Медики всех стран бьют тревогу. Обсуждению проблемы посвящаются авторитетные научные встречи, конференции, симпозиумы (симпозиумы в Лондоне в 1958 и 1959 годах, Международные конференции Всемирной организации здравоохранения, на которых разработан Международный консенсус по проблемам диагностики и лечения бронхиальной астмы (1993, 1994, 1995 годы) (Болотовский, 2004).

Предпринимаются меры в отношении раннего выявления астмы и ее профилактики. Постоянно разрабатываются и выпускаются более эффективные лекарственные препараты. Однако, несмотря на повсеместное наступление на болезнь, она тем не менее только усиливает свои позиции, количество людей, страдающих бронхиальной астмой, на настоящий момент от 5 до 15 % мирового населения (данные Всемирной организации здравоохранения). Причем тенденции к снижению распространенности этой болезни не наблюдается. Если в 1980 году в США насчитывалось 6,7 миллиона больных, то в 1995 году их стало 14,9 миллиона. Это при том, что американцы расходуют на лечение этого заболевания 60 миллиардов долларов в год. Симптомы бронхиальной астмы выявляются примерно у 30 % детей Канады, Австралии, Великобритании.

Положение дел в России также совсем не радует: в нашей стране от астмы страдает каждый 12-й житель. В половине случаев астма начинается в детстве, в 30 % случаев – у людей до 40 лет.

Современная медицина преуспела в лечении переломов, ран, аппендицита, серьезных инфекционных заболеваний, подобных пневмонии, которые хорошо поддаются лечению антибиотиками. Она действительно может спасти жизнь. Кроме того, у нее есть эффективные средства лечения опасных заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства. Но с такими современными болезнями, как аллергия, гипертония, артрит, астма, рак,

остеопороз, вирусные инфекции и нарушения пищеварения, медицина управляется значительно менее уверенно.

Обнадешивает, что многие направления медицинских исследований сейчас все больше и больше обращаются в сферы деятельности психологов, получил признание тот факт, что заболевания имеют не только физиологические, но и психологические причины.

Здоровье и болезнь – субъективные переживания. Мы сами определяем уровень своего здоровья, главным образом оценивая свои ощущения. Не существует прибора, позволяющего объективно измерить его уровень.

Основная идея, которую я хочу высказать в этой книге, заключается в том, что вы можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье: ваше тело является неотъемлемой вашей частью, у него есть удивительная способность учиться исцелять себя.

Согласитесь, что быть здоровым – это не то же самое, что не быть больным. Определенно, здоровье – это нечто большее, в первую очередь позитивное. Оно является естественным следствием нашего образа жизни: это не предмет собственности, а процесс, результат наших мыслей и чувств. Здоровье парадоксально: вы не можете непосредственно заставить себя стать здоровым, вам остается только наблюдать за тем, как удивительная способность вашего организма исцелять себя начинает действовать, если вы позволяете ему это сделать.

Еще раз повторю, что это наше здоровье, и именно нам его создавать каждый день своей жизни. Его не найти в лекарствах, его не раздают доктора, какими бы ни были их философия и методы лечения – традиционными или нетрадиционными. Ослепленные необыкновенным действием новых лекарств или методов лечения, мы забываем, что все это лишь героические меры борьбы с болезнью, которая, возможно, зашла слишком далеко. Болезнь – последний сигнал о том, что что-то не в порядке и требуется вмешательство.

«Быть здоровым» – своеобразный баланс тела, разума и духа, естественное состояние, которое мы называем «быть самим собой». Каждый из нас уникален, столь же уникально и наше состояние равновесия.

Не существует универсальных рецептов здоровья. В нашем теле заложен огромный потенциал внутренних ресурсов, способных поддерживать здоровье. Правда, мы чаще всего не задумываемся над этим. Разум и тело постоянно подталкивают друг друга к здоровью или болезни. Не организм заболевает – человек делает это.

Как наше мышление влияет на здоровье

Сегодня многие из нас тратят огромное количество денег и времени, стараясь prolongировать свою жизнь и сделать ее более здоровой и активной. Мы читаем книги, посвященные новейшим исследованиям по вопросам здоровья, глотаем витамины и биологически активные добавки, едим здоровую пищу, бегаем трусцой и посещаем фитнес-клубы, прилагаем огромные усилия, пытаемся избежать стрессов, снизить уровень холестерина в крови, очистить закупоренные артерии, повысить мощность легких, избежать последствий переизбытка и загрязнения атмосферы. При этом мы совершенно упускаем из виду, что наше мышление влияет на здоровье гораздо больше, чем все вышеприведенные факторы, вместе взятые.

Многие замечательные исследования по медицине и методикам исцеления также не уделяют должного внимания этой важной теме, а ведь именно связь между душой и телом может оказывать непосредственное воздействие на состояние нашего здоровья и нашу способность исцеляться.

В настоящее время существует два вполне доказанных способа влияния нашего мышления на наше здоровье.

Во-первых, мышление влияет на то, как мы переживаем стрессы повседневной жизни.

Во-вторых, оно определяет поведение, относящееся к поддержанию здоровья.

Влияние нашего мышления на физиологические процессы так велико, что не нуждается в доказательствах, принимается за аксиому. Разум и тело – одна система. Мы сталкиваемся с этим постоянно. Например, представив себе вкус еды, начинаем ощущать слюноотделение или перед предстоящим экзаменом сосущее чувство под ложечкой. Мы убеждаемся в этом, когда, думая о тех, кого мы любим, начинаем чувствовать учащающееся сердцебиение. Каким-то образом мысли превращаются в ощущения. Они могут вызывать гнев вместе со свойственными ему физиологическими реакциями. Когда люди сердятся, их тело напрягается, движения становятся резкими, голос громким, лицо краснеет и иногда руки и зубы сжимаются. Чем вызвана такая стимуляция всего тела? Это всего лишь мысленная интерпретация чьих-то слов: кто-то сказал что-то, передал звуковые волны, сами по себе безобидные до тех пор, пока не вызовут ответную реакцию в человеке, которому предназначались. Сразу после этого в его мозгу появятся ответные мысли такого рода: «Как он смеет так обо мне говорить! Я заставлю его взять свои слова обратно, чего бы это мне ни стоило». Эти мысли вызывают интенсивные эмоции, дополняемые соответствующими физиологическими реакциями.

Многочисленные исследования подтверждают, что наши мысли оказывают физическое действие на все главные органы с помощью трех систем:

автономной нервной;

эндокринной;

иммунной.

Автономная нервная система пронизывает все наше тело, подобно тончайшей паутине. Она состоит из центральной (головной, спинной мозг) и периферической (или вегетативной) систем. Вегетативная нервная система состоит из двух ветвей: возбуждения и расслабления. Симпатическая нервная система – это возбуждающая часть, она приводит нас в состояние готовности столкнуться с вызовом или опасностью. Нервные окончания выделяют медиаторы (лат. *mediator* – посредник), стимулирующие надпочечники к выделению определенных гормонов – адреналина и норадреналина, которые, в свою очередь, повышают частоту сердечных сокращений и частоту дыхания и действуют на процесс пищеварения посредством выделения кислоты в желудке. При этом возникает сосущее ощущение под ложечкой (Мак-Дермотт, О’Коннор, 1998).

Если симпатическая нервная система включена, то парасимпатическая выключена. Парасимпатические нервные окончания выделяют медиаторы, снижающие пульс и частоту дыхания. Парасимпатические реакции – это комфорт, расслабление и, в конечном итоге, сон. Когда мы сидим, слушая музыку и погрузившись в приятные мечты, именно парасимпатическая система расслабляет наше тело.

