

МЕДИЦИНА НАМЕРЕНИЯ:
ПРАКТИКА

КЭРОЛ А. УИЛСОН

ИСЦЕЛЯЮЩАЯ СИЛА БЕЗ МЕДИЦИНЫ

РУКОВОДСТВО
К ПРЕОДОЛЕНИЮ
ЖИЗНЕННЫХ
ПРЕПЯТСТВИЙ И
ВОЗВРАЩЕНИЮ
РАДОСТИ



Медицина намерения. Практика

Кэрол Уилсон

**Исцеляющая сила без медицины.
Руководство к преодолению
жизненных препятствий
и возвращению радости**

ИГ "Весь"

2009

Уилсон К. А.

Исцеляющая сила без медицины. Руководство к преодолению жизненных препятствий и возвращению радости / К. А. Уилсон — ИГ "Весь", 2009 — (Медицина намерения. Практика)

Признайтесь, вы чувствуете зависимость от докторов, лекарств по рецепту, пунктов первой помощи и госпитализаций? Наверняка, да. Но эта книга откроет вам секрет, как можно прожить без микстур и больниц. Кэрол Уилсон, доктор медицины и практикующий врач, попробовала объединить в своей работе некоторые восточные и западные методы целительства – и результаты превзошли ее ожидания! Тысячи пациентов получили «спонтанное» исцеление, опровергая утверждения врачей, что такое возможно лишь в 1 % случаев! В этой книге определены восемь препятствий на пути к исцелению и представлен разработанный автором план действий, базирующийся на пяти древних методиках целительства: осознание, медитация, рейки, ароматерапия с лечебными эфирными маслами и исцеление звуком. Автор уверена: если применять эти техники регулярно, то можно избежать любой болезни. Книга будет полезна специалистам в области медицины, а также всем, кто желает улучшить свое здоровье доступным и эффективным способом.

© Уилсон К. А., 2009

© ИГ "Весь", 2009

Содержание

Предисловие	6
Благодарность	9
Часть I. Пробуждение: тело-разум-дух	10
§ 01. Вступление	10
§ 02. Модели целительства: прошлое и настоящее	15
Декарт отделяет разум от тела	15
Врачебное немилосердие	16
Биопсихосоциальная модель	18
Образ жизни как образ смерти	19
Модель тела-разума-духа	21
Пренебрежение исцелением	21
Дорогостоящие медикаменты и хирургические операции	22
Врачебные ошибки	22
Кризис медицинского страхования	23
Опасность лекарств, отпускаемых без рецепта	24
Злоупотребление лекарствами, отпускаемыми по рецепту	24
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Кэрол А. Уилсон
Исцеляющая сила без медицины:
руководство к преодолению жизненных
препятствий и возвращению радости

*Эта книга написана во благо всех разумных существ – которых не
счесть – и во славу двух нездеиших звезд:*

Сисили Дайэн и Брекстона Пола

© Carol A. Wilson 2009

© ОАО «Издательская группа „Весь“», 2011

Предисловие

В юном возрасте я чувствовала зависимость от врачей, лекарств по рецепту, пунктов первой помощи и госпитализаций, сфокусированных скорее на симптомах, болезнях и критических ситуациях, нежели на профилактических мерах и исцелении. Жизненный опыт подтолкнул меня к получению медицинского образования, изучению психологии, супружеской и семейной терапии. Годы спустя это привело к изменению мировоззрения, охватившему восточную философию и интегрированные методики целительства, недооцененные на Западе. Как исследователя меня учили замечать пробелы в научной литературе. Эта зоркость послужила причиной начала новой, передовой работы, способной внести значительный вклад в существующую совокупность знаний, без повторного изобретения колеса или дублирования результатов предыдущих изысканий. Таким образом, моя работа в течение последних 25 лет и появление данной книги стали результатом осознания пробела в интеграции духовности с биологическими, психосоциальными и социальными параметрами в сфере здоровья, целительства и традиционной медицины. Я осознала очевидное отсутствие важного духовного аспекта целительства и помощи другим в исцелении. Моей задачей стало открытие и внедрение искусных методик и инструментов с целью минимизирования или устранения этого пробела.

