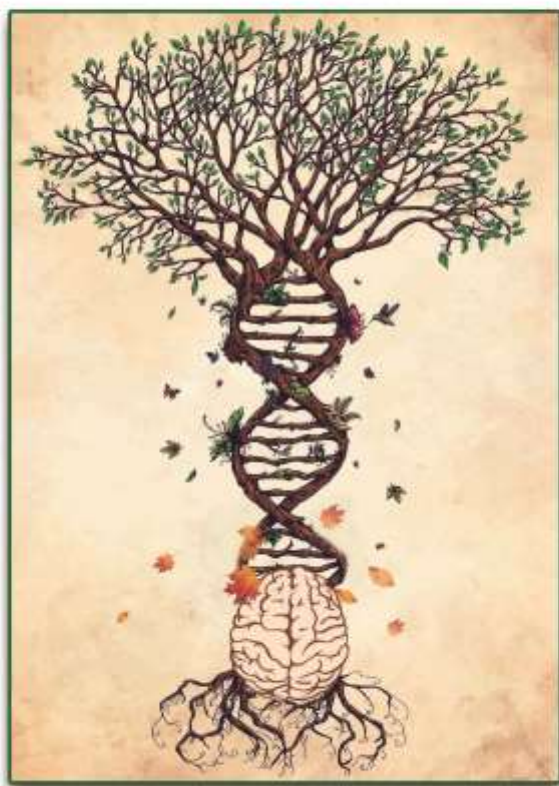


УМ, СТРЕСС, РАК

В. А. Матреницкий

КАНЦЕРОГЕННЫЙ УМ

Психосоматические механизмы рака



РУКОВОДСТВО ПО ПСИХООНКОЛОГИИ

**КРАТКАЯ ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ВЕРСИЯ
КНИГИ «КАНЦЕРОГЕННЫЙ УМ»**

От автора

Этот сокращенный вариант (саммари) со своим названием я написал потому, что оригинал довольно объемный (570 печатных страниц) и требует серьезного, вдумчивого прочтения. Это не всегда легко, особенно для болеющего человека. Составив из саммари общее представление о сути книги, вы сможете более мотивированно взяться за изучение оригинала.

Краткая версия состоит из полного предисловия оригинала, реферативной основной части, оглавления оригинала, информации об авторе и центре психоонкологии ЭКСПИО, отзывов экспертов.

Из оглавления вы поймете отличия адаптированного реферата от основной версии. Каждый абзац саммари соответствует главе или как минимум нескольким страницам книги. Однако многие интересные темы и факты пришлось исключить ради лаконичности изложения. Если какие-то идеи покажутся вам здесь спорными, непонятными или даже шокирующими – помните, что в оригинале все они разъясняются подробно и обосновываются исследованиями и клиническими примерами.

Приглашаю вас в познавательное путешествие к загадкам рака и человеческой психики!

* * *

Поделитесь этим текстом с друзьями! Саммари можно свободно распространять в некоммерческих целях, при условии неизменности формы и содержания. Частичное или полное копирование и публикация, за исключением кратких цитат с указанием источника, не разрешается.

Приобрести полную версию книги «Канцерогенный ум» (печатный или электронный вариант) можно на веб сайте:

www.cancer-um.info.

Предисловие

Оказывается, неизлечимых болезней и нерешаемых проблем нет, есть недостаток знаний, непонимание причин их возникновения, незнание средств и способов устранения причин этих проблем и заболеваний.

В. И. Вернадский

Мистический страх, непонимание, непринятие – такие эмоции вызывает у нас онкологическая болезнь. Наверно, потому, что больше всего мы боимся неизвестного и неожиданного. А рак, несмотря на определенные успехи медицины в его диагностике и лечении, по-прежнему остается одним из самых загадочных заболеваний. И не потому, что мы мало знаем о его биологических механизмах (на сегодня они изучены лучше, вероятно, чем какая-либо иная болезнь), а потому, что он выбирает жертву с необъяснимой для нас логикой. Почему из двух человек, со сходным состоянием здоровья, возрастом, образом жизни, родом занятий, местом жительства, один заболевает раком, а другой – нет? Ведь даже канцерогены вокруг них одинаковы!

Почему борьба с раком малоуспешна, несмотря на огромные финансовые вливания в науку во многих странах? Например, президент богатейшей страны мира США Ричард Никсон еще в 1971 году объявил войну против рака, соответственно, был принят национальный закон о раке. Однако прошло сорок пять лет, и явно не от существенного прогресса в этой области президент Барак Обама в 2016 г. заявляет об очередных планах победы над раком, что станет для США новым «полетом к Луне». Создается национальная миссия, которую возглавит вице-президент США.

Проблема онкологических заболеваний заостряется с каждым годом. Рост заболеваемости и тяжелые осложнения химио- и радиотерапии побуждают нас задуматься: не пора ли обратить внимание на другие возможности, что в силу определенных причин (которые мы обсудим далее) мало востребованы в

ортодоксальной медицине? Может, все дело в том, что мы «летим» не в ту сторону?

Достижения молекулярной биологии, обнаружение все новых онкогенов, сигнальных путей их активации и блокирования каждый раз порождают надежды на то, что воздействие на новое звено окажется более эффективным. Многого ожидали от развития методов генной терапии. Однако, хотя уже 10 лет назад были известны более 100 онкогенов и 15 генов, подавляющих опухолевый рост, мы все еще далеки от прицельной терапии (Soto A., Sonnenschein C., 2005).

Как мне представляется, проблема состоит в том, что, все пристальнее всматриваясь в молекулы, мы забыли о Человеке, а целое – это всегда больше, чем арифметическая сумма составляющих его частей. Известный врач, натуропат и геронтолог А. С. Залманов (1997) неудачи в борьбе с раком на протяжении целого века объяснял так: «Причина очень проста: изучалась отдельно раковая клетка. Не давали себе труда хорошо узнать ракового больного, со всеми его бесконечными реакциями. А когда ограничиваются изучением одной клетки или одной ткани как изолированного органа, всегда получается некрология и никогда – биология <...> Попытки найти противоядие против рака остаются бесплодными, потому что стратегическим ключом является раковая клетка, раковая ткань, а не человек, пораженный раком».

Человеком же нас делает, как известно, разум, а если говорить научным языком – психика. К сожалению, современная «традиционная» медицина все еще рассматривает психику как нечто отдельное от тела и заболеваний, мало пытаясь использовать ее возможности для лечения. Между тем, народная медицина всего мира издавна признала важность взаимодействия между умом, духом и телом. Как традиционная китайская медицина, так и индийская Аюрведа, возникшие от 3000 до 6000 лет назад, во многом соотносят состояние органов и возникновение заболеваний с определенными психическими и эмоциональными состояниями. Так, древнеиндийский врач Бхаскаре Бхатте полагал, что тоска, гнев, печаль, испуг есть

«первые ступени на лестнице любой болезни» (Урываев Ю., Бабенков Г., 1981). В своей практике эти лечебные традиции стремятся вернуть человека к балансу ума, тела и духа, чтобы исцелять максимально естественно.

В древнегреческой и древнеримской культурах бытовало сходное мнение. Еще Аристотель в третьем веке до нашей эры заявил, что существует связь между настроением и здоровьем: «душа и тело, я считаю, реагируют сочувственно друг на друга». Сократ писал: «Нет телесной болезни отдельно от души». Платон уверял, что «лечение многих заболеваний неизвестно врачам, потому что они игнорируют целое, которое должны также изучать. Частям не может быть хорошо, если не хорошо целому». Цицерон в I в. до н.э. высказал идею о воздействии горя, волнений на здоровье человека и признавал возможность возникновения телесных болезней из-за душевных страданий. Гиппократ, знаменитый древнегреческий врач, вошедший в историю как «отец медицины», и римский врач II века нашей эры Гален создали учение о четырех темпераментах - сангвиническом, холерическом, меланхолическом и флегматическом - и обнаружили у них склонность к определенным болезням: у сангвиников - к расстройствам кровообращения, у холериков и флегматиков - к печеночным болезням. Исаак Сирийский (1998), известный богослов и мистик VI века, писал в своем произведении «Слова подвижнические»: «недуг души есть страсти, нечто случайное, пришедшее в естество души и выводящее человека из собственного здравия».

Австралийский доктор Ян Гоулер (1997), исцеливший себя от рака и написавший на основе своего опыта бестселлер «Вы можете победить рак», убеждает: «здоровый организм не может заболеть раком. Если задуматься над этим утверждением, то мы поймем, что оно самоочевидно: здоровое тело не может быть одновременно больным. Тем не менее, рак нередко пытаются лечить как локальное заболевание, как будто вся проблема только в опухолях, а в остальном пациент совершенно здоров. Лечить организм как единое целое - вот в чем состоит новый подход. Из этого мы делаем замечательный логический вывод: если удастся восстановить нормальное, здоровое состояние

организма, он в ответ на это устранит все злокачественные опухоли, где бы они ни находились».

Разделяя такой подход к здоровью, прогрессивные ученые и врачи в 90-х годах прошлого века заложили основы интегративной медицины, как прообраз медицины будущего. Интегративная медицина рассматривает человека как единую систему, где тело, энергия, ум и духовность являются равнозначными партнерами. Она стремится вернуться от частного к общему, поскольку деятельность человеческого организма невозможно объяснить без целостного, интегративного подхода. Эта комплексность отличает медицину интегративную от традиционной, рассматривающей человека как некий биологический механизм, в котором достаточно «отремонтировать» заболевший орган или систему. Изолированное, особенно фармакологическое воздействие на отдельный орган, как правило, сопряжено с побочными воздействиями лекарств на другие органы. Девиз же интегративной медицины - лечить человека, а не болезнь, и применять различные методы для разных людей. Поскольку заболевание появляется у личности, а не у клетки или органа, то в лечении обязательно нужно учитывать межличностные отношения, так как созданные ими эмоции всегда связаны с недугом. Как сказал один из пионеров психосоматической медицины Виктор фон Вайцеккер, «болезнь располагается между людьми и есть следствие их отношений и характера конфликтов» (Weizsacker V., 1947). Поэтому фактор повышения личностной, духовной и социальной гармонии пациента жизненно важен для успешной терапии.