Эндокринная система очень похожа на автономную нервную систему и состоит из ряда органов, выделяющих гормоны (вещества, регулирующие наш рост, уровень активности и половую жизнь). Эндокринная система превращает наши мысли в реальные ощущения и действия. Кроме того, она выделяет гормоны, известные под названиями эндорфин и энкефалин, изменяющие нашу реакцию на стресс и боль, действующие на наше настроение, аппетит и некоторые процессы обучения и запоминания. Гипофиз, находящийся в основании мозга, представляет собой центр управления всей эндокринной системой. Наши надпочечники выделяют гормоны, называемые кортикостероидами, многие из которых действуют подобно симпатической нервной системе и подготавливают наше тело к действиям.

Иммунная система является третьей основной системой, влияние которой распространяется по всему нашему телу. Ее работа заключается в том, чтобы поддерживать здоровье, защищая нас от антигенов из внешнего мира (бактерии и вирусы), а также от внутренних, таких, как опухолевые клетки.

Автономная нервная (включая мозг), эндокринная и иммунная системы переплетены между собой и обмениваются информацией с помощью медиаторов, состоящих из белков, которые называются нейропептидами.

Иммунную систему часто представляют как армию, «отражающую» атаки болезнетворных микроорганизмов, «сражающуюся» с инфекцией и «мобилизующую» ресурсы. Уничтожая «вторгшиеся» микроорганизмы, она представляет собой нечто большее, чем просто личную армию, блуждающую по организму вместе с кровяным потоком в поисках нарушений порядка, разделяя, таким образом, «я» и «не я», удаляя все, что относится к «не я», например опухоли, бактерии, вирусы и кровь несовместимой группы. Она действует на физиологическом уровне подобно тому, как мы на психологическом с самого детства устанавливаем границы между собой и другими людьми. Можно предположить, что здоровье на физиологическом уровне заключается в отчетливом представлении о самом себе.

Иммунная система обычно знает, что атаковать, а что оставить в покое. Например, она не трогает многочисленные бактерии, живущие в кишечнике и способствующие пищеварению. Что же происходит, когда возникают сбои? Иммунная система перестает реагировать достаточно жестко на внешние антигены (бактерии и вирусы), мы начинаем болеть. Иногда инфекция может быть столь сильной, что иммунная система, функционируя в своем обычном режиме, не в состоянии с ней совладать.

Напротив, когда иммунная система реагирует слишком резко на внешние антигены, возникает аллергия, в том числе и астма, – признак излишне жесткой реакции на вещество, не представляющее собой никакой опасности. Это напоминает слишком чувствительного человека, принимающего близко к сердцу любые безобидные замечания. Реакция иммунной системы оказывается более опасной, чем действия внешних антигенов.

Нервная, эндокринная и иммунная системы действуют вместе, переводя наши мысли в физиологические реакции. Часто действия автономной нервной и эндокринной систем имеют заметные проявления, которые возникают немедленно.

Как уже упоминалось, если вы представите себе любимого человека, ваше сердце начнет биться учащенно. Вы получаете непосредственную обратную связь, поэтому легко установить взаимосвязь. Связь между различными событиями оказывается не столь очевидной, когда дело касается иммунной системы. Мы не получаем непосредственной обратной связи о том, как воображаемые картинки и эмоциональные состояния действуют на иммунную систему, и все же такое влияние существует, потому что нервная и иммунная системы передают свои сообщения по одним и тем же путям с помощью одних и тех же нейропептидов. И существуют механизмы, устанавливающие взаимную зависимость между иммунной системой и нашими мыслями и эмоциями.

Итак, поскольку, надеюсь, вам уже очевидно, что между мыслями и эмоциями и между эмоциями и физиологическими реакциями существует изначальная тесная связь, то было бы странно, если бы мысли никак не влияли на наше здоровье. Именно поэтому многие болезни сегодня принято называть психосоматическими, определяя в самом названии последовательность возникновения и развития телесного расстройства («психо» от греч. – «душа», «сома» – «тело»).

Целое направление в современной медицине также называют психосоматическим. Очень разные на первый взгляд болезни (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический полиартрит, язвенный колит, многие заболевания кожи, аллергические реакции) можно отнести к числу психосоматических (имеющих психологическую природу) заболеваний и расстройств.

Глава 1

Что такое психосоматика, или Как связаны душа и тело

Итак, психосоматические расстройства – это реальные физиологические нарушения, вызванные или усугубленные затянувшимся стрессом, причиной которого может быть неадаптивный способ мышления.

Общеизвестно, что любая болезнь существует в форме ее симптомов, тем не менее следует обратить особое внимание на то, что симптом – это защитное поведение организма, который хочет исцелиться, то есть восстановить свою **целостность**. Отсюда и происходит слово «**исцеление**». Так, при некоторых болезнях, например простуде, высокая температура ускоряет выздоровление. В случае же большинства серьезных психосоматических заболеваний действие симптомов, как правило, не ведет к исцелению.

Такие негативные эмоции, как страх, застойная тревога, обида, гнев, чувство вины, также критика себя и других, могут вызвать повышение артериального давления, спровоцировать приступ язвенной болезни, дискинезию желчных путей. Они также способствуют развитию вегетососудистой дистонии, головной и сердечной боли, бронхоспазму, одышке, слабости, понижению иммунитета и т. д., одним словом, тому, что принято называть «болезнями цивилизации», которые невозможно вылечить традиционными способами.

Физиологические последствия одной и той же эмоции у разных людей различны. Например, агрессия у разных людей вызывает разную совокупность сдвигов в функционировании организма, и эти сдвиги индивидуально-постоянны. Эмоция может стать патогенной для тела в том случае, если она повторяется, происходит хронизация эмоционального состояния. Патогенна и эмоция, которая не находит выражения в открытом действии, поведении (подавляемая эмоция).

Если человек постоянно испытывает эмоции стенического круга (гнев, агрессия), которые реализуются через симпатическую нервную систему, и эти эмоции подавляются, в симпатической нервной системе возникает хроническое возбуждение, так называемый симпатико-адреналиновый комплекс, что приводит к артериальной гипертонии, нейродермитам, неспецифическим полиартритам (заболевания суставов).

Если подавляется астеническая эмоция (обида, тревога, боязливость, робость, застенчивость), которая реализуется через парасимпатическую нервную систему, то хроническое ее возбуждение в этих случаях повышает риск язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмы, сахарного диабета.

Имеет значение и глубина, и сила (интенсивность) переживаемой эмоции. Чем она интенсивнее, тем более выражены физиологические сдвиги, и хронизация такой эмоции – тем более патогенна. Таким образом, в центре внимания находится физиологическая составляющая эмоции.

При этом пациенты с эмоционально обусловленными (психосоматическими) заболеваниями чаще всего сначала попадают на прием к врачу общего профиля. Каждый из нас имеет опыт, когда на приеме у врача (а каждый врач тоже потенциальный пациент) нам лечат только ту часть тела, на уровне которой существует симптом, без учета нашей личной истории.

По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматики.

Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к

болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно, интегративно. Ведь именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе. У этой проблемы есть свои причины, и прежде всего преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время описано около 10 000 симптомов и нозологических форм, а более трехсот медицинских специальностей существуют для того, чтобы справляться с болезнями человека. Симптомы и синдромы, отражающие изменения, проявлялись и численно увеличивались по мере эволюции человека, а это значит, что постепенно нарушался универсальный механизм приспособления. Древние программы, защищающие человека, помогали противостоять голоду, холоду, нападению животных и врагов. Благодаря им человек обрел гибкость, подвижность, терморегуляцию, слух, обоняние и пр.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, для которых не созданы программы генетической защиты, и поэтому приспособление зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от его мышц, фасций, сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовывать на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в специальный контекст, со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2001).

Создатель психоанализа Зигмунд Фрейд в свое время совершил открытие, которое соединило психологию и медицину. Он доказал, что глубинные подсознательные структуры живут по своим законам и стресс, пережитый однажды, сохраняется в них и со временем может приводить к различным заболеваниям, потому что наше физическое тело представляет собой «запоминающую систему». Клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья, поэтому симптомы болезней – это чисто внешние проявления духовного нездоровья человека.