Парадигма, в которой я рассматриваю здоровье и целительство, является, по моему определению, биопсихосоциально-духовной с основным акцентом на духовности. В своей научной карьере я стремилась найти более эффективные, этические и надежные способы помочь в исцелении другим людям. Однако мне известна критика, часто высказываемая в адрес ученых: «Профессора сидят в своей башне из слоновой кости и не имеют представления о реальном мире». Так же когда-то относились к индийским ученым (пундитах), занимавшимся изучением и толкованием священных индуистских книг и всех тонкостей мистического учения, но уделяли мало внимания практическому применению своей науки. Неудивительно, что вскоре я нырнула в океан «реального мира», приступив к непосредственной работе с людьми, жаждущими исцеления без медицины. В итоге я стала более искусным целителем. Я начала практиковать и преподавать методики традиционного, древнего врачевания, известные сейчас в США под общим названием «комплементарная и альтернативная медицина» (КАМ): обучение осознанию, глубокое дыхание, прогрессивная релаксация, визуализация, медитация, рейки, исцеление звуком и ароматерапия с лечебными эфирными маслами. Эти экономически эффективные методики обладают духовным компонентом и образуют мост между мудростью древнего Востока и философией Запада. По этой причине одни лишь научные изыскания – без основополагающей ориентации на духовность – стали для меня делом прошлого. Основным нашим наставником является опыт.

Как точно заметил Карл Юнг: «Не многие из моих пациентов исцеляются без ориентации на духовность» (Юнг, 1933). И, встретившись за свою жизнь с тысячами учеников и пациентов, я вынуждена согласиться с этими словами. В течение многих лет я собирала эпизодические наблюдения о том, почему люди исцеляются и не исцеляются, и была свидетелем множества случаев выздоровления, описанных греками как созо (духовное исцеление), иаомай (спонтанное исцеление) и терапево (исцеление за некий промежуток времени). Однако интеграция духовной сферы в западные модели и парадигмы здоровья и лечения всегда вызывала множество затруднений, поскольку нам свойственно избегать того, что мы не понимаем. Эта область чрезвычайно важна, однако она не поддается более-менее понятному определению, и тем паче не соответствует научным стандартам предсказуемости и воспроизводимости. Более того, являясь потребителями в мире мгновенного удовлетворения нужд, мы ищем в учебниках или на интернет-сайтах определения и ответы, глотая страницу за страницей и главу за главой в нетерпеливом ожидании мгновенного озарения. Однако за щелканьем мыши и шелестом

страниц мало кто осознает, какую огромную работу по развитию своих умений необходимо нам проделать для того, чтобы пробудить собственную способность к исцелению.

Во время своего недавнего паломничества в Непал, Бутан и Индию я побывала в Парпинге, находящемся приблизительно в сорока минутах езды к югу от Катманду. Паломничество включало в себя посещение святилищ, мест, посвященных определенному Будде, или мест, освященных присутствием великих йогов и мудрецов. Когда совпадают оба этих фактора, место становится мощным источником вдохновения для духовной практики и потому привлекает великих йогов и мудрецов, которые приезжают туда медитировать и углублять свое внутреннее духовное осознание, что приводит к освобождению и просветлению. Говорят, что за месяц в священном месте можно добиться такого прогресса, для которого в обычных условиях потребовался бы год.

Я прошла много, много ступеней, ведущих к Асура или Пещере Горакхнатха, где Падмасамбхава (приблизительно 730–810 гг.), также известный как гуру Ринпоче, Рожденный из Лотоса, постиг махамудру (обрел просветление). Мне посчастливилось попасть туда в десятый день лунного месяца, день рождения гуру. По обе стороны ступеней развевались молитвенные флаги зеленого, белого, желтого, синего и красного цветов, представляющих пять семей Будды (татхагат), и покрывали своими полотнищами деревья, трепеща под теплым ветерком и являя всему миру слова написанных на них молитв. Когда я, наконец, добралась до вершины холма, то увидела маленькую пещеру – место уединенной медитации гуру Ринпоче, обрамленную еще большим количеством молитвенных флагов. Внутри под монотонные песнопения медитировали монахи. Пламя масляных светильников словно приглашало присоединиться к ним, танцуя под ритм их напевов. Я удивилась, как им не душно от жара ламп в столь тесном пространстве. На внутренней стене каменной пещеры был виден отпечаток тела гуру Ринпоче, а на камне у выхода остался глубокий след его руки. В благоговении я присела и вложила ладонь в этот отпечаток, словно погрузив ее в поток вечности, соединивший меня со всеми, кто когда-либо прикасался к этому следу до меня и со всеми, кто сделает это после. Пребывая в этом потоке вечности, я осознала: все мы странствуем по этой жизни вместе. Я также поняла, почему более чем 1200 лет после того, как в VII веке гуру Ринпоче принес в Тибет буддизм, усердный труд этого просветленного существа продолжает приносить другим людям столь значительную, хотя и необъяснимую, пользу.