Интегративный подход в современной медицине изначально формировался на основе биопсихосоциальной модели заболеваний, предложенной Джорджем Энджелом в 1977 году. Согласно этой модели, болезнь является результатом не только органических, телесных повреждений, но и нарушением функционирования психологических структур личности, вызванных воздействием различных факторов, как внешних, социальных, так и внутренних (Engel G., 1977). Основы такого триединства были заложены в работах одного из основателей

психосоматической медицины Франца Александера (2002) еще в 1949 г. Двадцать лет спустя к этой модели добавили еще одно измерение - духовное (не ограниченное религиозностью), включающее элементы трансцендентности*¹, смысла и цели жизни, любви и трансперсональных* взаимосвязей, тем самым расширив парадигму до биопсихосоциодуховной (Barnum В., 1996; Sulmasy, 2002). В итоге современная медицина постепенно приближается к пониманию единства тела, психики и духа человека, издревле принятому в восточной медицине, особенно традиционной индийской и китайской.

Интегративная медицина сегодня объединяет научные знания из классической медицины, кибернетики, психологии, эниологии*, математики, эпигенетики*, валеологии*, квантовой физики, информационных технологий и различные методы лечения и оздоровления из комплиментарной (дополнительной), альтернативной и восточной медицины. В практику внедряются новые разработки, создается новое оборудование для диагностики и лечения заболеваний, издаются научные журналы, организованы международные сообщества, проводятся международные конгрессы.

Весомым фактором развития интегративной медицины стала эмиграция в Америку и Европу в 19 веке специалистов китайской медицины и индийских учителей йоги, а затем, в середине 20 века, – и тибетских буддистских лам, обративших внимание врачей и ученых к положительному влиянию на здоровье практик йоги, цигун и медитации.

Всемирный Парламент Религий, состоявшийся в Чикаго в 1893 г., привлек к данному направлению еще больший интерес. В итоге в Америке, например, к началу 90-х годов прошлого века более чем треть жителей использовала техники релаксации, визуализации, гипноза и биологической обратной связи, и более 50% прибегали к молитве в качестве средства дополнительной

¹ Термины, отмеченные символом «*», разъясняются в словаре в конце книги.

терапии (Eisenberg et al, 1993). Под давлением общественности и не без сопротивления представителей «традиционной медицины» в 1992 г. при институте здоровья США был создан национальный центр комплиментарной и альтернативной медицины (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM). Со временем он стал ведущим мировым исследовательским центром в этой отрасли. Объемы финансирования центра стартовали с 2 миллионов и уже в 2008 г. достигли 120 миллионов долларов. В 2005 г. NCCAM субсидировал более 1200 научных проектов в 260 организациях.

Методы альтернативной медицины, особенно в области влияния сознания на тело, широко распространились и вошли в программы образования и практики многих университетов и клинических институтов, включая медицинские факультеты известных университетов Стенфорда и Гарварда, Калифорнии, Питтсбурга, университета Колумбия в Нью-Йорке. Преимущество этого подхода – «пациенториентированное», холистическое (целостное) отношение к больным, максимально учитывающее индивидуальные особенности каждого человека и особенно его психологические и духовные потребности.

Основные положения интегративной медицины:

- синтез направлений современной, альтернативной и народной медицины приносит в терапию новый качественный уровень целостности;
- лечить необходимо человека, а не болезнь;
- поскольку организм имеет мощные естественные способности для самодиагностики, самоисцеления, регенерации и восстановления, при любом заболевании, прежде всего, необходимо поддержать и активировать этот внутренний потенциал;
- большинство заболеваний имеют психосоматическое происхождение.

Психосоматическая патология (от греч. psyche - душа и soma - тело) в ее стандартном понимании - это нарушения функций внутренних органов и систем, исходно связанных с переживанием острой или хронической психологической

травмы и специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. Без психологической помощи временные патофизиологические нарушения перерастают в психосоматические заболевания. Часто бывает и так, что медицинское обследование не обнаруживает физическую или органическую причину заболевания, и если оно является результатом перенесенных стрессов и таких эмоциональных состояний, как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, то мы говорим о психогенном происхождении болезни, что она может быть классифицирована как психосоматическая. Это подтверждает успешное устранение данной патологии применением способов, нормализующих состояние ума - психотерапией, гипнозом, медитацией и т.д.

Исследованиями Г. Розен в США и Англии показано, что от 50 до 75% всех проблем, с которыми больные обращаются к врачам, в своей основе имеют эмоциональное, социальное или семейное происхождение, несмотря на то, что они проявляются через болевой синдром или заболевание (Rosen G. et al, 1982). Для отечественной медицины это не новость. Еще в начале XX века корифеи медицины В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско, говоря о стенокардии, обращали внимание на то, что болевые приступы возникают у пациентов, либо физически напрягающихся, либо переживших какое-то негативное эмоциональное состояние. Позже психосоматический подход к происхождению и лечению сердечно-сосудистых заболеваний развивали академики АМН СССР Г. Ф. Ланг и А. Л. Мясников. В тот же период, в 1936 г. в США было создано Психосоматическое общество, с 1939 г. выпускающее журнал «Психосоматическая медицина».

Доктор Оклея Рей, почетный профессор психологии, психиатрии и фармакологии университета Вандербильт в Нешвиле, США, считает, что согласно современной биопсихосоциальной, или «ум-тело», парадигмы, не существует реального разделения между умом и телом, в свете выявленного широкого взаимодействия между мозгом и нервной, эндокринной и иммунной системами (Ray O., 2004). Эта модель превосходит старую биомедицинскую: основанием

для такого вывода служат экспериментальные и клинические данные, предоставляемые активно развивающимися научными направлениями – эпигенетикой, психонейроиммунологией и психонейроэндокринологией. Объем этих данных стремительно растет. Подробнее об этом я расскажу в последующих главах.

Такая ситуация в науке отражается и в онкологии, проявляясь в двух основных мнениях о происхождении злокачественных заболеваний. Согласно традиционной биомедицинской модели, рак – это результат канцерогенного воздействия на человека внешней среды, в том числе обусловленного вредными привычками (например, курение), а психологические факторы являются вторичными, отражающими реакцию на болезнь. Сообразно биопсихосоциальной модели, подкрепляемой научно-практическими исследованиями в различных странах мира, большинство случаев рака может иметь психогенную природу, а физические факторы способны оказать свое канцерогенное действие лишь при психофизиологическом дисбалансе организма.

Как следствие, родилось новое современное направление психологии – онкопсихология (за рубежом чаще используется термин психоонкология), что исследует влияние психологических факторов на возникновение и течение раковой болезни. Основной ее задачей является изучение психологических особенностей личности онкологических больных, отличий их реагирования на заболевание, разработка методов диагностики, психотерапии и комплексной реабилитации пациентов, способов совладания с этой кризисной ситуацией, активации собственных целительных ресурсов больных и помощь членам их семей и лицам, ухаживающим за больными. Онкопсихология базируется на теории: онкологическая болезнь – результат биопсихосоциального конфликта в организме, и ее необходимо рассматривать как комплекс биологических, психологических и социальных проблем.

Закономерно, что онкопсихология стала одной из важнейших составных частей интегративной онкологии – современного

подразделения интегративной медицины, кооперирующего усилия врачей-онкологов, психологов и специалистов нетрадиционной медицины для создания индивидуальной программы для конкретного больного в соответствии с характером и стадией заболевания.

Привлекая экспертов по отдельным дополняющим направлениям и нетрадиционным техникам, в терапии удастся активизировать и вовлечь внутренние резервы и возможности организма пациента. Это продлевает срок его жизни и оказывает важное влияние на ход процесса лечения. Особенно эффективны, как мы убедимся позже, комбинированные, интегративные программы, сочетающие интенсивное обучение пациентов методам саморегуляции, психотерапевтическую помощь, изменение диеты, физической активности и духовные практики. Прогрессу в этом направлении способствует международное сообщество интегративной онкологии (www.integrativeonc.org), издающее свой научный журнал – *Journal of the Society for Integrative Oncology*.

Такой подход оказался очень действенным: доктор Дэвид Бетти, исполнительный директор Национального Института Рака Канады, в конце прошлого века отметил, что наиболее заметные результаты в лечении рака за истекшее десятилетие достигнуты в области психосоциальной терапии (Holland J., Bultz B., 2007).

Интегративный подход лег и в основу этой книги. Начав свою психотерапевтическую работу с онкобольными, изучая литературу по онкологии и психологии, я не мог не обратить внимание на колоссальный разрыв между позициями и знаниями практических онкологов и психотерапевтов, особенно на постсоветском пространстве. Как пишут пионеры онкопсихологии К. и С. Саймонтоны (1995), «цена, которую приходится платить за узкую специализацию, столь характерную для нашего времени, очень часто состоит в том, что между представителями различных дисциплин, работающих над одной проблемой, практически не происходит никакого обмена информацией. Каждая дисциплина разрабатывает свой собственный язык, свою систему величин,

свои методы передачи информации, и в результате важнейшие данные просто канут в безвестности».

Моя квалификация в этом плане была достаточно разносторонней, поскольку за годы своей профессиональной деятельности я изучил многие отрасли знания о человеке. Меня с юности интересовали загадки психики, старения и болезней, поэтому уже на втором курсе Одесского медицинского института я отправился в Ленинградский институт мозга, чтобы освоить новейшие методики исследований (на то время в Одессе их не было), а на старших курсах начал сотрудничать с Киевским институтом геронтологии АМН Украины. После окончания института, проработав несколько лет терапевтом, я понял, что такая медицина – не для меня, так как она лишь временно облегчает симптомы разлада здоровья. Я же хотел осмыслить истинные причины этих нарушений. Рассчитывая найти их на молекулярном уровне, я поступил в аспирантуру при НИИ геронтологии, где изучал физиологию и молекулярную биологию старения.

Однако к сроку защиты диссертации я осознал, что тайны жизни, болезней, старения и смерти лежат не в плоскости физического бытия, и начал свой духовный поиск. Я изучал герметическую алхимию, посещал суфийских учителей в Турции и на Кипре, изучал методы народной медицины целителей-шаманов Сибири и практики китайского цигун, постигал буддизм в школах Дзогчен и Ньигма. Постепенно я понял, что в основе всех человеческих невзгод, как телесных, так и социальных, лежат духовно-психологические проблемы, вызванные тем, что буддизм именует неведением своей истинной природы, а если проще - негармоничным состоянием ума. Поэтому я расширил свою профессиональную специализацию до психотерапии, параллельно осваивая и ультрасовременные технологии информационно-резонансной терапии, в итоге избрав практическим направлением трансперсональную* психотерапию и психосоматологию. И когда жизнь столкнула меня с онкологическими пациентами, новейший научный биопсихосоциодуховный подход к патологии не был для меня чем-то новым – я пришел к этим

идеям еще до того, как прочитал о них. Правда, по моему мнению, этот термин должен звучать как «психо-социально-духовно-биологический», отражая первичность дисгармонии ума в любой патологии, в чем мы и убедимся в этой книге.