3. Фрейд писал: «Если мы гоним проблему в дверь, то она, в виде симптома, лезет в окно». В основе психосоматики заложен механизм защиты, который называется «вытеснение»: мы стараемся не думать о неприятностях, отмахиваться от себя проблемы, не анализировать их, не встречаться с ними лицом к лицу. Вытесненные таким образом проблемы переходят с того уровня, на котором они возникли, социально-психологического, на уровень физического тела.

Тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а их, в свою очередь, отделить от чувств и душевных переживаний. Болеющий человек остается целостным существом, и для разгадки тайны, причины, истории болезни, наилучшего способа выздоровления потребуется взаимодействие со всем сразу. Крупнейший ученый-анатом Рудольф фон Вирхов определил болезнь как «стесненную в своих проявлениях жизнь».

Термин «психосоматика» имеет как диагностическое, так и терапевтическое толкование. В его основе – целостный подход к здоровью и болезням человека, корни которого уходят в глубокую древность: учение Гиппократов, древнекитайскую, средневековую медицину и т. д. Благодаря идеям о целостности человеческого организма, а также эволюции взглядов в медицине были выявлены и описаны сложные связи между социальными причинами, эмоциональным реагированием человека и состоянием его соматического здоровья (Радченко, 2001).

1.1. Развитие психосоматических представлений – немного истории

Каноны древней медицины подразумевали неделимость телесного и психического. Каждый орган был описан в тесной связи с соответствующей эмоцией. Болезнь органа влияет на эмоциональное состояние человека, неотреагированные чувства способствуют заболеванию органа – это постулаты концепции единого организма, где симптомы могут иметь личностный смысл.

Древняя тибетская медицина основной причиной болезней считала невежество, под которым подразумевались неосведомленность и пренебрежение своим душевным состоянием.

Восточная концепция единого организма сформировалась в Китае четыре тысячи лет назад в виде учения о пяти первоэлементах У-Син, в котором описаны связи между органами и эмоциями, а также последовательность этапов развития болезней.

Легендарный математик и основатель античной философской школы Пифагор Самосский (около 570–489 гг. до н. э.) был также врачом, одним из первых, кто заговорил о важности душевного равновесия как основы психического здоровья. Пифагорейская школа большое внимание уделяла условиям упорядочения и гармонизации сознания – состоянию, которое обозначалось греческим словом «дианойя». По мнению Пифагора, резкая смена настроений (от веселья до уныния) противопоказана, и, наоборот, предписано сохранять ровную кроткую радость, ни одна из человеческих страстей, для имеющих разум, не должна быть неожиданной, следует предвидеть все, над чем мы не властны. Иными словами, тело и душа всегда должны находиться в состоянии равновесия. И если все же одолеет гнев, печаль или другие эмоции, лучше всего – уединиться, «переварить» страсть, тем самым исцелившись от нее.

Гиппократ (460–377 гг. до н. э.) по праву считается отцом медицины, так как первым отделил ее от философии, развил основные положения Эмпедокла и как один из основателей Косской школы установил главенствующую роль гуморального (*humoralis*; лат. *humor* – влага, жидкость) направления. По Гиппократу, все болезни, в том числе и психические, в известной мере зависят как от воздействия внешних факторов среды, климата, так и от факторов внутренних, связанных с неправильным смещением соков (жидкостей) в организме.

Античная традиция нашла свое продолжение в Средние века. Знаменитый «Regimen sanitas Salernitanum» (Салернский кодекс здоровья), написанный Арнольдом из Виллановы (1250–1313) в начале XIV века, опирается на взгляды Гиппократа. В звучных стихах весьма выразительно и точно охарактеризованы четыре темперамента и те болезни души и тела, предрасположенность к которым эти темпераменты определяют. Методологическое разделение души и тела началось с эпохой Просвещения. В трудах великих ученых Р. Декарта (1596–1650) и Ф. Бэкона (1561–1626) были сформулированы представления об особом механизме памяти и разума, который должен быть найден в человеческом теле. Такой механизм обнаружил французский врач Ш. Лепуа (1563–1633), и назвал его «общим сенсориум» – аналог современного понятия центральной нервной системы.

Дальнейшее развитие европейской научной мысли шло по пути специализации и разделения знаний о человеке на частные области. Углубление и уточнение в каждой из таких областей приводило, с одной стороны, к росту эффективности практических приемов, а с другой – к растущим методологическим расхождениям.

Только в 1818 году немецкий врач из Лейпцига, Х. Хайнрот, ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психические-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием».

З. Фрейд в своих ранних работах сделал следующую попытку соединения представлений о единстве психического и телесного. В 1895 году, работая над «Проектом программы научной психологии», он пришел к выводу, что необходимо теоретически осмыслить свой опыт врача-невропатолога, который не укладывался в рамки традиционной трактовки сознания. Господствовавший в то время методологический принцип в психологии и медицине опирался на локальный подход Р. фон Вирхова, т. е. на поиск конкретного «полома», соответствующего любому болезненному явлению. Возникновение новых направлений в психологии, социологии и философии обнажило узкое, примитивное толкование причинно-следственных связей локального подхода (Фрейд, 1989).

Лишь самые прогрессивные медики-профессионалы, такие, как Георг Гроддек (1866–1936), современник и почитатель З. Фрейда, соглашались с венским невропатологом и вслед за ним уходили от механистической терапии к глубинному анализу. Г. Гроддек, врач и директор психиатрической лечебницы, был пионером в области психосоматической медицины и психоанализа. Он смотрел на болезнь как на форму коммуникации (Малкина-Пых, 2004).

Общество сопротивлялось этим открытиям изо всех сил. З. Фрейд и его коллеги обнаружили, что мораль и невроз тесно связаны. Каким-то образом энергия ума-тела перенаправляется в телесные симптомы, как бы говоря, что больное тело означает больную душу, которая нуждается в лечении.

Бронхиальная астма – первое заболевание внутренних органов, которое стали изучать психоаналитики.

В 1913 Пауль Федерн на заседании Венского психоаналитического общества, в котором принял участие и З. Фрейд, сделал доклад о применении метода психоанализа в лечении пациента, больного бронхиальной астмой. Он определил основные психоаналитические концепции в отношении бронхиальной астмы: особое значение имеют обоняние и рот, как эрогенная зона, которые вследствие высокого уровня сексуальности в детском возрасте приводят к фиксации либидо (лат. *libido* – сексуальное влечение) на дыхательном тракте. Согласно этой теории астма – это воскрешение детских (младенческих) отношений с матерью, которую ребенок одновременно желает и побаивается, и последующая трансформация этих отношений в настоящее время. Таким образом была описана конфликтная охваченность сферы дыхания неосознанными фантазиями приятия и отталкивания матери и отмечено значение сферы обоняния.

В настоящее время психосоматический подход включает в себя различные школы и направления, отличающиеся как интерпретацией причин заболеваний, отнесенных к этой группе, так и методами их излечения.

Психосоматическая медицина, наряду с психологическими факторами, влияющими на возникновение заболевания, не отрицает тем не менее влияния других: наследственность, питание, физические перегрузки, неблагоприятная экологическая обстановка.

Психосоматическая медицина начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно.

В современной классификации к соматическим заболеваниям и расстройствам относятся следующие.

1. Психосоматические реакции (сильные психологические переживания, получающие соматический ответ, например, влюбленность).

2. Конверсионные симптомы (невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен, например, психогенная слепота, глухота, рвота или болевые феномены).

3. Функциональные синдромы (неврозы органов по одной из классификаций): разнообразные нарушения в органах рассматриваются как телесные проявления, сопровождающие сильные эмоции:

- # ком в горле – внутреннее беспокойство;
- # затруднение дыхания – депрессивные проявления;
- # ощущения в области сердца – симптомы страха.

4. Органические (истинные) психосоматозы. К ним в первую очередь относятся: бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит, гипертиреоз.