Меня ожидали и другие святые и наделенные мистической силой места в Бутане, где гуру Ринпоче оставил отпечатки своего тела и где он творил чудеса, демонстрируя свою власть над материей. Как объясняет в своей книге, вышедшей в 2002 году, «Guru Rinpoche: His Life and Times» («Гуру Ринпоче: Его жизнь и эпоха») Цангпо, гуру Ринпоче не был человеком, следовавшим по пути духовности к просветлению. Он был просветленным существом, появлявшимся в разных обликах, в том числе и под видом человека, идущего путем духовности с единственной целью помогать другим. В его глубоком и обширном учении заложена огромная сила. Например, силы одних лишь его слов хватило для того, чтобы освободить принцессу Мандараву, великую даkini¹ мудрости: «Пришло время понять, что отрицательные обстоятельства можно преобразовать в духовную силу и знания и извлечь пользу из этой истины. Используйте трудности и препятствия как путь» (Мандарава, 1998). Именно эти слова отозвались эхом в моем разуме и пронизали мое сердце. Именно эти слова вдохновили меня на создание данной книги. Да, я обнаружила, что препятствия – это не что иное, как возможности. Препятствия – это топливо для исцеления и изменения.

¹ В традиционной индуистской мифологии дакини – демонические существа женского пола, составляющие свиту богини Кали. Это злобные и вредоносные духи женского пола, которые пьют кровь младенцев, насылают на людей безумие, портят скот и причиняют множество бедствий. В учениях буддийских тантрических школ дакини – спутницы божеств. Несмотря на свой зачастую гневный или уродливый облик, считаются воплощениями женского начала и почитаются как защитницы стремящихся к Пробуждению и носительницы высшего знания. – *Здесь и далее примеч. ред.*

И хотя мы переживаем трудные и тяжелые времена, пришла пора вступить в небывалую эру пробуждения и развития сознания. Я питаю сильнейшее желание и надежду на то, что эта книга поможет как можно большему числу просветленных существ достичь исцеления за гранью известной нам медицины. Пробудившись, обретя сознание и силы, мы, быть может, получим возможность оставить в мире собственный скромный отпечаток руки – не только для самих себя, но, что более важно, для блага всех просветленных существ. И тогда мир, исцеляясь, превратится в сферу любви, доброты и сострадания, проистекающих из нашей всеобщей великой мудрости.

Кэрл А. Уилсон

День Будды Медицины, восьмой день одиннадцатого месяца года Земляной

Мыши

4 января 2009 года

Солт-Лейк-Сити, Юта, США

Благодарность

Низкий поклон моим наставникам дхармы: Его Святейшеству 17-му Гьялве Кармапе Тринле Тхайе Дордже, 14-му Шамару Ринпоче и ламе Оле Нидалу и покойной Ханне Нидал, ставшими первыми последователями Его Святейшества 16-го Гьялвы Кармапы Рангджунг Ригпе Дордже. Я особенно благодарна Ханне, напомнившей мне о том, что я должна писать книги. Я также признательна Мэгги Коссовски, преданному переводчику и личному помощнику покойного Лопон Цечу Ринпоче, организовавшей и контролировавшей мои паломничества в Непал, Индию и Бутан и обеспечившей мне множество передач от Лопон Цечу Ринпоче. Я свидетельствую свое почтение Его Святейшеству XIV Далай-ламе, Друпон Самтен Ринпоче, Кхенпо Чога Ринпоче и Тит Нат Хан, чьи учения обогатили мою жизнь.

Я выражаю любовь и благодарность моей дочери, Линдси Эрин Ларсен Майер за дизайн обложки этой книги. Спасибо, Линдси, за неустанную помощь в творческом и новаторском графическом оформлении моих многочисленных проектов последние десять лет.

В «O-Books» я хочу поблагодарить Джона Ханта, проявившего дальновидность в своем желании издать эту книгу, литературного редактора Элизабет Рэдди, дизайнера Стюарта Дэвиса и Тревора Гринфилда, отвечавших на все мои вопросы в процессе публикации.

И, наконец, я безмерно признательна моим ученикам, друзьям и родным, чья любовь, поддержка и исцеление послужили вдохновением для создания этой книги.

Часть I. Пробуждение: тело-разум-дух

§ 01. Вступление

Исцеление – дело времени, но иногда это еще и дело возможности.

Гиппократ

Эта книга включает в себя все то, что я именую биопсихосоциально-духовной парадигмой (тело-разум-дух), что лучше характеризует и усиливает духовность. Кроме того, в ней определены восемь препятствий на пути к исцелению и представлен план действий, в который входят пять древних методик целительства, ныне известные как комплементарная и альтернативная медицина (КАМ): осознание, медитация, исцеление звуком, рейки и ароматерапия с лечебными эфирными маслами. Для демонстрации успешного итога этого интегрированного подхода к целительству в книге представлены случаи из жизни, размышления, поэмы и более 45 воодушевляющих историй болезни от моих пациентов и учеников. Несмотря на широкую распространенность информации о том, что спонтанное исцеление происходит в 1 проценте случаев, а более долгая продолжительность жизни встречается в 3 процентах случаев, на примере моих студентов я выяснила, что реальным процентным соотношением является 20 и 95 процентов.