Изучая онкопсихологию, я был шокирован не только вопиющей безграмотностью в этой области отечественных онкологов и отсутствием онкопсихологической службы в Украине, но и недопустимо малым количеством профессиональных и практически ориентированных книг по онкопсихологии на постсоветском пространстве. Так родилась идея книги, которая бы рассматривала развитие онкозаболевания на всей протяженности – от предрасположенности, через возникновение и прогрессию болезни, до ее исхода – одновременно на четырех уровнях бытия человека: биологическом, психологическом, социальном и духовном. Насколько мне известно, это первая такая попытка в данной отрасли знания.

Хотя эта задача была и сама по себе достаточно сложная, мне хотелось, чтобы книга была доступна пониманию как врачей, так и психологов, поэтому я писал ее максимально просто, стараясь избегать сложных профессиональных терминов. Я также считал целесообразным дополнить академические научные данные наблюдениями не только врачей и психологов, но и известных целителей, работающих с онкобольными, чей практический опыт не становится менее ценным из-за отсутствия у них специализированного образования. По этим причинам, согласно научным канонам, книга должна считаться «научно-популярной». Во всех остальных аспектах это – полноценная монография, все выкладки и положения которой обоснованы ссылками на соответствующих авторов исследований, представленных в списке литературы. Многие темы иллюстрированы примерами пациентов из моей практики. Книга также снабжена терминологическим словарем, в надежде, что образованный и любознательный читатель сможет разобраться в материале. Ибо конечная цель этой книги – объяснить больному напрямую или через прочитавших ее

специалистов, что рак – это психосоматическое заболевание, а его виновник – ошибочная настройка ума.

Множество хороших книг объясняет психологические источники болезней. Однако люди склонны сомневаться: а вдруг автор все придумал, или ошибается, или ко мне это не относится... Надеюсь, что большой объем научных работ, представленных мною по каждой из рассматриваемых тем, убедит читателя: наша психика способна как породить онкологическую болезнь, так и исцелить ее. На основании этих данных читатель может удостовериться, что эта книга – не теоретические умствования автора, а анализ фактического материала, накопленного наукой. Следуя логике этого исследования, по мере рассмотрения представленных фактов, читатель может сам проверить правомочность моих выводов.

К сожалению, в народе сформировалось устойчивое мнение, что рак нападает на человека извне, и бороться с ним невозможно. Поэтому происхождение болезни часто связывают с негативными внешними силами, проклятиями, роком, карой божьей и т.д. Пребывая в неведении о причинах рака, попав под гипноз статистики и медицинского прогноза, не находя психологической и духовной поддержки врачей, пациент деморализуется из-за страха, беспомощности и безнадежности, что подавляет защитные ресурсы его организма. Понимание истоков болезни, что дает эта книга, возрождает у человека надежду, возможность контролировать происходящее и активно бороться за свое здоровье. Это именно тот случай, когда знания – действительно сила.

"По мере развития понимания взаимоотношений между разумом и телом мы можем спросить: почему я причиняю себе боль именно таким образом? – пишет эксперт в области терапии «ум-тело» Дебби Шапиро (1998). – На сознательном уровне мы вовсе не желаем истязать себя, испытывать боль или болеть, но оказывается, что именно это и происходит. Когда мы понимаем, что тело выражает все то, что лежит на поверхности, что оно служит зеркалом, заглянув в которое, мы можем увидеть свой внутренний мир, когда действительно осознаем, что вся наша

жизнь неуклонно стремится к завершенности и равновесию, тогда видим, что наши болезни - средства поиска этого равновесия».

Информация, представленная в книге, отвечает на животрепещущие вопросы онкобольных:

- "Почему я" и "за что мне это";
- Как горестные переживания детства закладывают фундамент болезни;
- Какие особенности Вашего характера ослабляют защитные силы организма;
- Как подавление негативных эмоций приводит к накоплению "умственных ядов", нарушающих физиологическое равновесие;
- Как стрессы приводят к предраковому состоянию организма;
- Откуда берутся депрессия и безнадежность, вплоть до потери смысла жизни;
- Почему рак - это неосознанное желание смерти;
- Почему отсутствие психологической помощи увеличивает вероятность как возникновения, так и рецидива болезни;
- Как помочь себе, чтобы лечение было максимально эффективным;
- Как уменьшить побочные явления стандартной терапии;
- Что делать, чтобы не возник рецидив опухоли;
- Как довести лечение до полного выздоровления;
- Как снова поверить в свое право на жизнь;

Врачам и психологам эта книга дает своеобразную «дорожную карту» онкозаболеваний, с помощью которой они могут проанализировать: какие факторы привели к возникновению болезни у данного пациента, как на них можно воздействовать, как ослабить или устранить влияние этих факторов на процесс лечения, как воскресить в пациенте волю к жизни и увеличить ресурсы, необходимые для исцеления.

Центральные идеи книги можно выразить следующими положениями:

- Онкологическая патология – это психо-социо-духовно-соматическое заболевание. Его причины - недостаток в жизни человека любви, неисцеленные (часто с детства) психические травмы и неудовлетворенные, подавленные потребности. Самые важные из них – проявлять свои чувства, быть уникальной личностью, жить так, как велит душа.

- Недовольство жизнью порождает глубокие внутриличностные конфликты, психо-духовный кризис и неосознанное стремление к смерти. В организме при этом возникает хронический физиологический стресс.

- Канцерогены окружающей среды только тогда провоцируют недуг, когда хронический стресс достигает уровня онкогенного дистресса. Разрушаются иммунитет и другие системы противораковой защиты организма.

- Лечение рака не должно сводиться только к удалению опухоли или воздействию на нее. Опухоль – лишь локальный симптом системного дисбаланса организма на почве онкогенного дистресса.

- Болезнь – не пожизненный приговор. Путь к здоровью лежит через разрешение кризиса, излечение застарелых психотравм, удовлетворение глубинных потребностей. Обретение смысла существования и овладение подавленными ресурсами пробуждает колоссальные целительные резервы организма и ведет к устойчивой ремиссии или даже полному исцелению.

Альберт Эйнштейн говорил: «Если вы хотите изменить что-то малое в своей жизни — измените отношение, но если вам нужны большие перемены — меняйте мышление». Продолжу эту мысль: если вы хотите исцелиться, то есть изменить свое здоровье – меняйте свою жизнь!

Реферативная основная часть

I. Стресс, психосоматика и онкопсихология

Еще древние лекари заметили связь возникновения рака с негативными переживаниями человека. Римский врач Гален пришел к выводу: женщины, склонные пребывать в подавленном состоянии, обычно переполнены меланхолией и заболевают раком чаще жизнерадостных женщин. Традиционная китайская медицина полагает, что рак затрагивает весь организм, а причины болезни – нарушения функций внутренних органов, вызванные эмоциональным напряжением.

Среди значимых факторов появления опухоли, или «напыщения», врачеватели Киевской Руси называли «всякие тягостные лишения» в жизни больного. Доктора средних веков полагали, что «дальняя причина рака есть долгая печаль». Российские и европейские врачи 18-19 веков отметили взаимосвязь рака с жизненными трагедиями, горем и неприятностями, провоцирующими выраженную тревожность и депрессию.

Научные институты СССР и зарубежья в 50-е – 70-е годы прошлого столетия провели многочисленные опыты на животных, доказавшие, что хронический стресс способствует развитию рака. В этот же период за границей активно развивалась онкопсихология. Она подтвердила наблюдения врачей прошлого о значении негативных событий и эмоций в возникновении онкозаболеваний. Это стало толчком к появлению психологических служб при онкологических больницах.

К сожалению, дальнейший технический прогресс медицины сослужил для больных плохую службу – устраняя последствия (опухоль), врачи забыли о причине (психике). Внедрение химио-, гормоно- и радиотерапии, интенсивная фармацевтическая реклама превратили онкологию в крупный бизнес, вытеснив психологию на второстепенную роль.

Однако сегодня онкопсихология с таким положением дел уже не соглашается. Развитие интегративной и психосоматической медицины побуждает врачей практически в каждом недуге искать изначальную психологическую проблему. Поэтому прогрессивные ученые утверждают, что онкологические болезни также имеют психосоматическое происхождение.

Изучение особенностей жизни и личности психосоматических больных показывает, что они с детства переживают острые и хронические стрессовые события, имеют неисцеленные психотравмы и внутриличностные конфликты, сложные взаимоотношения с родителями, недостаток теплых отношений. В результате у них формируется *специфический тип личности*. В его составе – сложности в осознании своих чувств, подавление отрицательных эмоций, чрезмерная ответственность, преобладание значимости материальных ценностей по сравнению с духовными, подчиненность, зависимость от мнения других и т.д.

Эти черты характера порождают проблемы со здоровьем – «болезни неотреагированного стресса». Их причина – *соматизация*, склонность к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне. Иными словами, негативные эмоции «воплощаются» в теле, что приводит к дискомфортным ощущениям. Затяжная полоса трудностей оборачивается разнообразными нарушениями структуры и функции внутренних органов. Приведенные личностные характеристики очень похожи на специфичные черты онкобольных.

Каждый день мы подвергаемся большим и меньшим стрессам. Так полезен или опасен стресс? Острый стресс, возникающий в момент опасности, позволяет организму мобилизовать ресурсы для совладания с угрозой. Гормоны стресса запускают в теле многочисленные адаптивные физиологические процессы. Однако постоянный, *хронический стресс*, присущий современному обществу, вредит здоровью, так как избыток стрессовых гормонов оказывает повреждающее действие.

Стресс превращается в патогенный *дистресс* и нарушает функции организма на разных уровнях.

Накопленные наукой данные подтверждают: хронический стресс, независимо от его происхождения, таит угрозу развития тяжелых заболеваний, в том числе и рака. Поэтому нам необходимо проанализировать и выделить те особые психосоциальные причины, что создают в организме состояние *онкогенного дистресса*.

Часть II. Предрасположенность к раку: нарушения индивидуального развития

Почему стрессы жизни у одних людей вызывают заболевания, а у других нет, и почему болезнь принимает ту или иную форму? Одна из важнейших причин – предрасположенность к болезням, что развивается в процессе зарождения и развития человека. Врачи чаще используют термин *диатез*. Им обозначают биологическую предрасположенность организма к тем или иным заболеваниям вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств и физиологических особенностей. Из-за этой склонности функции организма долгое время пребывают в неустойчивом равновесии, что приводит к нарушениям адаптации. На этом фоне воздействия внешней среды, в том числе и психосоциального происхождения – стрессы – вызывают искаженные, патологические реакции организма.