Вопрос о механизме возникновения психосоматических заболеваний и их причинах сложен. Здесь играют роль и специфичность ситуации, и личная история человека, особенности его характера и др.

1.2. Основные источники психосоматических заболеваний

Здесь мы остановимся лишь на некоторых, наиболее общих, источниках возникновения психосоматических, т. е. эмоционально обусловленных, заболеваний (Радченко, 2001). К ним относятся:

1. **Внутренний конфликт**, конфликт частей личности (сознательного и бессознательного), единоборство между которыми приводит к «разрушительной победе» одной из них над другой.

Например, при злоупотреблении алкоголем в конфликт вовлечены две части личности, которые формируют разные модели поведения. Часть первая – «я пить не хочу, мне стыдно, мне плохо, я собою недоволен» – обвиняющая.

Вторая часть в конце концов не выдерживает: «Замолчи, ты мне надоела!» И заставляет замолчать первую единственным доступным для нее способом – употребив алкоголь. Обе эти части, как на чаше весов, доминируют попеременно, создавая глубокий внутренний конфликт.

2. **Мотивация или условная выгода.** Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для человека.

Например, если вы болеете, то внимание и забота к вам родных и близких усиливается. Если вы не хотите общаться (что-то делать), то головная боль, как предлог, может освободить вас от этой необходимости.

Иногда болезнь сдерживает развитие другого, более тяжелого, недуга. Психопсихологи утверждают, что если больному вылечить язвенный колит, то у него сразу разовьется «прятавшийся» за колитом психоз. Понятие «сдвиг симптомов» было введено в традиционной медицине и психологии после признания того факта, что, «устраняемые с помощью терапии», они внезапно возникают в другой форме. Можно сказать, что симптомы «блуждают» от органа к органу, а пациент – от специалиста к специалисту.

Так как данный механизм работает на уровне бессознательного, то нет смысла объяснять его больному на уровне сознания. Если человеку попытаться объяснить, что болезнь для него выгодна, он, скорее всего, с этим не согласится. Особенно это характерно для истеричных людей. Они могут много ходить по врачам и пытаться вылечиться, но, как правило, если они чувствуют, что выздоровление близко, они находят уважительную причину, чтобы прервать лечение. В дальнейшем они будут жаловаться, что этот метод лечения или этот специалист тоже не смогли им помочь.

Если же терапевт действует достаточно энергично, а больной «пропускает» момент излечения, его может одолеть новая хворь, и о прежней болезни он уже и не вспомнит, как будто ее и не было. С учетом данного механизма иногда лучше не излечивать человека полностью, а лишь слегка облегчать его состояние. Это его, скорее всего, удовлетворит, так как он не нуждается в излечении, а его интересует сам процесс лечения, при помощи которого он демонстрирует свое страдание.

3. Эффект внушения. В данном случае имеется в виду внушение со стороны другого человека. Если ребенку все время говорить, что он дурак, плохой, то велика вероятность, что он таким и вырастет. Предпочтительней при наказании говорить, что он хороший и умный, но поступил почему-то плохо или глупо. То же и со взрослыми людьми. Особенно опасно в этом смысле общение с врачами. Слово, сказанное врачом и неверно истолкованное пациентом, может глубоко проникнуть в подсознание и оказаться причиной развития или закрепления настоящей патологии.

4. «Элементы органической речи». Болезнь может стать следствием физического воплощения фразы, а расхожие выражения «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу», «у меня на него аллергия» превратятся в реальные симптомы.

В этом случае болезнь можно рассматривать и как способность выразить свою психологическую потребность в телесной форме. Возьмем пример человека, который запретил себе плакать. В этом случае он может «плакать» телом, потеть, или у него появятся постоянные «непонятные» позывы к мочеиспусканию. Потребность в безопасности может спровоцировать излишнее отложение жировых тканей («броня») или кожные заболевания («вторая кожа»).

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Человек выбирает себе идеал и пытается ему подражать. Однако подобная имитация может, образно говоря, отстранить от собственного тела: живя все время в другой «ауре», человек в конце концов начинает от этого страдать. Особенно опасно бессознательное подражание родителям. Выполнение родительского сценария, возможно, является одной из причин наследственных заболеваний. Генетики могут возразить, что наследственные болезни передаются генами. Но они соглашались с тем, что гены многих заболеваний носят все люди, но далеко не все болеют. Может, родительский сценарий и является тем фоном, на котором наследственная патология начинает развиваться.

Поэтому, если мы не хотим, чтобы наши дети болели теми же тяжелыми заболеваниями, что и их бабушки и дедушки, т. е. наши родители, именно мы должны постараться избежать этих заболеваний, изменить сценарий. К сожалению, сценарные нарушения плохо поддаются психологической коррекции, поэтому, возможно, их и отнесли к группе наследственных заболеваний: что заложено в генах, медицина изменить не может.

6. Самонаказание. Это происходит, когда за совершенный неблагоприятный поступок человек начинает бессознательно наказывать себя. Часто это результат того, что человек поступает не так, как его воспитывали, и приводит к возникновению чувства вины, а вина ищет наказания. Вследствие этого могут развиваться болезни, а часто травмы. Кто-то за всю жизнь ничего, кроме царапин и ушибов, иметь не будет, а у кого-то в порядке вещей переломы и аварии. При обследовании травматологических отделений больниц было выявлено, что некоторые пациенты попадают туда регулярно. Получается, что человек бессознательно загоняет себя в ситуацию, где можно получить травму.

7. Болезненный, травматический опыт прошлого – самый серьезный, самый глубокий источник. Как правило, это психические травмы раннего периода детства, вытесненные, забытые, но активно влияющие на поведение и здоровье человека из бессознательной части личности. Иногда они не забываются, периодически возникая, как картины из прошлого.

Еще одной очень важной причиной психосоматических заболеваний может быть **алекситимия**. Алекситимия (от *legere* (лат.) – читать и *thymos* (греч.) – чувство) – понятие, обозначающее неспособность человека к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, эмоциональному резонансу. Ограничение этой способности особенно выражено у психосоматических пациентов.

Согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой человека, определяемой следующими особенностями:

- 1) трудность в распознавании и определении собственных эмоций и чувств;
- 2) затруднения в определении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;
- 4) сосредоточенность в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

У психосоматических пациентов крайне обеднена способность выражать свои ощущения и переживания, особенно конфликтного характера. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность распознавать свои чувства. Как правило, это социально хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит жесткое следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

1.3. Основные теории происхождения психосоматических заболеваний

Существует множество теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Тем не менее несколько упрощенно все их можно объединить в три большие группы (Лиманов, 2004).

Одна группа теорий связывает возникновение психосоматических заболеваний с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний.

Конфликт мотивов, свойственный людям с бронхиальной астмой, подробно будет рассмотрен в главе 3 настоящей книги.

В отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический (внутриличностный) конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение, неприемлемое не только для сознания мотива, но и невротической тревоги и всего невротического поведения.

В соответствии с другой группой теорий неразрешимый конфликт мотивов (как и неустранимый стресс) порождает, в конечном итоге, реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или замаскированной депрессии. Поражение же тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты.

Согласно ведущей группе теорий возникновения психосоматических заболеваний, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

1.4. Стресс и его влияние на здоровье

Что же скрывается за понятием «стресс»? Однозначно ответить на этот вопрос непросто, хотя каждый человек пребывал в этом состоянии. В обиходе мы часто употребляем термин «стресс», когда сталкиваемся со служебными или семейными проблемами, финансовыми трудностями, переживаем по поводу тяжелой болезни близкого человека и многим другим.

Несмотря на то что это совершенно разные проблемы, человек реагирует на них стереотипно – определенными психологическими, гормональными и биохимическими изменениями.

Существует множество определений понятия «стресс». В целом – это физиологическая реакция организма, выражающаяся в состоянии напряжения, подавленности, спада. Стресс возникает под влиянием экстремальных воздействий окружающей среды. Многими учеными понятие «психологический стресс» трактуется как сильная, неблагоприятная для организма, психологическая и физиологическая реакция на воздействие экстремальных факторов, воспринимаемых человеком как угроза его благополучию.