Наряду с другими авторами я тоже сообщаю тревожные факты о трудностях, с которыми мы сталкиваемся в целительстве – тем самым повторяя звучавшие ранее мудрые голоса пробужденных и просветленных. Однако я делаю шаг, переходя от тревожного звонка к пробуждению возможностей личности. Я предлагаю техники и инструменты, позволяющие нам взять в свои руки власть над собственной «целостной» жизнью и не зависеть более от других. Эти средства интегрированы в то, что может показаться пальбой наугад, но эта реакция объясняется скрытым редукционизмом, все еще пронизывающим нашу психику в результате отделения разума от тела, что впервые заметил Декарт в XVII веке. С тех пор мы продолжаем все больше расчленять «целостную» человеческую сущность, низводя себя до уровня традиционных лекарственных средств, исключаяющих наиважнейшую составляющую исцеления – наш неразрушимый, не имеющий ни истока, ни исхода дух или первичное сознание, ясный свет и радость – чья сущность подобна вселенной. Лао-цзы (1997) сказал:

При разделении целого частям нужно дать имена.

В мире уже достаточно имен.

Необходимо знать, когда остановиться.

Это знание предотвращает неприятности.

Дао подобно реке, возвращающейся домой, в море.

Становясь свидетелем чьих-то страданий, я часто слышу слова: «Мне нужна надежда». Однако желать надежды, когда ее, кажется, нет, означает попытки уцепиться за ориентированное на будущее не абстрактное положение извне. Например, если человек заблудился в горах во время бури, и его снедают страх и отчаяние, можем ли мы посоветовать ему обрести надежду? Или мы посоветуем этому человеку прямо сейчас, в переломный момент между жизнью и смертью, подключиться к своей внутренней силе, смело посмотреть в глаза страху и отчаянию и преобразовать эти пораженческие эмоции в бесстрашие? С точки зрения абсолюта, мы можем *пребывать* в любой жизненной ситуации, не цепляясь за эмоции, поступая подобно великому тибетскому йогу Миларепе, сказавшему: «Я забыл думать о надежде и страхе». Однако,

поскольку большинство из нас не достигли такого уровня дисциплины и осознания, чтобы вытащить себя из трясины, нам нужно за что-то ухватиться, когда почва уходит из-под ног.

Результаты исследований Университета Джона Хопкинса говорят о том, что между 1999 и 2005 годами количество самоубийств, совершаемых белыми американцами среднего возраста, увеличилось на 7 процентов, тогда как обычно эта группа населения не подвержена суицидам (Ху, Уилкоккс и Уиссоу, 2008). Предположительно, это число продолжит увеличиваться, особенно в течение опасного периода экономического кризиса, непомерно высоких цен на здравоохранение, растущей безработицы, отчуждения домов за долги и потери вкладов и пожизненных пенсионных накоплений. Американская психологическая ассоциация, проведя исследование 2529 человек, сообщает о том, что 61 процент испытуемых беспокоится о своем здоровье, а 59 процентов тревожатся об экономической ситуации, что служит серьезной причиной стресса (АПА, 2008). Лишь один из восьми онкологических больных располагает достаточными средствами, чтобы позволить себе традиционное медицинское лечение, и многие из них не исцеляются и даже не ощущают улучшения состояния здоровья. Эта мрачная статистика находится среди многочисленных доказательств того, что нам срочно необходимо вооружиться умениями, которые способствуют исцелению без медицины.

Воодушевляет тот факт, что Управление комплементарной и альтернативной медицины и Национальный центр комплементарной и альтернативной медицины (НЦКАМ) появились в результате общественного требования о признании и интеграции КАМ, а также то, что это требование отражено сейчас во всех основных СМИ. Например, 24 июня 2009 года новости MSNBC сообщили о том, что 83 процента американцев тревожит реформа здравоохранения, а 30 июня 2009 года новости CNN представили сюжет «Взгляд за пределы кабинета врача: все больше людей обращаются к альтернативной медицине». Однако представители сферы здравоохранения до сих пор привержены скорее упрощенному, нежели холистическому и духовному восприятию пациента, и, как правило, не рассматривают КАМ как жизнеспособную альтернативу для своих подопечных. В исследовании раковых больных было обнаружено, что до 75 процентов пациентов никогда не обсуждают КАМ со своим лечащим врачом. Однако результаты опросов говорят о том, что для пациентов важно принятие КАМ их врачом, и они предпочитают, чтобы медики и агенты медицинского страхования более активно поддерживали и информировали пациентов о возможностях использования этих форм терапии. Общее отношение участников исследования можно выразить так: «Когда ваша болезнь угрожает жизни, вы не можете позволить себе отвергать какую-то форму лечения» (Вуковик и Вик, 1999). Кроме того, перед НЦКАМ стоит проблема исследования и описания духовности, являющейся неотъемлемой составляющей комплементарной и альтернативной медицины.