Поэтому сегодня для психосоматической медицины ведущей стала *диатез-стрессовая концепция* развития патологии. Согласно ее положениям, для возникновения любой болезни необходимо сочетание двух основных факторов: уже имеющегося биологического диатеза (уязвимости) и дополнительного воздействия стрессоров. Эта концепция хорошо объясняет и причины развития онкологических заболеваний.

Как и почему появляется подверженность болезням? Исследования показывают, что диатез чаще всего возникает по

психосоциальным причинам на разных этапах развития ребенка. Я выделяю *пять факторов предрасположенности*.

Пережитые родителями стрессы и психотравмы, как «отпечатки» в ДНК, могут передаваться детям в качестве неблагоприятной эпигенетической (регуляторной) информации и изменять их гормональный баланс. Тогда организм теряет устойчивость к стрессам. Так возникает *первый компонент* диатеза.

Эмоциональное состояние матери во время беременности очень важно для здоровья ребенка. Переживаемые матерью стрессы и психотравмы, ее мысли о нежеланном ребенке и аборте плод ощущает как угрозу уже на ранних стадиях. Результат – внутриутробный стресс и нежелательные эпигенетические изменения, что оказывает долговременное воздействие на последующее телесное и психическое здоровье ребенка. Так формируется *второй компонент* диатеза.

Процесс родов также накладывает отпечаток на дальнейшую жизнь человека и может стать *третьим элементом* диатеза. Даже если беременность была благоприятной, роды становятся первым серьезным стрессом для каждого человека. Трансперсональные психологи установили: в зависимости от сложностей той или иной стадии родов, у человека в будущем могут возникать различные психологические проблемы.

Если ребенок переживает стресс и после рождения (*четвертый компонент диатеза*), то психофизиологический дисбаланс будет нарастать, а состояние здоровья ухудшаться.

Доказана чрезвычайная уязвимость нашей психики и важность переживаний в раннем детстве, особенно негативных, формирующих базисную структуру личности. Основным источником стресса для ребенка – его родители. Опыт отношений с ними, особенно в первый год после рождения ребенка, на всю жизнь определяет его психологическое, социальное и личностное развитие.

В этот период из-за эмоциональной холодности и жесткости родителей или, наоборот, их гиперопеки, излишнего контроля, может не сформироваться чувство базисной социальной

безопасности. Не развивается способность правильно выражать свои эмоции, не вырабатываются навыки разрешения сложных ситуаций, не приобретает опыт совладания со стрессом. Вследствие этого возникают невротические и личностные расстройства, а затем и разнообразные соматические нарушения, повышая частоту заболеваний. Известный психоонколог Берни Сигл пишет: «... по моей оценке, 80% моих пациентов были нежеланными детьми или к ним относились в детстве равнодушно. ...Такие послания оставляют на всю жизнь ощущение недостойности. И тогда болезнь оказывается чем-то заслуженным, а лечение незаслуженным».

Столь же губительно на текущее и будущее здоровье ребенка влияет переживание им смерти близких, развода родителей, насилия, унижения, психотравмирующего подавления его индивидуальности, интересов, самостоятельности. Сочетание нескольких стрессов умножает их вред, и если ребенок не получает психологической помощи, в его организме развивается хронический стресс. Соединяясь с более ранними компонентами диатеза, этот стресс может нанести такой ущерб здоровью, что ребенок тяжело заболевает, вплоть до онкологии.

В менее сложных случаях, стрессы и психотравмы ранних периодов развития закладывают своеобразную «инкубированную травму». Под влиянием жизненных проблем во взрослом возрасте она активизируется, приводя к болезням. Молекулярной основой этого становится накопление эпигенетических нарушений активности генов.

Пятый компонент онкологического диатеза – формирование под влиянием негативных переживаний детства специфического психосоматического типа личности ребенка, а затем и взрослого человека. Он получил название «тип личности С» (от англ. Cancer – рак). Наблюдения за тысячами онкобольных позволили ученым выделить общие черты их характера. Все они мешают успешному совладанию со стрессами жизни и способствуют нарастанию со временем хронического стресса. Вот эти особенности:

- подавление и вытеснение эмоций гнева;

- стремление не испытывать и не проявлять страх, беспокойство или грусть;
- терпеливость, скромность, пассивность, послушание, зависимость, сотрудничество и подчинение значимым близким и власти – гипертрофированная «хорошесть»;
- избегание любых конфликтов, отсутствие «духа борьбы». Способ справляться со стрессами – отказ их признавать, то есть делать вид, что ничего не происходит;
- чрезмерное стремление удовлетворять потребности других людей и недостаточное удовлетворение своих потребностей, самопожертвование, психологическая «мазохистичность»;
- подавленность, склонность к скрытому отчаянию, апатия, частая усталость, трудности в адаптации;
- хроническая безнадежность и беспомощность, даже если они не осознаются.

Насколько весомой станет предрасположенность к раку? Это определяет степень выраженности и доленое соотношение пяти рассмотренных факторов диатеза.

Часть III. Факторы провокации: неразрешившаяся психотравма или внутриличностный конфликт

Диатез-стрессовая концепция рака утверждает: чем больше в дальнейшей жизни потенциального онкобольного произойдет тяжелых стрессовых событий-провокаторов, чем сложнее его жизнь, тем выше вероятность развития хронического дистресса и перехода склонности к раку в предраковое состояние.

Главные стрессы-провокаторы рака – психотравмы и длительно неразрешающиеся психологические проблемы (внутренние конфликты).

Острая психотравма (в ситуации утраты, горя, тяжелого конфликта), как правило, разрешается самостоятельно и без осложнений в срок от нескольких часов до двух-трех дней. Но в силу перечисленных личностных особенностей, интенсивности

переживаний и способностей преодолевать стресс, такая психотравма может приводить к нарушениям. Их диапазон – от расстройств адаптации до хронического психофизиологического стресса и посттравматического стрессового расстройства. Без психологической помощи хронический стресс у таких людей вредоносно воздействует на организм, подавляя иммунитет и другие защитные системы организма. Статистика подтверждает факты острых психотравм у будущих онкобольных в период от года до пяти лет перед постановкой диагноза.

Неразрешившиеся и затянувшиеся внутриличностные конфликты – это противоборство противоположных мотивов, целей, интересов и желаний личности. Невозможность их одновременного удовлетворения вызывает отрицательные переживания и эмоции. Конфликты могут возникать как противоречие между «хочу» (мотивы, потребности, интересы), «надо» (ценности), и «могу» (самооценка).

Мы чаще всего вытесняем конфликты в подсознание, чтобы не испытывать связанную с ними душевную боль. Однако и там вытесненные конфликты точат человека изнутри, подпитывая хронический стресс. Без психологической разрядки, конфликты проявляются телесными нарушениями, переходящими из-за своей интенсивности и продолжительности в болезни. Онкопсихолог Дуглас Броди отмечает: онкобольные не способны разрешить глубинные эмоциональные проблемы и конфликты (обычно возникшие еще в детстве) и часто даже не догадываются о их существовании.

В основе неразрешенных конфликтов лежит неспособность человека удовлетворить свои *важнейшие потребности*. Именно это неумение, по мнению таких известных ученых, как А. Маслоу, А. И. Струков, В. В. Серов, Д. С. Саркисов, и является источником заболеваний. По наблюдениям онкопсихолога Лоренса ЛеШана, к развитию рака приводит истощение жизненной силы человека: на него давит проблема, которую он должен, но не может разрешить.

Неудовлетворенные потребности тесно связаны с онкозаболеваниями. Например, дистресс и утрата безопасности детей и подростков в нацистских концлагерях вызвали повышение заболеваемости раком этих людей во взрослом возрасте. Исследование одного из медуниверситетов установило: у женщин с раком молочной железы и миомой матки ведущим внутриличностным конфликтом является неудовлетворенная потребность в любви и привязанности. Подобных наблюдений существует достаточно много.

Для удовлетворения этой центральной потребности, чтобы заслужить недополученные в детстве любовь и одобрение, будущий онкобольной неосознанно прибегает к «патологической хорошеести», «приятности» (термины онкопсихологов). Такое поведение заключается в избыточном удовлетворении потребностей других людей на фоне недостаточного выполнения своих потребностей. Самопожертвование, приспособленчество, склонность к долготерпению, привычка не выражать свои эмоции и нужды выбираются как способ избегания конфликтов. Эти свойства характера называют «психологической мазохистичностью». Она вырастает из закрепившегося поведения ребенка в проблемной семье, когда ему приходилось подавлять свои интересы и угождать взрослым из-за страха отвержения или наказания.

Если этот человек, повзрослев, снова попадает в деструктивные отношения и не получает необходимой ему любви, ситуация провоцирует онкогенный дистресс. Английский врач С. Пеллер еще в 1932 г. обнаружил, что чем хуже семейные отношения, тем раньше у женщин возникает рак.

В таких обстоятельствах потенциальный больной не может удовлетворить и еще одну важнейшую потребность – в уважении и признании, хотя подсознательно ожидает их получить за свою «хорошесть». В итоге он попадает в зависимость от того или тех, кому служит: из-за страха потерять источник любви и признания и привычного стремления избегать конфликтов. Если отношения были благополучными, но

партнер умирает или уходит, для человека это становится катастрофой. В силу чрезмерной привязанности адекватно пережить потрясение для него невозможно. Если же партнер доминирует, подавляет, ограничивает, у человека нарастает тотальный внутренний конфликт между потребностью в свободе, уважении и признании, и стремлением сохранить связь, пусть и зависимую. Такие отношения для будущего больного со временем превращаются в «удушающие». Результат в обоих случаях одинаков – хронический онкогенный дистресс.

«Удушающие» отношения, как и жертвенная сверхпривязанность, часто становятся причиной еще одного серьезного конфликта – невозможности самоактуализации, развития своих способностей, нахождения жизненной цели. Человек оказывается не в состоянии жить своей жизнью, развивать свой потенциал, и вынужден играть чужую роль, чтобы нравиться другим – супругу, родителям, начальству. Но и этот конфликт обычно вытесняется в подсознание, как и вызванные им негативные эмоции, особенно гнев – ведь такую личность с детства приучили не проявлять естественную агрессию. Избегание «плохих» эмоций и гнева, согласно исследованиям онкопсихологов и психонейроиммунологов, сильнее всего подавляет иммунную систему и механизмы антираковой защиты. В результате происходит постепенное «расшатывание» здоровья.