Концепция стресса была разработана лауреатом Нобелевской премии, физиологом Г. Селье в 30-х годах прошлого века. Он определил стресс как неспецифическую реакцию организма на любое обращенное на него воздействие. Он также говорил, что стресс – это «то, что ускоряет процесс старения, проводя нас через передряги жизни». Причиной стресса является реакция вашего организма на события, а не сами события. Само событие, вызвавшее стресс, называется «стрессором».

Трудно сказать, что представляют собой стрессоры, потому что у каждого они свои. Что вызывает стресс у одного, может для другого оказаться пробой сил. Какие события и переживания наверняка будут вызывать стресс? Определенно те, с которыми вы не сможете справиться, или те, которые, пользуясь физической метафорой, вызывают у вас деформации, превышающие предел вашей гибкости.

Когда вы сталкиваетесь с ситуацией, которая требует напряжения ваших сил, происходят три быстро сменяющих друг друга явления:

само событие;

ваше восприятие события;

реакция тела на ваше восприятие этого события.

Само событие вряд ли поддается вашему контролю. Ваше восприятие события определяется возможностями вашего контроля. Если вы воспринимаете событие так, как будто оно выходит за рамки ваших возможностей, тогда организм реагирует автоматически, готовясь к борьбе или отступлению, и такая реакция на стрессор наносит вред.

Таким образом, в развитии стресса определяющим моментом является психологическая оценка факторов, представляющих для человека угрозу. Стресс может развиваться как при наличии реальных признаков угрожающих факторов, так и в случае возможной угрозы либо прошлого неблагоприятного события, так как психика человека одинаково реагирует как на реальную, так и на воображаемую угрозу.

Реакция возникает, когда симпатическая часть автономной нервной системы приводится в действие гипоталамусом – небольшой частью мозга, тесно связанной с лимбической системой, контролирующей наши эмоции. Кроме того, гипоталамус регулирует процессы, протекающие в организме бессознательно: температура, пульс, дыхание, водный баланс, кровяное давление. Он выделяет гормон, который активизирует гипофиз. Гипофиз, в свою очередь, выделяет адренокортикотрофин (АКТ), заставляющий надпочечники выделять кортизол, адреналин и норадреналин. Эти гормоны и нейропептиды подавляют иммунную систему.

Гипоталамус также включает процесс высвобождения бета-эндорфинов, наших собственных обезболивающих, чтобы дать нам возможность выдержать боль, напряжение и физический дискомфорт. В результате мы становимся более возбужденными, зрачки расширяются, чтобы пропускать больше света, а волосы на нашем теле поднимаются, делая нас более чувствительными к прикосновениям и вибрации. Кровь приливает к крупным мускулам и отходит от кишечника. Мы получаем одну и ту же биохимическую инъекцию вне зависимости от того, существует реальная угроза или нет. Если мы думаем, что она реальна, то для нашего тела она и является реальной.

Если нам угрожает реальная опасность, такая реакция оказывается очень полезной. Мы чувствуем бодрость и оживление и можем выйти за пределы своих обычных ограничений. Но стресс повышает кровяное давление, частоту сердечных сокращений, нарушает пищеварение и подавляет иммунную систему. Он также ослабляет наше мышление, потому что кровь приливает к мускулам и отходит от участков головного мозга, отвечающих за мышление. Хронический стресс оказывается совсем бесполезным. Это все равно, что вести машину, вдавив в пол педаль газа и удерживая ее в таком положении все время, не обращая внимания на состояние дороги. Такое состояние может привести к «сгоранию» с серьезными последствиями. Организму требуется некоторое время для восстановления после стресса и пополнения запасов гормонов и медиаторов.

Главное, что мы должны запомнить, стресс – это не само событие как таковое, а наша психологическая реакция на него.

И не внезапная, и вскоре забытая, вспышка гнева или отчаяния, но совокупный эффект постоянно подавляемых отрицательных эмоций может подать тревожный сигнал. Чем дольше сохраняется скрываемое состояние, тем больше вреда оно способно принести, поскольку оно ослабляет и тело, и сознание и является источником непрекращающихся отрицательных посланий организму. Повторяющиеся негативные мысли и чувства, такие, как обида, беспокойство, вина, ревность, гнев, неодобрение, страх и так далее, более пагубны для нас, чем внешняя ситуация. Вся наша нервная система находится под контролем «центрального органа управления», который у человека называется личностью. Другими словами, жизненные ситуации не являются ни плохими, ни хорошими, они просто есть. Названия им дает наша личная реакция на них (Шапиро, 2004).

Становится очевидным, что в возникновении стрессовых реакций и последующих заболеваний важную роль играет ряд личностных особенностей.

Разберем только некоторые из них.

Обычно люди объясняют неприятные события в их жизни и вызывающие их причины присущим им способом, который называется объяснительным стилем. Одни используют пессимистический объяснительный стиль, признаком которого является пассивность и чувство уязвимости. Такие люди высоковосприимчивы к воздействию стресса. Другие, имеющие оптимистичный объяснительный стиль, обладают психологической выносливостью и упорством, что делает их устойчивыми к воздействию стресса, помогает сохранить здоровье.

Люди, склонные к депрессии или обладающие высокой личностной тревожностью, как и пессимисты, высокочувствительны к развитию стресса. А характеризующимся низкой личностной тревожностью, эмоционально более устойчивым и спокойным, требуется относительно высокий уровень стресс-факторов, чтобы вызвать стрессовую реакцию.

Восприимчивость к стрессу связана и с фактором самооценки. Люди с низкой самооценкой считают себя неспособными справиться с трудностями и противостоять угрозе. Как правило, у них высокий уровень тревожности и, соответственно, наибольшая предрасположенность к развитию стресса.

Высокий уровень личностной тревожности может зародиться в младенчестве и в детском возрасте. Это связано с отделением ребенка от матери, недостаточностью материнской любви и заботы и, как следствие, чувством незащищенности. То есть ранние жизненные психологические стрессы находят свое негативное отражение в психике человека, откладываются в ней, делают человека слабозащищенным от последующих стрессов, что, в свою очередь, способствует развитию различных заболеваний. Об этом мы подробно поговорим в главе 3.

Общепринятая классификация психологического стресса включает следующие его виды:

внутриличностный (нереализованные притязания, потребности, бесцельность существования);

межличностный (трудность общения с окружающими, наличие конфликтов или угрозы их возникновения);

личностный (несоответствие социальной роли);

семейный;

профессиональный.

Переживание психологического стресса на физиологическом уровне называется соматизацией. Соматизация – это развитие реальных («органических») соматических нарушений в результате воздействия стрессов, с которыми человек не может справиться.

Иными словами, это отражение психологических проблем с помощью болезней: к сожалению, это собственно то, к чему многие уже словно бы привыкли. Если вас что-то гнетет изнутри очень давно, то проблема вскоре проявится ухудшившимся здоровьем (и совсем необязательно психическим). Начинает болеть голова, желудок, сердце, скачет давление. В общем, полный букет телесных недугов, с которыми нередко человек проходит один за другим все кабинеты от хирурга до гинеколога – и никаких результатов.

Подведем краткие итоги данной главы. Итак, болезни являются продуктом неосознанного внутреннего конфликта и, таким образом, представляют собой неосознаваемый выбор самого человека: «Все болезни являются психологическими в том смысле, что я выбираю болезнь как ответ на свою жизненную ситуацию» (Шутс, 1993). При этом психосоматические заболевания всегда имеют неосознаваемую самим больным «вторичную выгоду» – иными словами, болезнь удобна для подсознания, которое таким детским образом либо «помогает» человеку оправдывать свои ошибки, проступки или бездействие, либо «наказывает» его (повторяя внушенные в детстве упреки старших), либо мстит (повторяя внушенные в более зрелом возрасте негативные установки окружающих). Именованное подобных расстройств психосоматическими имеет целью подчеркнуть, что человек сам активно (хотя большей частью бессознательно) соматизирует, буквально «отелеснивает» свои неотрагированные эмоции и психологические проблемы, вначале «застревающие» в его теле в виде дискомфортных ощущений, а затем вследствие вызванных «застреванием» сбоев выходят из строя внутренние органы. Проще говоря, когда человек не выражает свои эмоции внешне, он «замораживает» их в виде телесных ощущений.