* * *

Невролог сообщил Трой: «У вас ALS, или болезнь Лу Герига. Вы можете прожить пару лет, а потом из-за паралича перестанете дышать». Абсолютно потерянный, Трой забрел в маленькую комнатку в больнице, где на протяжении следующих трех часов он смог спокойно выплакаться. Ему казалось, что стены и потолок смыкаются над ним, закрывая его в ловушке – без возможности выбраться, без надежды, оставляя лишь всеобъемлющий страх и отчаяние. Врач сообщил ему о двух вариантах: 1) скорая смерть, или 2) дорогое экспериментальное лечение, стоимостью приблизительно в 1000 долларов, которое отсрочит его кончину на пять месяцев. Трой не помнит, как нашел дорогу домой; однако перенесенный им диагностический шок и его последствия ухудшили симптомы настолько, что на следующий день Трой не смог встать с постели. Он лежал неподвижно и думал, как сообщить свой смертный приговор близким. Наибольшее отчаяние вызывало осознание того, что традиционная медицина ничем не в силах ему помочь. И тогда, в темноте тех мгновений, когда ему некуда было бежать и негде было

скрыться, перед ним предстало мудрое учение о страхе, что учит нас мужеству. Он услышал шепот, доносящийся из неведомых глубин его существа: «Тебе нужно что-то сделать». Трой позвонил мне и пару дней спустя перешагнул мой порог. Он сделал именно то, о чем Лао-цзы сказал: «Путь в тысячи миль начинается с одного шага».

Трой стал одним из моих учеников и принял методы осознания, медитации, рейки и лечения звуком, что привело его к духовному исцелению. Почти два года спустя его болезнь лишь медленно прогрессирует, но он пребывает в состоянии удивительного умиротворения, радости и благодарности, ощущая единение с вселенной – вариант, который традиционная медицина не могла ему предложить.

* * *

Трой принадлежит к растущей группе людей, выбирающих исцеление без медицины, поскольку все, что им остается в противном случае – это сдаться или умереть в страхе и отчаянии. Врачи обрекают их на то, что считают предсказуемым итогом, основываясь на своей ограниченной статистике и мировоззрении. Согласно моему опыту, этот ожидаемый финал вовсе не является предсказуемым. Меня огорчает, когда я вижу, как люди продолжают страдать из-за того, что им не пришло в голову искать альтернативы, из-за того, что они не осознают собственную способность исцелиться на биологическом, психологическом, социальном и/или духовном уровнях. Кто убедил этих людей в том, что полагаться следует лишь на некие внешние силы – например, ученых исследователей, – которые, «будем надеяться», придут на помощь и найдут лекарство от их болезни? Ответственно ли наше общество за это смещение надежды? По моему мнению, это примерно то же самое, что верить в лотерейный выигрыш.

* * *

У Дот обнаружили лимфому Ходжкина IV степени, злокачественное заболевание лимфоидной ткани. Врач сказал ей: «Вероятность того, что вы проживете еще пару лет, меньше 1 процента». И хотя большинство людей сдались бы и умерли, Дот не стала одной из них. После того, как я дистанционно направила на нее энергию рейки и послала ей CD с исцеляющими звуками, она посетила одно из моих занятий по рейки первой степени. Два месяца спустя она перешла на вторую степень рейки и однажды вошла в класс, радостная, со словами: «Нет признаков болезни!!!» Прошло уже семь лет, и я продолжаю получать от нее известия о том, что болезнь не проявляется. Изумленный врач сказал, что ее боевой дух превзошел даже спортивный настрой его любимой футбольной команды.

* * *

У Сэнди был рак груди IV степени с метастазами. Врач посоветовал ей подготовиться к отправлению в хоспис, но, страдая от мучительной боли, Сэнди решила записаться на мое занятие рейки первой степени вместе со своим сыном, который также хотел научиться облегчать страдания умирающей. В конце занятия она сказала: «Я исцелилась. Вернулась ли я к жизни или умерла, но я исцелилась». В тот день с ней произошло спонтанное исцеление, и восемь лет спустя она жива и свободна от рака.