Ученые установили, что не так важен характер стресса и его происхождение, как способность конкретного человека благополучно его пережить. А этот навык у будущего больного обычно не развит в силу ограничений личности, возникших в детстве. Ситуацию осложняет и часто присуще таким людям состояние экзистенциального вакуума: они не имеют четкого понимания смысла своей жизни, духовных ценностей, заиклены на преследовании сугубо материального благополучия. Без духовной опоры, человек оказывается не в состоянии совладать с углубляющимися внутриличностными конфликтами. Так постепенно возникает жизненный кризис.

IV. Предраковое состояние

Кризис вследствие не разрешающейся жизненной проблемы или психотравмы (от которых такая личность часто отворачивается, не допускает в сознание, чтобы избежать эмоциональной боли) без помощи психотерапевта постепенно усугубляется. Ситуация доводит человека сначала до состояния *беспомощности*, а затем и *безнадежности* – утраты веры в то, что его жизнь когда-либо станет такой, как ему хочется.

Прочитую известных онкопсихологов Карла и Стефани Саймонтов: «Большинство наших пациентов признает, что еще до начала заболевания они иногда чувствовали себя беспомощными, неспособными разрешать или как-то воздействовать на жизненные ситуации, что у них “опускались руки”». Эксперты из независимого благотворительного фонда WCPH (США), обследовав более двух тысяч человек, обнаружили: у людей в состоянии безнадежности в последующие шесть лет возникает в 3,5 раза больше шансов умереть от рака или сердечных заболеваний. Сотрудники университета Рочестера изучили личности 68 женщин перед процедурой биопсии для диагностики рака шейки матки. На основании выявленной у пациенток безнадежности психологи смогли с точностью в 73% предсказать, у кого из них обнаружится рак.

Безнадежность – прямая дорога к *депрессии*. Однако в силу упомянутых личностных особенностей – непонимания своих чувств, избегания негативных эмоций, неумения их разрядить – депрессия часто протекает скрытно даже для самого человека. Он «держит лицо», не отказывается от «хорошести» и услужливости, отодвигает свои потребности на задний план.

Множество научных наблюдений подтверждают: безнадежная депрессия разрушает иммунитет и антираковые защитные системы организма. Вызванная стрессом депрессия сопровождается активацией воспалительных процессов, снижением способности ДНК восстанавливаться от повреждений и нарушением функций хромосом, повышением

содержания в крови инсулина и глюкозы. Все эти факторы способствуют росту опухоли.

Связь депрессии и рака подтверждает и статистика. Например, в Швеции с 1947 г. в течение 10 лет наблюдались 2500 людей. К концу этого периода раком заболело сорок два человека. Оказалось, что в сравнении с контрольной группой, эти больные еще за десять лет до онкодиагноза проявляли большую «приятность», социализацию и депрессивность. Двадцатилетнее наблюдение 2018 служащих Западной Электрической Компании (США) также выявило взаимосвязь депрессии и смертности от рака.

Доктор Берни Сигл отмечает: «Депрессия, как ее определяют психологи, обычно означает, что человек перестает сопротивляться или сдается. Чувствуя, что его нынешние условия и будущие возможности невыносимы, депрессивный человек «бастует» против жизни, делает все меньше и меньше, теряет интерес к людям, к работе, к своим хобби и т.д. Эти депрессии сильно связаны с раком».

Безнадежная депрессия соответствует предраковому состоянию организма.

V. Инициализация: утрата воли к жизни и неосознанное самоубийство

Беспомощность, безнадежность, безвыходность и подсознательная депрессия на фоне психосоматической личности типа «С» имеют еще одно, чрезвычайно опасное следствие – *потерю интереса и воли к жизни*. Человек убеждается (чаще всего неосознанно), что все его попытки изменить жизнь бесполезны, а сама жизнь – безнадежна и не привлекательна.

Такие люди «...продолжают изо дня в день выполнять свои обязанности, но жизнь уже потеряла для них свой «вкус», из нее ушли энергия и смысл, – пишет онкопсихолог Лоренс ЛеШан. – Создается впечатление, что ничто больше не удерживает их в этой жизни <...> Они просто ждут, когда придет время умирать,

потому что в этом видят единственный для себя выход. Фактически, они уже <...> мертвы внутри – лишены чувств и утратили свою Самость».

Причина этого в том, что подобные люди слишком ценили личные или профессиональные отношения, которые утратили, или которые стали «удушающими». Эти отношения были для них *доминантой жизненной цели* и определяли их психическое состояние и жизнь в целом. Когда такой приоритет теряется, человек с психосоматическим типом «С» погружается в состояние внутреннего одиночества. А поскольку у такой личности с детства недостаточно развиты навыки преодолевать сложности, ломается и вся жизнь, выстроенная вокруг потерянных или «удушающих» отношений. Так, женщина, заболевшая после ухода из дому детей, призналась: «У меня образовалось пустое место, и его заполнил рак».

В результате доминанту жизненной цели заменяет доминанта самоуничтожения в форме психосоматического заболевания. Если это рак, ученые называют ее *онкологической доминантой*. Она глубоко деформирует психосоматическую систему, и эти повреждения усиливают и поддерживают тревога, страх, бессонница, боль и т.д. Самоагрессивное состояние психики, вызванное доминантой саморазрушения, очень похоже на состояние психики человека перед суицидом. Так что рак можно рассматривать как «пассивное и неосознаваемое самоубийство», – более полувека тому заявил доктор Макс Катлер.

Это состояние проявляется в так называемой *авитальной* (или антивитальной) активности ума, направленной против жизни в социальной и в биологической формах. Рано или поздно такая активность приводит к смерти. Внешняя ее форма – самоубийство. Но поскольку личность с патологической «хорошестью» чаще всего не позволяет себе такого выхода, эта активность обращается внутрь – в форме психосоматической болезни. В самых тяжелых случаях и отсутствии психологической помощи таким заболеванием становится рак. Один из основателей трансперсональной психологии Станислав Гроф писал об онкологических больных: «...число

депрессивных состояний, ярко выраженного негативного отношения к жизни и саморазрушительных и суицидальных наклонностей у данных пациентов нам представляется более высоким, чем можно было ожидать, исходя из того, что они представляют среднестатистическую выборку населения».

Истории жизни и личностные особенности онкобольных и людей, совершивших попытку самоубийства (суицидентов), схожи во многих аспектах. Это наследственная отягощенность, неблагополучные семьи родителей, недостаток любви, психологическое и физическое насилие в детстве, психотравмы потери, неразрешенные конфликты, беспомощность, безнадежность и депрессия перед болезнью или самоубийством, утрата смысла и воли к жизни. Установлено, что механизм формирования суицида, как и развитие рака, протекает по сходным диатез-стрессовым законам.

Итог в обоих случаях – фундаментальный кризис существования человека, ставящий перед ним, осознанно или неосознанно, вопрос: а стоит ли жить дальше? Эту ситуацию я рассматриваю как *духовный кризис*, поскольку она угрожает дальнейшему пребыванию Сущности, или духа, в теле.

Почему для будущих онкобольных и суицидентов этот кризис становится столь глобальным? Потому, что их личность из-за сложных условий формирования не созрела в полной мере. Недостаток адаптационных ресурсов и духовного фундамента, неспособность быть самим собой и совладать с нарастающими трудностями приводят к утрате воли к жизни.

В результате, отмечает психотерапевт М. В. Воронов, человек «...не видит выхода, не может заменить этот [утраченный] объект, не видит выбора в пользу другого человека или дела. Он не мыслит своей жизни без них, потеряв экзистенциальный смысл, смысл существования. Дальше – мрак абсолютного одиночества, и от этого наваливается такой страх, что лучше не жить. Но убеждения не позволяют распорядиться своей жизнью сознательно, и тогда включается бессознательное...».

Какой же биологический механизм переводит психологическое состояние – утрату воли к жизни – в телесного «исполнителя

заказа» – рак? Большое количество научных данных доказывает, что это – *хронический дистресс*. Чем глубже человек погружается в кризис, безнадежность и депрессию, тем больше они повреждают организм. Основные «действующие лица» стресса – гормоны катехоламины (адреналин и норадреналин) и глюкокортикоиды (кортизол и кортикостерон). Постоянно повышенное их содержание при хроническом стрессе и нарушение суточного (циркадного) ритма выделения приводит к таким последствиям:

- подавлению активности иммунной системы, в частности снижению способности НК-лимфоцитов («клеток-убийц») разрушать опухолевые клетки и к активации онкогенных вирусов;
 - воспалительным реакциям, служащим благоприятным «фоном» для роста опухолевых клеток;
 - усилению окислительных реакций в клетке, что вызывает повреждения ДНК и липидов клеточной мембраны;
 - увеличению мутаций в ДНК и нарушениям регуляции генов.
- В результате этого активируются протоонкогены (обычно «спящие» гены, ответственные за размножение клеток), и тормозятся функции генов-супрессоров (подавителей бесконтрольного клеточного деления).
- нарушению работы систем восстановления ДНК, из-за чего онкогенные мутации нарастают;
 - накоплению нарушений структуры и функции хромосом, в частности сокращение длины теломер (концевых участков хромосом). Это ведет к хромосомной нестабильности, увеличивающей вероятность мутаций.

Хронический дистресс также изменяет содержание и других гормонов – например, пролактина, окситоцина, инсулина, дофамина, эстрогенов. Это вносит свой вклад в формирование предракowego состояния организма.

Эксперименты показывают, что совокупность описанных нарушений повышает чувствительность организма к разнообразным канцерогенам и увеличивает число клеточных мутантов. Защитные системы организма (иммунная, система восстановления ДНК и анти-онкогены) в гармоничном

состоянии успешно нейтрализуют канцерогены, своевременно восстанавливают вызванные ими нарушения и уничтожают единичные злокачественные клетки. Но эта защита зависит от глубины хронического стресса организма. Если она существенно ослаблена, то любой канцероген, преобладающий в окружающей среде данного человека, может вызвать *онкогенные мутации* – его класс и специфика не важны. Так возникают предраковые и первичные «*инициализированные*» (то есть начавшие онкогенную трансформацию) раковые клетки, что со временем будут множиться.

Поэтому в старости частота онкозаболеваний повышается – накопленные в течении жизни последствия стрессов все более расшатывают системы антираковой защиты.