В заключение приведем высказывания знаменитых психологов, посвятивших себя исследованию психосоматических заболеваний.

Болезни, особенно психосоматические, «суть предостережения, что наша жизнь не протекает правильным образом, соответствующим законам развития человека» (Кемпински, 1998).

«Когда базовая сущность личности отрицается или подавляется, человек заболевает» (Маслоу, 1982).

С этой точки зрения психосоматические симптомы, точнее, их преодоление, оказываются не чем иным, как потенциальной возможностью для личностного роста (Уилбер, 1998).

С более общих позиций они рассматриваются как частные проявления своеобразных «психодуховных кризисов», переживание которых может привести не только к излечению психосоматических заболеваний, но и духовному раскрытию, позитивной личностной трансформации и эволюции сознания (Гроф, 1997).

Таким образом, человек сам, хотя и неосознанно, невольно, создает себе болезнь. Соответственно, он может и излечиться самостоятельно. Необходимо только понять, как это сделать.

Глава 2

Бронхиальная астма: о физиологии

Для того чтобы понять, почему и как появляются типичные для бронхиальной астмы симптомы (прежде всего приступы удушья), рассмотрим, как работают бронхи и легкие в нормальном режиме (Немцов, 2001).

2.1. Как работает наша дыхательная система

Наше тело подобно обычной свече: чтобы свеча горела, необходимо зажечь ее, а горение возможно только при наличии кислорода. Дыхательный аппарат (дыхательная система) состоит из дыхательных путей и парных дыхательных органов – легких. Дыхательные пути соответственно их положению в теле подразделяются на верхний и нижний отделы. К верхним дыхательным путям относятся полость носа и глотка, к нижним – гортань, трахея, бронхи, включая их внутрилегочные разветвления (Котешева, 2003).

Таким образом, система органов дыхания – это совокупность структур, позволяющих улавливать кислород и выводить углекислый газ, образованный внутренним дыханием. Дыхательные пути состоят из трубок, просвет которых сохраняется из-за наличия в их стенках костного или хрящевого скелета. Эта особенность полностью соответствует функции дыхательных путей – проведению воздуха в легкие и из легких наружу. В процессе эволюции на пути воздушной струи сформировалась гортань – сложно устроенный орган, выполняющий функции голосообразования. По дыхательным путям воздух попадает в легкие, которые являются главными органами дыхания и расположены по обе стороны сердца. К ним через легочные артерии поступает венозная кровь, а через дыхательные пути – атмосферный воздух.

Главная задача легких – обеспечивать нормальный газообмен в организме. Под этим понимается осуществление двух важнейших процессов – перехода кислорода из воздуха в венозную кровь и перехода углекислого газа из венозной крови в выдыхаемый воздух. Воздухоносные пути представляют собой последовательно разветвляющиеся трубочки, куда воздух попадает после прохождения через полость носа (здесь воздух нагревается, увлажняется и очищается от сравнительно крупных, загрязняющих воздух, частиц, находящихся во взвешенном состоянии – в виде так называемых аэрозолей). Внутренняя поверхность дыхательных путей покрыта слизистой оболочкой, которая выстлана мерцательным (с ресничками) эпителием и содержит большое количество желез, выделяющих слизь. Благодаря этому она и выполняет защитную функцию. Пылевые частички размером более 10 микрон (мк) обезвреживаются в результате их соприкосновения со стенками носовой полости и глотки. Далее воздух вместе с аэрозольными частицами меньшего размера (в основном 6–7 мк) попадает в трахею, которая делится на два главных бронха – правый и левый. Они, в свою очередь, делятся на долевые бронхи (в правом легком три доли, в левом – две), затем – на сегментарные бронхи (каждая доля легкого состоит из сегментов, причем в левом легком выделяют 10 сегментов, а в правом – 11). Такое деление продолжается дальше, вплоть до конечных бронхиол, не связанных непосредственно с альвеолами (воздушными пузырьками). При этом бронхи постепенно уменьшаются в диаметре и структура их стенки изменяется (Немцов, 2001).

По мере разветвления бронхов и уменьшения их диаметра стенка бронха становится тоньше, изменяется выстилка слизистой оболочки – высота поверхностного эпителиального

пласта и количество клеточных рядов в нем становятся меньше, а в бронхиолах эпителий вообще превращается из многорядного в однорядный.

Конечные бронхиолы разветвляются на дыхательные бронхиолы, в стенках которых уже появляются в виде выпячиваний одиночные альвеолы. Отделы легких, содержащие альвеолы, называются дыхательной зоной легких, так как альвеолы непосредственно участвуют в газообмене.

Для того чтобы наиболее эффективно обеспечить поступление кислорода воздуха в кровеносную систему, легочные кровеносные сосуды, как и бронхи, имеют вид ветвящихся трубочек. Легочная артерия постепенно делится до капилляров. Капилляры образуют в стенках альвеол густые сплетения. Диаметр каждого капилляра около 10 мк, что близко к диаметру эритроцита (красная кровяная клетка). Капилляры настолько коротки, что их густая сеть формирует в стенке альвеол почти непрерывный слой крови. Это чрезвычайно «выгодно», так как соприкосновение между кровью и альвеолярным воздухом осуществляется на очень большой поверхности – приблизительно 50—100 м² – при толщине слоя менее 0,5 миллимикрона.

Легкие можно представить себе в виде скопления нескольких сот миллионов (300–500 млн) пузырьков (альвеол), диаметр которых около 0,3 мм.

В норме воздух перемещается по системе дыхательных трубок к альвеолярно-капиллярному барьеру, дыхательные газы проходят (диффундируют) через этот барьер, причем кислород поступает в кровь, разносится по всему организму и попадает во все органы и ткани. В клетках всех тканей имеются внутриклеточные включения, которые называются митохондриями. В митохондриях идет процесс тканевого дыхания – основа жизни любого организма. Теперь рассмотрим более подробно вдох и выдох.

Поступление воздуха в легкие происходит благодаря дыхательным движениям грудной клетки. Легкие никогда самостоятельно не растягиваются и не сокращаются, они пассивно следуют за грудной клеткой. Полость же грудной клетки расширяется благодаря сокращению дыхательных мышц – диафрагмы и межреберных мышц.

Легкие растягиваются, следуя за растяжением грудной клетки, и давление в них падает. В результате создается разность между атмосферным давлением и давлением в легких. А так как легочное давление оказывается ниже атмосферного, воздух устремляется в легкие и заполняет их. Так происходит вдох. За вдохом следует выдох.

При обычном выдохе диафрагма и межреберные мышцы расслабляются, грудная клетка спадается и ее объем уменьшается. Тогда легкие тоже спадаются и воздух из них выходит наружу.

Таким образом, изменение объема легких происходит пассивно, вследствие изменения объема грудной клетки и колебаний давления в плевральной щели между легкими и грудной клеткой, а также внутри легких.

Обычно дыхание осуществляется без участия сознания – автоматически, под руководством расположенного в глубине мозга и работающего автономно дыхательного центра. Дыхательный центр связан с сосудами, по которым движется кровь, насыщенная кислородом. Рецепторы сосудов воспринимают малейшие отклонения в количестве кислорода и углекислого газа в крови и мгновенно сигнализируют об этом в головной мозг. Мозг, быстро оценив информацию, в зависимости от ситуации, посылает сигналы-команды тем органам, с помощью которых должно восстановиться нарушенное равновесие. Например, когда мышцы нашего тела совершают усиленную работу, в крови возрастает количество углекислого газа. Это повышает возбудимость дыхательного центра и вызывает углубление и учащение дыхательных движений. Так осуществляется саморегуляция постоянного содержания газов в крови.