* * *

Кэти, матери-одиночке тридцати с лишним лет, тоже был поставлен диагноз рак груди IV степени с метастазами в костях. Она обратилась за консультацией к специалистам трех ведущих онкологических клиник США. В результате ей сообщили, что без хирургического вмешательства, лучевой и химиотерапии жить ей осталось меньше 6 недель. Кэти спросила одного из онкологов, будет ли он работать с ней, если она станет сочетать традиционное лечение с альтернативной медициной. Врач ответил: «Нет, мы исследовательский институт, финансируемый фармацевтическими компаниями. Если я нарушу протокол исследования, я не смогу здесь работать. Комплементарная и альтернативная медицина исказят начальные данные». Кэти открыла рот: «Вы хотите сказать, я всего лишь начальные данные?» Несмотря на ощущение того, что она тонет в пучине ужаса, Кэти храбро отказалась от операции, химии и облучения, и вместо этого решила увеличить свою духовную силу при помощи рейки, исцеления звуком, медитации, позитивных аффирмаций и агрессивной гомеопатии. Два года спустя она полна сил и свободна от рака.

* * *

Кери, молодая женщина двадцати лет, с диагнозом лимфома IV степени, подверглась хирургическому удалению желчного пузыря и лимфатических узлов в правой руке и лучевой терапии. Этот агрессивный курс лечения не остановил быстрое развитие рака. Согласно прогнозам жить ей оставалось не больше года. Кери обратилась ко мне за индивидуальными сеансами, а также записалась на мои занятия по осознанию и медитации, благодаря которым смогла понять, что тревога о будущем пагубно влияет на ее способность к исцелению. Она также прошла обучение ароматерапии и освоила рейки первой и второй степеней, испытала благотворное воздействие лавандового масла и приняла участие в групповых занятиях по исцелению. Сегодня она не только освободилась от рака, но и избавилась от опухания правой руки – последствия хирургического удаления лимфатических узлов. Оно исчезло само, что, по мнению ее лечащего врача, было абсолютно невозможным.

Совершенно необходимо уйти от парадигмы традиционной медицины, игнорирующей духовность или относящейся к ней пренебрежительно, и разработать способ интеграции экономических методик древнего целительства – называемых на Западе КАМ. Такой путь демонстрирует положительное воздействие на здоровье и исцеление без ятрогенных последствий. Но сильнее потребности в КАМ является потребность в большей интеграции духовности в процесс выздоровления, открывающей перед нами просторы микрокосма, лежащего за пределами интеллектуальных знаний и наполненного глубоким осознанием, размышлениями, ощущениями и пониманием. Без этого исцеление невозможно. Духовное осознание – это наше право первородства и врожденная природа, и вполне разумно заручиться методиками и способностями, которые помогут нам в этом осознании.

При ориентации на духовность как основу биопсихосоциально-духовной парадигмы страх может быть преобразован в бесстрашие и отвагу, а отчаяние может быть превращено в умиротворенное приятие. По мере нашего продвижения в направлении исцеления осознанность возвращает нас к глубокому внутреннему пониманию. Медитация позволяет нам успокоить и усадить в клетку вертлявую обезьянку. Обезьянка олицетворяет непрестанное бормотание нашего разума, которое я называю «нераспознанной зависимостью». Оно концентрирует наши навязчивые мысли на страданиях прошлого или беспокойстве о будущем. «Ваши мысли подобны погонщику верблюдов, а вы – верблюд и идете туда, куда гонят вас удары палки», – сказал Руми. Ничто так не подрывает наше здоровье и попытки исцелиться. Тренированный и

дисциплинированный разум позволяет избавиться от навязчивых негативных сюжетов, подобных беговой дорожке, удерживающей нас в состоянии пессимизма и доводящей до изнурения. Лишь спокойный и собранный разум в состоянии достичь океанских глубин, укрывшись там от бурных волн и шторма, царящих на поверхности. На этой глубине наша способность чувствовать переходит в состояние покоя и единственными активными проявлениями разума (изначального осознания или пространства) становятся осознание, ясность и радость. И вероятнее обрести радость в восточном образе бытия, чем в западном образе действий.

Когда разум спокоен и дисциплинирован, нашей опорой становится скала, а не песок, и мы обретаем возможность сделать восемь шагов к исцелению: 1) трансформировать свой страх; 2) освободиться от негативного образа мыслей; 3) взглянуть на боль, болезнь и страдание как на своего учителя; 4) понять закон причины и следствия; 5) стать человеком, которым мы хотим быть; 6) поверить в то, что мы делаем; 7) развить сострадание к себе и другим; 8) с упорством приступить к реализации плана. Мы также можем интегрировать в свою жизнь и другие разновидности КАМ – такие как рейки, исцеление звуком и ароматерапию. Использование этих методик в течение всей жизни служит доказательством того, что здоровье и целостность *возможно* восстановить без ятрогенных или побочных действий и что мир, гармония и благодарность *могут* стать образом жизни.