VI. Развитие или регрессия опухоли? Промоция и прогрессия как результат активации дистресса

При каких условиях начинает развиваться болезнь? Если дистресс, вызванный жизненным кризисом, достигает своей кульминации – воля к жизни ослабевает, а количество описанных нарушений в организме превышает определенный порог. Этот этап называется *опухлевой промоцией* (от лат. – продвижение, ускорение). В этот период первым инициализированным раковым клеткам, уже способным к неограниченному делению, необходим дополнительный стимул для интенсивного размножения и образования первичной опухоли. Таким пусковым механизмом может стать очередной сильный стресс в жизни человека с новым выбросом стрессовых гормонов.

Дальнейшая участь первичной опухоли будет зависеть от психологического состояния человека. Иногда в такой момент, даже не подозревая о начавшейся болезни, он подсознательно ощущает угрозу и осознает переживаемый кризис. Если такой человек разрешит свою жизненную проблему, либо обратится за профессиональной психотерапевтической помощью, либо переживет спонтанное духовное пробуждение, и к тому же будет иметь хорошую социальную поддержку (понимание и помощь семьи и друзей) – есть высокие шансы на остановку

роста опухоли и ее деградацию. Множество данных подтверждают этот вариант исхода. В середине прошлого века доктор П. Вест опубликовал результаты осмотров: 80% всех карцином *in situ* (злокачественных опухолей на начальных стадиях развития без прорастания в подлежащую ткань) исчезают сами по себе на протяжении последующего наблюдения без какого-либо лечения.

Патологоанатомы свидетельствуют, что у большинства людей на вскрытии можно обнаружить «замершие» опухоли, не связанные с причиной смерти. Новые научные данные говорят в пользу того, что ряд первичных опухолей – молочной железы, простаты, щитовидной железы, почек – не обязательно оперировать, а можно ограничиться внимательным наблюдением за их поведением. Как показывает статистика, выживаемость таких больных после операции и без нее практически одинакова.

Увы, самопроизвольное разрешение жизненного кризиса – скорее исключение, чем правило. Вероятней всего, в ситуации безнадежности, скрытых депрессии и авитальности психологических изменений не произойдет. Тогда первичная опухоль будет развиваться и перейдет в стадию прогрессии. Поскольку человек по-прежнему переживает хронический дистресс, им стимулируются как минимум три основных патофизиологических механизма-виновника разрастания опухоли. Это ангиогенез (образование новых кровеносных сосудов в пораженном органе или ткани), торможение апоптоза (универсального механизма гибели атипичных клеток) и метастазирование – распространение опухолевых клеток по организму с образованием дочерних опухолей. Несомненно, огромную роль также играет дальнейшее подавление стрессом функций иммунной системы.

Момент диагностирования рака, а пациенты принимают его как «послание смерти», снова приводит к мощному дистрессу – тяжелой *психотравме диагноза*. Новый интенсивный дистресс «подливает масло в огонь». Еще больше страдает иммунная система, активируется воспаление и метастазирование. Если до

объявления диагноза человек мог и не осознавать, что он пребывает в состоянии экзистенциального кризиса, то после диагноза кризис не только проявляется, но и существенно углубляется.

Переживание болезни ставит перед человеком – возможно, впервые в жизни – глубокие духовные вопросы о самоидентичности, смысле жизни, страданиях, неизбежности смерти. Без поддержки квалифицированного психолога или духовной помощи пациент может впасть в отчаяние и безнадежность, что лишь ускорит рост опухоли. Например, исследователи университета Иллинойса в США установили: чем интенсивней стресс, переживаемый женщинами с впервые установленным диагнозом рака молочной железы, с ключевыми эмоциями страха, изоляции и тревоги, тем агрессивней протекает заболевание.

Психотравмы операции и стандартного медицинского лечения чаще всего становятся дополнительными дистрессами, истощающими и без того слабые защитные ресурсы организма. Химиотерапия «добывает» иммунную систему. Возникают метастазы. Психодуховный кризис углубляется, зачастую ускоряя прогресс заболевания.

VII. Исход и последствия онкозаболевания

Высокий уровень дистресса у больных может сохраняться до 15 месяцев после выявления рака. Это осложняет лечение, влечет за собой психические нарушения, углубляет депрессию и сокращает ремиссию. Если к концу первого года заболевания у пациента наблюдается выраженная безнадежность, то даже несмотря на положительный медицинский прогноз, он имеет слабые шансы на выживание.

Дистресс диагноза и лечения, утрата надежды и воли к жизни, отсутствие антистрессовой и глубинной психотерапевтической помощи способствуют прогрессированию болезни, невзирая на антиопухолевую терапию. Поэтому больные могут умирать даже не от осложнений рака, а из-за психогенного синдрома

«дезинтеграции мозга» с дисбалансом основных систем организма – например, сердечно-сосудистой, где развивается смертельная аритмия. Почему так происходит?

Угрожающий диагноз может стимулировать в подсознании человека глубинные общественные, «архетипичные» установки: онкология – неизбежная смерть. Такое убеждение – катастрофа для выживания. Даже при относительно благоприятном прогнозе ряд больных обрекают себя на смерть, как бы разрешая себе умереть. Они следуют своему убеждению, что рак неизлечим. По данным японских ученых, порядка 80% онкологических больных умирают вследствие психологической капитуляции перед болезнью. Это явление называют *психогенной смертью*.

Другие, более сильные личности, достигшие состояния ремиссии, в этот период—часто страдают от целого набора психологических нарушений, в том числе депрессии и пост-травматического стрессового расстройства. Эти осложнения накладываются на весь тот накопленный «букет» дистрессов, о которых мы говорили выше.

Оперативное, химиотерапевтическое и радиологическое воздействия на опухоль затрагивает только верхушку айсберга под названием рак. Поэтому—стандартное лечение – лишь первый шаг в борьбе за выживание и возвращение здоровья. Однако многие пациенты, выписавшись из больницы, остаются наедине со своим страхом перед раком, – не зная, что им делать, не получая специализированной психологической помощи, напряженно ожидая возвращения болезни.

Поскольку большинство больных не подозревают о своих неадаптивных психологических особенностях («типе личности С»), они ничего и не предпринимают для того, чтобы измениться. Люди чаще всего возвращаются к привычному онкогенному образу жизни, не избавляются от груза непроработанных и неизлеченных исходных психологических травм и конфликтов. Сохраняется высокий уровень хронического стресса. Способы реагирования на новые

жизненные проблемы остаются такими же разрушительными для здоровья. Пациенты не обучаются новым стратегиям поведения, не извлекают урока из первого столкновения с болезнью. Все это сокращает период ремиссии и способствует рецидиву болезни, который часто возникает вследствие очередной жизненной проблемы.

Но бывает и иной исход. Определенное количество больных претерпевают значительную *психологическую и духовную трансформацию*. Она становится мощным источником внутренних целительных сил. Изредка подобная трансформация может исцелять человека даже без медицинского лечения – эти случаи называют *спонтанной ремиссией* или *спонтанной регрессией* опухолей.

У других пациентов положительные психологические изменения наступают в процессе терапии или после нее. Такой *пост-травматический рост* помогает человеку обрести новый способ жизни, вместо возвращения в прежний «застой». Болезнь превращается в трамплин для глубокого самосовершенствования, изменения сознания. Речь о появлении новых смыслов, повышении оптимизма и выносливости, осмыслении ценности жизни, трансформации приоритетов, ощущении возрастания своей силы, укреплении межличностных отношений, усилении духовной и экзистенциальной составляющих жизни.

Именно поэтому некоторые онкобольные, достигшие ремиссии заболевания, благодарят судьбу за такое испытание – иначе они бы не изменились. Известная американская актриса Шэрон Осборн говорила, что рак – это лучшее, что с ней произошло, ведь болезнь позитивно изменила ее жизнь. А одна из моих первых онкопациенток Анна З., в процессе психотерапии сказала: «Теперь я осознала тот подарок и урок, который рак принес в мою жизнь».

Да, потеря смысла жизни порой приводит к онкологическому заболеванию. Но прохождение через болезнь может стать путем, позволяющим этот смысл обрести. Онкопсихолог

Лоренс ЛеШан пишет, что свобода и радость-самореализации становятся могучим лекарством, тормозящим или даже обращающим вспять онкологическую болезнь. Его коллега Берни Сигл убежден, что «разрешение конфликтов, осознание подлинного я, духовная пронизательность и проявление любви высвобождают невероятную энергию, способствующую биохимии лечения».

Таких перемен можно достигать с помощью психотерапевтических техник, в особенности разработанных экзистенциально-гуманистической психологией и трансперсональной психотерапией. Эффективны и специальные программы личностного и духовного роста, например, основанные на обучении медитации осознанности. Интегративный подход использует в различных сочетаниях релаксацию, самогипноз, аутотренинг, арт-терапию, биологическую обратную связь, телесно-ориентированную терапию и направляемую визуализацию. Также дают результат методы музыкальной терапии, психофизические практики из йоги и цигун, физические упражнения, специальные диеты т.д. Эпигенетика и психонейроиммунология доказали, что перечисленные практики – не просто «приятное времяпровождение», отвлекающее от мыслей о болезни. Это реальные способы улучшить здоровье, действующие на уровне генетического аппарата.

Основная задача онкопсихолога или психотерапевта в подобных программах – помочь пациенту преодолеть душевный кризис и авитальные переживания, создавшие онкодоминанту. Для этого вместе с больным нужно по достоинству оценить прежние смыслы его жизни и отыскать новый смысл, раскрыть дремлющие таланты. Это и станет источником борьбы за жизнь. Известный психотерапевт Арнольд Минделл сказал: «Самые ужасные симптомы являются зачастую вашей величайшей мечтой, которая рвется на свободу». Понимание смысла и цели борьбы возрождают надежду на исцеление, способствуют духовной трансформации больного. Тогда в организме запускаются активные

исцеляющие процессы – в частности, стимулируется иммунная система.

Заключение

Как мы убедились, исход заболевания, как и его возникновение, зависят от состояния ума пациента, уровня духовного развития и его способности управлять стрессами.

Несмотря на новые научные данные, в том числе приведенные в этой книге, ортодоксальная медицина все еще рассматривает рак слишком однобоко – с позиций воздействия на «сломанное звено» организма. Однако пора уже осознать, что «таблетку от рака» изобрести невозможно, так как ни одно лекарство не в силах изменить содержимое нашего ума. Лекарства могут лишь притормозить развитие болезни. Без кардинальных личностных и духовных перемен недуг чаще всего возвращается.

Новых знаний уже достаточно для изменения подхода ко всем, в том числе и онкологическим заболеваниям. Нет смысла разделять болезни на «психо-» и «соматические». Диатез-стрессовая модель патологии подкреплена множеством исследований. Пришло время признать: *любая болезнь человека – прежде всего психосоциальная проблема.*

Эпигенетика, психонейроиммунология и психонейроэндокринология, эффекты плацебо и гипноза, достижения квантовой физики убедительно доказали способность нашего ума изменять состояние и функции тела на физиологическом и генетическом уровнях. Это убедительно продемонстрировало приоритет сознания над материей.