Большую роль в изменении дыхательных движений играют дыхательные рефлексы. Например, защитными дыхательными рефлексами являются чихание и кашель. Они осуществляются следующим образом.

Попадая в носовую полость, пыль или вещества с резким запахом раздражают рецепторы, расположенные в слизистой оболочке, выстилающей носовую полость. Тогда мы чихаем. Чихание – это сильный и очень быстрый рефлекторный выдох через ноздри, благодаря которому из носовой полости удаляются раздражающие ее вещества. Накопившаяся в ней слизь при насморке вызывает такую же реакцию. Кашель – резкий рефлекторный выдох через рот – возникает при различных раздражениях гортани.

Итак, правильное чередование дыхательных движений объясняется работой дыхательного центра, в котором автоматически возникают ритмические возбуждения, передающиеся дыхательным мышцам.

Частота дыхания зависит от возраста, выполняемой работы, тренированности. Дыхательный цикл (вдох-выдох) новорожденного – 35 раз в минуту, у ребенка – 25 раз, у подростка – 20 раз. Во время бодрствования при относительном покое взрослые люди совершают примерно 16 дыхательных движений в минуту, во время сна – 12, а при усиленной работе мышц частота дыхательных движений может возрасть в два и более раз. Однако, чем больше тренирован человек, тем меньше у него учащение дыхания. Необходимо отметить, что человек способен и по собственному желанию изменять ритм, частоту и глубину дыхания.

Кроме того, выделяют внешнее, или легочное, дыхание – это поглощение кровью легочных капилляров кислорода и выделение из крови углекислого газа, и внутреннее, или тканевое, дыхание – поглощение тканями кислорода из крови, образование в них углекислого газа и переход его из тканей в кровь.

Таким образом, для того, чтобы кровь, оттекающая от легких, имела нормальную концентрацию кислорода, необходима последовательная смена ряда процессов. Большое значение имеют следующие моменты:

- 1) достаточное содержание кислорода во вдыхаемом воздухе;
- 2) нормальное прохождение вдыхаемого воздуха через воздухоносные пути до альвеол;
- 3) газообмен через альвеолярно-капиллярную мембрану – диффузия кислорода из альвеол в капилляры и диффузия углекислого газа из капилляров в альвеолы;
- 4) нормальный выдох отработанного воздуха.

Первый момент имеет отношение к окружающей среде и не зависит от организма. Три последующих процесса регулируются сложными механизмами, обеспечивающими их синхронизацию во времени. В обеспечении процессов вдоха-выдоха принимают участие:

- 1) нервная система, рефлекторно регулирующая тонус бронхов и сосудов;
- 2) эндокринная система, влияющая на проходимость бронхов, сосудистый тонус, работа бронхиальных желез за счет выделения из желез внутренней секреции различных гормонов, которые через кровь переносятся к органам-мишеням;
- 3) различные биологически активные вещества, которые выделяются как местно, в легких, так и в других органах и тканях и через кровь попадают в легкие;
- 4) иммунная система, обеспечивающая нормальный иммунный ответ на поступающие в составе вдыхаемого воздуха аллергены.

Надо также иметь в виду, что сами легкие – не только орган дыхания. С одной стороны, они играют важную роль в выработке многих биологически активных веществ, действующих как местно, так и на уровне всего организма, а с другой стороны, принимают участие в инактивации (путем расщепления) различных активных веществ, влияющих на работу лег-

ких. Все это говорит о чрезвычайно сложной регуляции, казалось бы, такой простой для внешнего восприятия функции, как дыхание.

Поэтому становится понятно, что нарушение в любом звене многоэтапно устроенного регуляторного процесса, который пространственно может быть представлен в виде своеобразной сети с узлами – биологически активными веществами и цитокинами (клеточными регуляторами, от лат. *cytos* – клетка) может привести к возникновению болезненного состояния. Причем при одних и тех же проявлениях болезни ее зачастую вызывают нарушения на разных уровнях регуляции.

В обширном перечне болезней органов дыхания бронхиальная астма занимает особое место. Как уже говорилось во «Введении» нашей книги, бронхиальная астма как болезнь была известна людям еще в глубокой древности. Упоминания о ней найдены в трудах классиков медицины со времен Гиппократов. Тогда же начали разрабатываться методы лечения приступов астмы. Классическое описание клинической картины бронхиальной астмы сделано в 1838 г. отечественным врачом Г.И. Сокольским.

Некогда крайне редкая, болезнь эта сегодня очень распространена в мире. По данным медицинской статистики, за последние годы заболеваемость бронхиальной астмой в большинстве стран значительно возросла. В Новой Зеландии, Великобритании и на Кубе, к примеру, бронхиальная астма среди заболеваний занимает одно из первых мест. Увеличение распространенности астмы среди лиц молодого возраста указывает на сохраняющуюся тенденцию роста частоты. Печальным фактом является то, что, несмотря на научные достижения в области изучения причин и условий возникновения заболевания и наличие новых лекарственных средств, заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы постоянно возрастают. Это характерно для большинства стран Европы, США, Австралии.

В переводе с греческого *asthma* обозначает тяжелое дыхание. Здесь и корень проблемы. Именно тяжелое дыхание, удушье, кашель характерны для людей, страдающих бронхиальной астмой. Но что предшествует такому состоянию? Из каких составных складывается болезнь? Об этом много лет рассуждали и спорили врачи в разных уголках планеты.

Эволюция учения о бронхиальной астме в какой-то степени повторяет развитие наших знаний о гипертонической болезни. На определенном этапе диагноз «гипертоническая болезнь» скрывал в себе большое количество форм симптоматической гипертонии, диагностика которых стала возможной только после детального их изучения и появления специальных методов клинического, инструментального, рентгенологического и лабораторного исследования. Так и с данным диагнозом. За последние 100 лет предложено много различных определений этой болезни. Известны попытки классификации астмы по анатомическому принципу (легочная, сердечная и почечная); по физиологическому принципу (психогенная, рефлекторная и эндокринная); с точки зрения гигиенического принципа (бытовая, профессиональная) и т. д. (Болотовский, 2004).

Современное определение звучит так: **бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, при котором повышается их чувствительность к многочисленным раздражителям; основным проявлением заболевания являются более или менее приступообразные нарушения бронхиальной проводимости, которые клинически выражаются в повторных эпизодах удушья, кашля и хрипов.**

При бронхиальной астме основной «мишенью» патологического процесса оказываются бронхи среднего и мелкого калибра и бронхиолы, то есть бронхиальная астма определяется как хроническое заболевание, в основе которого лежит воспаление бронхов. Это особое – аллергическое – воспаление, в развитии которого участвуют различные клетки, прежде всего эозинофилы, так называемые тучные клетки, и лимфоциты. Все другие проявления болезни (в том числе повышенная чувствительность бронхов к различным раздражителям, приводящая к их спазму и нарушению проходимости по ним воздуха – приступу удушья)

являются вторичными и прямо зависят от степени выраженности и особенностей аллергического воспаления бронхов.

2.2. Причины возникновения бронхиальной астмы. Мнение медицины

Повышенная реактивная готовность (гиперсенсibilизация) дыхательных путей при бронхиальной астме может быть обусловлена многими факторами. Однако лежащие в ее основе механизмы до конца не изучены. В формировании бронхиальной астмы как аллергической реакции принимают участие многие иммунные, нейроэндокринные и клеточные системы. Это не локальный процесс, а сложный вид взаимодействия всех систем организма.

Астма – болезнь цикличная: приступы удушья сменяются периодами хорошего самочувствия, во время которого болезнь тлеет, готовая мгновенно вспыхнуть.