§ 02. Модели целительства: прошлое и настоящее

Здоровье – это состояние полного физического, умственного, эмоционального и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или недомогания.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Повсюду в мире, включая культуру американских индейцев до прихода Колумба, медицине были свойственны глубоко укоренившиеся культуральные верования в связь тела, разума и духа. Древние изучали звезды и землю с благоговейным смирением и желанием участвовать в ритмах вселенной, слившись с ней воедино. Тогда не существовало разделения на объективные и субъективные истины – науку и религию. Лишь недавно Запад стал свидетелем растущего осознания и изменения мировосприятия, возвращающегося к древней и традиционной философии исцеления и развития тела-разума-духа. Однако перед нами по-прежнему стоит задача оценки, развития и интеграции духовных методик в нашу жизнь и, особенно, в традиционную медицину.

Декарт отделяет разум от тела

Можно поблагодарить Рене Декарта, который положил начало этой печальной эпохе, распространив в XVII веке утверждение о том, что разум и тело не связаны друг с другом. Его слова «Я мыслю, следовательно, я существую» неверны с философской точки зрения, поскольку способность мыслить не может пролить свет на конечную сущность или истинную природу человека. «Человеческий разум, как и воспринимаемый мир, который он познает, пребывает в постоянном изменении и не способен на какие-либо конечные результаты. Интеллектуальное удовлетворение не является конечной целью» (Йога-нанда, 2001, с. 427). Тем не менее, вознамерившись спасти ученых от вымирания под давлением церкви, Декарт разделил реальность на две части: то, что можно измерить, было отдано науке, а то, что не подлежит измерению, досталось церкви. К несчастью, это привело к глубоко укоренившемуся в Европе убеждению в дуалистической разрозненности разума и тела. Впоследствии, иммигрировав в Америку, европейцы принесли эту философию с собой, развив ее до такой степени, что отделение церкви от государства стало частью нашей конституции. «Разъединенность» разума и тела вплелась в нашу культуру и психику. Научный метод был провозглашен сутью познания. Появилась биомедицинская модель с упрощенной перспективой, сфокусированной на одноразрядных, однопричинных и односледственных моделях здоровья, болезни и страданий. Современная наука, с ее смещением в левое, аналитическое полушарие головного мозга, продолжает со скептицизмом относиться ко всему духовному, интуитивному и мистическому, что нельзя измерить согласно ее стандарту научного метода. Это отрицает обоснованность того, что священо. Сознание само по себе является субъективным.

Напротив, если мы вернемся во времена ведических мудрецов Индии, их поиски истины назывались брахмавидья, «высшая наука», дисциплина, сосредоточенная на содержании сознания. На практике это означает медитацию. Современный разум противится признанию научности медитации. Однако в страсти этих мудрецов к истине, в их поисках реальности как чего-то неизменного в любых условиях и с любых точек зрения, в их настойчивом стремлении к прямому наблюдению и систематическому эмпирическому методу мы находим сущность научного духа. Не будет ошибкой назвать брахмавидья рядом экспериментов – над разумом, посредством разума – с предсказуемыми, воспроизводимыми результатами. Конечно, путь мудрецов

«Упанишад»² отличался от пути современной науки. Они обращались не к внешнему миру, но к человеческим знаниям о внешнем мире. Они искали в содержании сознания инварианты и исключали все преходящее, как в конечном итоге не относящееся к реальности – так же, как ощущения, испытываемые во сне, оказываются нереальными при пробуждении. Их принципом было нети, нети атма: «Я не это, я не то». Они очищали личность, словно луковицу, слой за слоем, не обнаруживая ничего постоянного в массе ощущений, мыслей, эмоций, побуждений и воспоминаний, которые мы называем своим «Я». И в конечном итоге, после отделения всего индивидуального, оставалось лишь глубокое понимание: чистое сознание.

Мудрецы называли эту конечную основу личности атман, Высшее «Я». Если, как заметил Олдос Хаксли, наука – это «сокращение множественности к единству», ни одна цивилизация не была более научной. Со времен «Ригведы»³ индийские священные тексты пропитаны убежденностью во всеобъемлющем порядке (ритах), отраженном в каждой части всего целостного мира. В средневековой Европе осознание того, что не могут одни законы природы управлять землей, а другие – небом, привело к рождению классической физики. В подобном озарении ведическая Индия считала, что мир природы – не только физические явления, но и мысли и действия человека, – всецело подчиняется универсальному закону – дхарме... В наиболее широком понимании дхарма представляет собой основной закон жизни, гласящий, что все предметы и события – это части неделимого целого» (Дхаммапада, 2007, с. 19–20).