В этой книге рассмотрены сотни исследований, и все они подтверждают: именно наше субъективное восприятие происходящего, – то, что мы о нем думаем, и то, насколько эмоционально окрашены наши мысли, – влияет на регуляцию различных генов и наше здоровье. Поэтому если больной думает и верит, что рак – это смерть, его организм послушается этой «команды». Если же человек уверен, что способен

исцелиться, то так и произойдет. Почему? Потому что наш ум, как давно доказал буддизм – это «Царь Всетворящий». Тибетский наставник Лама Сопа Ринпоче разъясняет, что «Причина болезни — явление внутреннее, она — в уме, или, выражаясь иными словами, она — ум».

Достояние древних и современных наук убеждает: именно наш разум создает нашу реальность, а значит, наше тело и здоровье. Для онкобольных это послание колоссальной важности. Это послание о том, что каждый из них изначально владеет совершенным инструментом для изменения физической реальности своего тела.

Однако этот инструмент – ум – с детства настраивался неправильно, а жизненные испытания снизили его эффективность. Но этот инструмент не сломан! Нужно только понять принципы его функционирования, наладить с помощью специалистов и обучиться правильно им пользоваться. Гармонизированный ум, в свою очередь, приведет в гармонию мозг, наш «центральный процессор». Тогда он сможет активировать механизмы саморегуляции организма. Это ведет к устойчивой ремиссии и даже к полному исцелению.

Подведу итог словами пионеров психоонкологии Карла и Стефании Саймонтон: «Понять, насколько сильно вы можете воздействовать на свое здоровье и на свою болезнь — первый и главный шаг к выздоровлению. Для многих наших пациентов он оказался решающим. Возможно, он станет таким и для вас».

Оглавление

Предисловие	11
Часть I. СТРЕСС, ПСИХОСОМАТИКА И ОНКОПСИХОЛОГИЯ	21
Глава 1. История развития онкопсихологии	23
1.1. Зарубежные наблюдения	23
1.2. Отечественные наблюдения	26
1.3. «Парадокс» онкологии	29
1.4. Клиническое развитие онкопсихологии	31
1.5. Духовное измерение интегративной медицины и онкологии	34
1.6. Онкопсихология на постсоветском пространстве	37
Глава 2. Рак – психосоматическое заболевание?	39
2.1. Основные психологические механизмы соматических заболеваний	39
2.2. Биопсихосоциодуховные характеристики психосоматических больных	43
2.3. Биомедицинская модель происхождения и развития онкологических заболеваний	46
2.4. Концепция биопсихосоциодуховного происхождения рака ...	49
Глава 3. Стресс: острый, хронический, онкогенный	51
3.1. Психофизиология острого стресса и дистресса	51
3.2. Хронический стресс, эмоции и здоровье	57
3.2.1. Хронический стресс – эпидемия XXI века	58
3.2.2. Эмоциональные механизмы хронического стресса	61
3.2.3. Иммунная система – главная «жертва» хронического стресса	62
3.2.4. Ум – создатель стресса	68
3.3. Онкогенный дистресс	71
Часть II. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАКУ: НАРУШЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	75
Глава 4. Диатез-стрессовая модель заболеваний	78
Глава 5. Роль наследственности	82
Глава 6. Период беременности (пренатальный)	88
Глава 7. Процесс родов	93
Глава 8. Послеродовый период (постнатальный)	96
8.1. Роль нарушений родительско-детских отношений в патологии	98

8.2. Нарушения привязанности и алекситимия	103
8.3. Как родители создают ограничивающие убеждения и искаженный образ «Я» ребенка	104
8.4. Физиологические и эпигенетические механизмы нарушений привязанности, создающие психосоматическую готовность	106
8.5. Психотравмы и нарушения привязанности в детстве, способствующие развитию рака во взрослом возрасте	109
8.6. Психологические причины детской онкологии	114
8.6.1. Психотравмирующие события детства и личностные черты ребенка	114
8.6.2. Механизмы формирования онкологических заболеваний в раннем возрасте	117
Глава 9. Специфические особенности онкологической личности ...	121
9.1. Основные типы психосоматических личностей	122
9.2. Тип личности «С»	124
Заключение	132
Часть III. ФАКТОРЫ ПРОВОКАЦИИ: НЕРАЗРЕШИВШАЯСЯ ПСИХОТРАВМА ИЛИ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ	139
Глава 10. Острая психотравма как триггер хронического стресса и ее связь с раком	146
10.1. Механизмы острой психотравмы	146
10.2. Первичный рак: друг или враг? Теория доктора Хамера ..	149
10.3. Дальнейшая судьба первичной опухоли	151
Глава 11. Хроническая онкогенная психотравма: механизмы формирования	157
11.1. Неразрешающийся конфликт: нереализованные потребности	160
11.1.1. Источники внутриличностного конфликта	160
11.1.2. Неудовлетворенные потребности – путь к болезням	163
11.1.2.1. Биологические потребности и потребности в безопасности	164
11.1.2.2. Потребность в любви и принадлежности, вплоть до пренебрежения собой (мазохизм)	164
11.1.2.3. Потребность в уважении и признании и детское, зависимое поведение	172
11.1.2.4. Потребность в самореализации и патологическая подчиненность	178
11.2. Ложная личность и экзистенциальный вакуум как основа конфликта самореализации	187
11.2.1. Негармоничное детство формирует ложную личность	188
11.2.2. У ложной личности – ложное счастье?	191
11.3. Самотрансценденция как высший смысл жизни	197
11.4. Смысл жизни, духовность, здоровье и рак	201

Глава 12. Эмоциональные механизмы неразрешившегося конфликта и психотравмы: тревога, страх, гнев и агрессия	206
12.1. Как подавленная агрессия трансформируется в дистресс	211
12.1.1. Аутоагрессия: чувство вины, самокритика, нелюбовь к себе	215
12.1.1.1. Неконструктивное чувство вины онкобольных ..	217
12.1.1.2. Чувство вины разрушает самооценку и принятие себя	221
12.1.1.3. Целительная сила прощения	225
12.1.2. Экзоагрессия (во внешний мир): обида и непощение	227
12.2. Негативные эмоции и их избегание: ключевое звено	234
12.2.1. Защитные механизмы психики	234
12.2.2. Отрицательные эмоции и рак	236
12.2.3. Другие типы неэффективных психологических защит	240
12.3. Как эмоции определяют «выбор» раком органа-мишени ..	245
12.4. Варианты развития внутриличностного конфликта: психика или тело? Шизофрения или рак?	248
Заключение	254
Часть IV. ПРЕДРАКОВОЕ СОСТОЯНИЕ	257
Глава 13. Беспомощность и безнадежность	260
13.1. Когда все попытки тщетны.....	260
13.2. Приобретенная беспомощность	262
Глава 14. Депрессия, явная или скрытая	267
14.1. Корни депрессии – в детстве.....	269
14.2. Депрессия и рак	271
14.3. Разгадка – скрытая (подпороговая) депрессия?	273
14.4. Сходство биологических механизмов развития хронического стресса и депрессии	277
Заключение	279
Часть V. ИНИЦИАЛИЗАЦИЯ: УТРАТА ВОЛИ К ЖИЗНИ И НЕОСОЗНАННОЕ САМОУБИЙСТВО	281
Глава 15. Объект первостепенной важности как доминанта жизненной цели	284
Глава 16. Доминанта самоуничтожения	288
Глава 17. «Суицидная» и «онкологическая» личности: что общего?	293
17.1. Сходные биологические механизмы	300
17.2. Подтверждающие наблюдения других авторов	302
17.3. Манифест авитальных переживаний: рак или суицид?	304
Глава 18. Духовно-экзистенциальный кризис как основа саморазрушения	307

Глава 19. Биологические механизмы инициализации рака и их взаимосвязь с хроническим стрессом и онкодоминантой	312
19.1. Основные гормоны стресса и рак	312
19.1.1. Катехоламины	312
19.1.2. Глюкокортикоиды	313
19.2. Другие гормоны, участвующие в механизмах хронического стресса	315
19.3. Иммунная система	320
19.3.1. Воспалительный процесс	322
19.4. Окислительный внутриклеточный стресс	325
19.5. Мутации и нарушения регуляции генов	326
19.5.1. Онкогены и онкобелки	328
19.5.2. Антионкогены и антионкобелки	330
19.5.3. Повреждение и восстановление ДНК	331
19.5.4. Нарушения на уровне хромосом	333
Глава 20. При каких условиях опасны канцерогены?	336
20.1. Физико-химические канцерогены	337
20.2. Биологические канцерогены – онковирусы	338
Глава 21. Почему старение – фактор особого риска рака?	341
21.1. Общие эпигенетические механизмы стресса, старения и рака	344
21.2. Способ реагирования на стрессы определяет здоровье в старости	347
Заключение	350
Часть VI. РАЗВИТИЕ ИЛИ РЕГРЕССИЯ ОПУХОЛИ? ПРОМОЦИЯ И ПРОГРЕССИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ АКТИВАЦИИ ДИСТРЕССА ..	355
Глава 22. Феномен самопроизвольного торможения роста и деградации опухолей	359
Глава 23. Активация болезни и метастазирование под влиянием хронического стресса	363
23.1. Ангиогенез	363
23.2. Апоптоз и апоптоз	365
23.3. Метастазирование	366
Глава 24. Психотравма диагноза: нарастание дистресса и прогрессия заболевания	369
Глава 25. Углубление духовно-экзистенциального кризиса	373
Глава 26. Стресс и осложнения, связанные с медицинским вмешательством	376
26.1. Хирургическое вмешательство	377
26.2. Химио- и радиотерапия	379
Глава 27. Психологические факторы, влияющие на эффективность лечения	382
Заключение	385
А. Фармакотерапия стресса онкобольных	386
Б. Психотерапия стресса	389

В. Рекомендации	391
Часть VII. ИСХОД И ПОСЛЕДСТВИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ	393
Глава 28. Психогенная смерть	397
Глава 29. Психические нарушения и выживание больных	401
29.1. Пост-травматическое стрессовое расстройство	402
29.2. Углубление исходной или появление вторичной депрессии	405
Глава 30. Рецидив как следствие сохраняющегося стресса	407
Глава 31. Пост-травматический рост – источник ремиссии	413
31.1. Рак как «кнопка перезагрузки» жизни	414
31.2. Пост-травматический стресс или пост-травматический рост?	420
31.3. Пост-травматический рост ведет к постижению смысла жизни и улучшению здоровья	424
Глава 32. Пути достижения пост-травматического роста	430
32.1. Помощь специалистов в обретении пост-травматического роста	430
32.2. Самопознание – путь к спонтанному пост-травматическому росту	434
32.3. Осознанность и медитация как способы трансформации личности и активации внутренних ресурсов	439
32.4. Важность интегративного, мультимодального подхода к терапии	443
Глава 33. Спонтанное исцеление: результат духовной трансформации?	446
33.1. Психодуховные механизмы спонтанной регрессии	446
33.2. Психотравмы и конфликты блокируют духовный рост и процесс исцеления	452
Заключение	456
ПОДВОДЯ ИТОГИ	459
А. «Дорожная карта» развития и течения онкозаболеваний	464
Б. Клинический пример: болезнь кинозвезды Одри Хепберн	466
В. Есть ли особые психологические факторы возникновения рака?	472
Г. Перспективы психоонкологии	472
Д. Профилактика онкологических и других тяжелых заболеваний	478
Е. И древнее, и современное знание утверждают: наш ум создает наш мир и здоровье!	483
Словарь терминов	489
Использованная литература	501
Об авторе	573
Приложение	574

Об авторе

Владислав Леонтьевич Матреницкий – врач-психотерапевт и терапевт, кандидат медицинских наук, специалист в области психосоматической медицины, психоонколог.