Развитие приступа удушья у больного связано с воздействием разнообразных внешних факторов – их называют триггерами. Триггеры имеют аллергическую и неаллергическую природу. Аллергические триггеры запускают приступ удушья, попадая в бронхи и взаимодействуя со специфическими клетками и веществами иммунной системы, находящимися в слизистой оболочке. Неаллергические триггеры – холодный воздух, резкие запахи, инфекции, нервный стресс – вызывают бурную реакцию в бронхах и сужение их просвета без участия иммунной системы, так как бронхи больного астмой постоянно готовы отвечать сужением на любое воздействие. Как правило, приступы удушья провоцируются несколькими триггерами, набор которых со временем у одного и того же больного может расширяться.

Основное и наиболее яркое проявление бронхиальной астмы – приступ удушья. Затруднен в основном выдох, человек ощущает сжатие, сдавление за грудиной, невозможность свободно дышать. Приступ может возникнуть внезапно, но иногда имеет предвестников: обильный жидкий водянистый секрет из носа, чихание, приступообразный кашель, ухудшение отделения мокроты, связанное с повышением ее вязкости, глазной зуд, кожный зуд в области подбородка, шеи, межлопаточной области. Дыхание затруднено, выдох удлиненный и сопровождается громкими свистящими хрипами (так называемая экспираторная одышка). Вскоре может присоединиться кашель. Для облегчения дыхания больной принимает вынужденное положение: встает или садится, опираясь руками о край кровати, стула, напрягая грудные мышцы. Дыхание при этом может быть шумным, возникают пищащие, свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. Чтобы облегчить дыхание, больной нередко подходит к окну, опирается руками о подоконник, фиксируя плечевой пояс так, чтобы максимально привести в действие все вспомогательные мышцы.

Спустя некоторое время дыхание становится спокойнее, начинает отделяться мокрота, приступ прекращается. Но и после этого, в течение нескольких минут, лицо больного остается одутловатым, с синюшным оттенком.

Обычно приступы длятся от нескольких минут до нескольких часов, порой, до нескольких суток. Такие продолжительные или часто возникающие через короткие промежутки времени в течение дня приступы называют астматическим состоянием.

Редкие приступы бронхиальной астмы не оставляют после себя каких-либо изменений в легких, однако с прогрессированием заболевания, с учащением его приступов, могут развиваться эмфизема легких, нарушения деятельности сердца, что, в свою очередь, может привести к более или менее выраженной легочно-сердечной недостаточности. У длительно болеющих в амбулаторной карте, вслед за основным диагнозом («бронхиальная астма»), часто следует приписка: «легочное сердце, сердечная недостаточность II (или даже III) степени».

Следует иметь в виду, что удушье может быть обусловлено не только бронхиальной астмой, но и другими заболеваниями. Поэтому врачу приходится дифференцировать проявления удушья, характерные для бронхиальной астмы, с приступами одышки, обусловлен-

ными бронхоспазмом, сопровождающим не только хронические заболевания органов дыхания (к примеру, бронхит, тем более с астматическим компонентом, пневмонии, эмфизема легких), но и пороки сердца, протекающие с сердечной астмой, некоторые эндокринные заболевания и др.

В основе проявлений бронхиальной астмы лежит нарушение проходимости бронхиального дерева для воздуха. К этому приводят два следующих основных события, тесно связанных друг с другом:

- 1) развитие воспаления в бронхах;
- 2) спазм мускулатуры бронхов.

Воспаление – это сложный процесс, имеющий следующие основные составляющие:

- 1) вовлечение в зону воспаления различных клеток из кровотока (в основном эозинофилов, нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов);
- 2) активизация этих клеток и выделение ими различных биологически активных веществ и цитокинов;
- 3) повышенное выделение жидкой части крови из сосудов (транссудация), приводящее к возникновению отека;
- 4) увеличение количества бронхиальных желез и повышение выделения ими слизи.

Воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов имеют место у больных бронхиальной астмой постоянно, даже в период ремиссии заболевания, хотя, конечно, степень выраженности воспаления зависит от активности процесса, а правильное лечение уменьшает выраженность проявлений воспаления до минимума. Естественно, воспаление бронхов суживает их просвет и затрудняет движение воздуха, причем нарушается прежде всего выдох, поскольку при выдохе объем легких уменьшается, легочная ткань сдавливает бронхиальное дерево и тем самым повышает сопротивление движению воздуха.

С воспалением бронхов тесно связан второй процесс, вызывающий еще большее нарушение проходимости бронхов, – бронхоспазм – сокращение мускулатуры бронхиального дерева. Бронхоспазм при воспалении возникает по двум основным причинам:

- 1) клетки воспаления выделяют биологически активные вещества, увеличивающие сократительную способность бронхиальной мускулатуры;
- 2) при наличии воспалительных изменений в слизистой оболочке бронхов различные внешние раздражающие факторы рефлекторно вызывают более сильную сократительную реакцию бронхиальных мышц. Это становится возможным еще и потому, что поврежденный в результате воспаления эпителий бронхов перестает выполнять свою барьерную функцию и начинает «пропускать» чужеродные вещества из окружающей среды к расположенным глубже тканям, в частности, к бронхиальной мускулатуре. Повышенную готовность мышц бронхов к сокращению у больных бронхиальной астмой называют гиперчувствительностью и гиперреактивностью бронхов. Среди клеток, вызывающих воспаление и характерных для бронхиальной астмы, важную роль играют так называемые тучные клетки. Они содержат большое количество различных биологически активных веществ, которые находятся во внутриклеточных гранулах.

При воспалении, а также под воздействием разнообразных внешних агентов, оболочка тучных клеток становится проницаемой, происходит так называемый процесс дегрануляции, и содержимое гранул выбрасывается из клеток в окружающие ткани. Этот процесс увеличивает выраженность воспаления и усиливает сокращение мускулатуры бронхов. Клетки крови, эозинофилы и нейтрофилы, также выделяют биологически активные вещества, привлекающие в пораженный участок другие клетки воспаления, в частности, тучные клетки. Таким образом, круг замыкается, и воспаление становится автономным, независимым от изначальной причины.

Очевидно, что с факторами, вызывающими бронхиальную астму (прежде всего с различными внешними аллергенами, а также с инфекционными агентами) и влияющими на ее течение, сталкиваются практически все люди. Однако заболевает, к счастью, меньшая их часть. В основе такой избирательности, по мнению медицины, лежат так называемые биологические дефекты – ничем не проявляющиеся до поры до времени нарушения работы различных органов. Биологические дефекты могут быть самыми разными. Наиболее важную роль играют наследственные факторы: предрасположенность к аллергическим болезням вообще и бронхиальной астме в частности. Как, наверное, знают читатели, наследственная информация закодирована в молекулах дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), находящихся в ядрах всех клеток. Совокупность всей генетической информации называется геномом человека. Геном состоит из различных фрагментов – генов, каждый из которых ответствен за образование тех или иных белков, участвующих в работе органов и тканей.

Любые, даже самые незначительные, изменения состава генов (так называемые мутации) приводят к образованию нарушенных белковых молекул, что вызывает функциональные расстройства. В настоящее время считается, что бронхиальная астма относится к числу заболеваний с полигенным типом наследования. Это означает, что развитие данной болезни связано с изменениями нескольких генов и их комплексов, причем при разных формах бронхиальной астмы комбинация измененных генов может быть различной. Такие генные «поломки» приводят к разным нарушениям, среди которых изменения функции иммунной системы с повышенным образованием иммуноглобулина Е или извращением функции иммунных лимфоцитов; повышенный синтез биологически активных веществ, вызывающих воспаление или, наоборот, дефицит образования противовоспалительных веществ; изменения структуры клеточных рецепторов, воспринимающих сигналы, необходимые для нормальной работы клеток. Вероятность возникновения таких биологических дефектов, длительное время ничем не проявляющихся, особенно велика у тех людей, чьи кровные родственники страдают от тех или иных аллергических болезней, причем совсем необязательно от бронхиальной астмы.

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.