Выпускник Одесского медицинского института (1986 г.). Работал терапевтом в Киеве. Защитил диссертацию кандидата медицинских наук в НИИ геронтологии АМН СССР. Освоил психотерапию в Украинской национальной академии последиplomного медицинского образования им. П. Л. Шупика. Сертифицирован в качестве трансперсонального психотерапевта европейского регистра ассоциацией EUROTAS (Вена). Изучал онкопсихологию в Европейском центре К. Саймонтона.

Активный член международного общества психо-онкологии (IPOS). Соучредитель Европейской ассоциации трансперсональной психологии ЕТРА. Почетный член Международной научной ассоциации Цигун (г. Сиань, КНР). Много лет изучает альтернативную медицину, духовные практики (суфизм, буддизм), шаманское целительство, звукотерапию. Регулярно представляет свои исследования на международных конференциях по трансперсональной психологии.

Разработал авторскую диагностическую систему РЭПБМ (радиоэстетическая психобиометрия), информационно-резонансную психотерапию и систему мультимодальной интегративной психосоциальной терапии, реабилитации онкобольных и профилактики рецидивов онкозаболеваний АНТИРАК™. Основатель Киевского центра экспериментальной психоонкологии ЭКСПИО.

* * *



www.facebook.com/cancer.um.book/

Отзывы экспертов

Эту книгу нужно прочитать каждому онкологу и каждому онкобольному. Она проливает свет на те аспекты онкозаболеваний, которые практически неизвестны в нашей стране, и убедительно доказывают важность применения психотерапии в онкологии. Более того, книга помогает больным понять, что можно предпринять для улучшения здоровья после окончания курса традиционного специального лечения. Хочется надеяться, что публикация монографии даст импульс к развитию онкопсихологии в Украине.

В. В. Приймак, кандидат медицинских наук, хирург - онколог высшей категории.

Заведующий отделением опухолей органов брюшной полости и забрюшинного пространства Национального института рака, Киев

Представленная монография – пример глубокого анализа влияния психологических проблем на развитие онкологической патологии. Автор тщательно рассмотрел современные научные данные относительно одной из наиболее проблемных зон медицины. Он аргументированно показал, что в лечении онкологических заболеваний, кроме преобладающего в нашей стране хирургически-фармакологического подхода, необходимо обязательное участие психотерапевтов и психологов. «Канцерогенный ум» - это тот способ бытия, при котором онкопатология становится его закономерным результатом. Поэтому адекватная и своевременная психокоррекция может стать эффективным помощником пациента в противостоянии с жизнеопасным недугом.

Г. Я. Пилягина, доктор медицинских наук, профессор, психиатр, психотерапевт.

Заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев

Книга имеет четкую логику, содержит огромный массив информации из разных областей современной биомедицины. В то же время она написана достаточно простым языком, не перегружена терминами. Если же автору приходится обсуждать механизмы, обуславливающие сложные процессы в организме, он достаточно просто и доходчиво объясняет их. Поэтому книга может быть рекомендована не только для узкого круга специалистов, но и для людей, не имеющих специальной подготовки, но интересующихся изложенными в ней теоретическими и практическими вопросами.

А. М. Вайсерман, доктор медицинских наук, эпигенетик, молекулярный биолог.

Руководитель лаборатории эпигенетики института геронтологии Национальной академии медицинских наук Украины, Киев

Одно из направлений моей хирургической работы - реконструкция женской груди. Восстановление внешнего вида молочной железы, удаленной из-за онкологического заболевания - очень важная часть излечения. В качестве психологической реабилитации, эта операция позволяет женщине вернуться к полноценной жизни.

Книга «Канцерогенный Ум» именно об этом. Она позволяет здоровым людям предохранить себя от болезни, а онкологическим больным обрести уверенность в том, что будущее возможно. Знания, которые в ней содержатся, помогают найти путь к здоровью. Я буду рекомендовать эту книгу всем своим онкологическим пациенткам.

М. А. Мыльников, кандидат медицинских наук, врач высшей категории.

Главный врач и ведущий хирург клиники пластической хирургии "Моцарт", Одесса

* * *

Приобрести печатный или электронный вариант книги:

www.cancer-um.info

Приложение

Киевский центр психоонкологии ЭКСПИО
*Первое специализированное учреждение
психосоциальной онкологической помощи в Украине*

представляет программу
АНТИРАК™

*Мультимодальная интегративная психосоциальная терапия
Реабилитация онкобольных
Профилактика рецидивов онкозаболеваний*

Программа Антирак™ – это органичный синтез оригинальных авторских разработок специалистов центра и лучших зарубежных достижений в области онкопсихологии.

Задачи программы:

- Пробудить вашу Надежду на исцеление, взрастить Веру в себя, вернуть Любовь к жизни.
- Помочь вам понять, что рак имеет объяснимые и логичные причины, которые можно и нужно нейтрализовать.
- Деактивировать онкодоминанту – психонейрофизиологический источник болезни. В большинстве случаев после медицинского лечения он сохраняется.
- Не допустить рецидива рака, устранив скрытые психосоциальные факторы, лежащие в его основе.
- Научить вас психологически, эмоционально и практически, как раскрыть свои внутренние силы и развить стойкость, необходимые для совладания с болезнью.
- Трансформировать страх перед болезнью и смертью в энергию исцеления.
- Привести вас к пост-травматическому росту. Научить превращать опыт болезни в энергию для личностного и духовного развития.
- Помочь понять, кто вы есть на самом деле, о чем ваша «песня жизни», и как найти свой путь.
- Способствовать повышению качества вашей жизни.

- Содействовать в обретении большего контроля над обстоятельствами.
- Обеспечивать внимательный, чуткий, персональный подход к каждому больному.

Основа программы – авторские техники кандидата медицинских наук, психотерапевта и психоонколога В. Л. Матреницкого:

- Диагностическая методика РЭПБМ (радиоэстетическая психобиометрия). С помощью «дорожной карты» онкозаболеваний позволяет с высокой точностью определять спектр основных психотравм, внутриличностных конфликтов, ограничивающих убеждений и дезадаптивных моделей поведения пациента – всего того, что стало фундаментом его болезни. Дает возможность находить оптимальные способы их устранения и восстановления гармонии психики. Методика также помогает определить и скомпоновать наиболее эффективные для каждого пациента методы терапии и реабилитации.

- Информационно-резонансная психотерапия, при которой используются индивидуально подбираемые по системе АРЭПЧ информационные нозоды-матрицы для формирования у пациента особого режима функционирования мозга. Это создает специфическое состояние психики, облегчающее в ходе сеанса доступ пациента и терапевта к вытесненным и подавленным травматическим эмоциям и воспоминаниям, с целью их эффективной проработки и высвобождения заблокированной жизненной энергии.

- Психотерапевтическая методика «Исцеление жизни». Направлена на преодоление жизненного кризиса, нахождение нового смысла бытия и раскрытие потенциала пациента. Мы исходим из того, что все ресурсы и знания для гармоничной и здоровой жизни имеются в нашем подсознании. Но мало кто знает, как получить к ним доступ. Кроме того, увидеть этот потенциал мешают усвоенные в детстве ограничивающие установки и пережитые, но неизцеленные психотравмы и конфликты. Освободившись от этих препятствий и научившись слышать свою Сущность, человек по-новому

воспринимает мир и себя в нем. Так возникает гармония между внутренним и внешним миром, которая наполняет тело и возрождает здоровье.

Содержание программы:

1. Психологическое консультирование и онкопсихотерапия. Используемые методики: РЭПБМ, психологическое тестирование; "Исцеление жизни"; классическая и трансперсональная психотерапия (индивидуальная и групповая); гипнотерапия; сенсомоторный психосинтез В. В. Кучеренко, метод К. и С. Саймонтонов; метод МТТМ В. Е. Светоча, символическое моделирование Дэвида Гроува и другие.
2. Телесно-ориентированная терапия.
3. Арт-терапия.
4. Семейная терапия .
5. Консультирование и поддержка членов семьи больного.
6. Группа поддержки пациентов.
7. Самостоятельная работа пациентов на дому.
8. Метод анализа и регуляции информационных полей человека (АРЭПЧ) Йорга Бартеля.
9. Физические упражнения.
10. Энергетические практики: система цигун школы Чань-Ми-Гун.
11. Медитация осознанности.
12. Звукотерапия.
13. Рекомендации по питанию.

Такая комплексная программа позволяет достичь главных целей психоонкологии – привести пациента к пост-травматическому росту и оздоровлению. При этом повышается стрессоустойчивость и эмоциональная компетентность человека, изменяется отношение к себе и другим, пересматриваются жизненные ценности, улучшается качество жизни, появляются новая философия и смысл жизни. На телесном уровне активизируется иммунная система и противоопухолевая защита, увеличивается жизненная энергия, снижается вероятность рецидива болезни.

Программа построена по принципу четырехнедельного интенсива в формате индивидуальной и групповой терапии, по несколько часов в день 5 раз в неделю.

Дополнительная информация, расписание и запись в программу доступны на веб-сайте центра ЭКСПИО - www.antirak.org.

Ты не останешься наедине с болезнью!