Мощное биомедицинское культуральное обусловливание Запада, основанное на заложенных Декартом научных стандартах, все еще довлеет над нашим обществом, что было отмечено Его Святейшеством Далай-ламой в интервью, данном психиатру Говарду К. Катлеру. Его Святейшество объяснил, что в некоторых случаях базовые послышки и параметры западной науки могут ограничивать способность чувствовать некоторые вещи, например, отпечатки прошлых жизней. Он также коснулся западного метода анализа, в силу своей склонности к рационализму предполагающего, будто всему можно найти логическое объяснение. Например, он встречался с докторами медицинской школы университета, которые обсуждали мозг, утверждая, что мысли и чувства являются результатом происходящих в нем различных химических реакций и изменений. Далай-лама спросил: «Возможно ли предположить обратную последовательность, где мысли запускают цепочку химических реакций в мозгу?» Их ответом было: «Мы отталкиваемся от того, что все мысли – это продукт или функция химических реакций в мозгу» (Далай-лама, 1998, с. 6). Невелика польза от врачей, не желающих открыть дверь в иные реальности и подвергнуть сомнению косность мышления. Именно по этой причине люди начинают осознавать, что их общие потребности в сфере здравоохранения остаются неудовлетворенными, ведь биомедицинские исследования не имеют достаточного влияния с гуманистической точки зрения.

Врачебное немилосердие

Несмотря на то, что взаимоотношения врача и пациента могут оказывать такое же, если не большее, влияние на положительный исход лечения, как техническое мастерство и физическое вмешательство, современные медицинские образовательные учреждения продолжают ставить эти знания гораздо выше навыков межличностного общения. В результате врачей часто критикуют за то, что они не находят времени, чтобы побеседовать со своими пациентами или выслушать их. Ирония заключается в том, что пациенты сами подталкивают их к этому, тре-

² *Упанишад*ы – древнеиндийские трактаты религиозно-философского характера. В них в основном обсуждается философия, медитация и природа Бога.

³ *Ригведа* (санскр. «веда гимнов») – собрание преимущественно религиозных гимнов, первый известный памятник индийской литературы. Ригведа была составлена, видимо, около 1700–1100 гг. до н. э.

буя, чтобы медики, опираясь на науку и технологию, быстро решали их вопросы, не выясняя скрытые причины, вызвавшие появление проблемы.

Чарака (Фроли и Ренейд, 2001) утверждал: «Врач, знающий болезнь, но не способный достичь внутренней сущности пациента, не добьется успеха в лечении». Однако, как большинство из нас испытали на собственном опыте, многие врачи встречаются с больными мимоходом, несмотря на то, что те ждут их в приемной часами. Я лично знакома с медиками, назначающими пациентам консультации в пятиминутные промежутки, а один из врачей в течение всей консультации никогда не поднимал глаз от моей карты. Это не дает возможности создать исцеляющую, духовную атмосферу, где пациент ощущает сострадание и заботу. И хотя я повидала буквально сотни студентов и пациентов, перенесших неудачное традиционное лечение, я могу по пальцам пересчитать истории о сострадательных врачах. Вместо этого я слышу рассказы о том, что последние ведут себя – главным образом, общаются с пациентами – холодно, безлико и очень далеки от сопереживания страданиям своих подопечных. Не могу не вспомнить слова Сесилия Сондерс, основательницы первого хосписа, когда она приехала в Соединенные Штаты и воскликнула, обращаясь к группе врачей: «Вы шайка жестоких варваров! Боль можно контролировать!»

Не раз, сидя за обеденным столом, мне приходилось слышать, как хирурги травят свои «байки из операционной». Я высказывала свои опасения относительно влияния, которое этот юмор оказывает на пациента, лежащего на операционном столе. И хотя хирурги заявляли, что шутки помогают им снять напряжение, я предлагала им гораздо более приемлемые варианты, такие как молитва, мантры или звуки целительной музыки. Нам уже известно, что «бессознательный» пациент, находясь под общим наркозом, может слышать каждое слово. Например, пациентка с раком недавно призналась в том, что она «сдалась» после хирургической операции. Женщина обратилась за помощью к психотерапевту для выяснения причин этого внезапного желания умереть. В состоянии гипноза она поведала, что ее хирург произнес во время операции следующие слова: «Если бы я не опекал эту женщину, она уже давно была бы мертва».

Неудивительно, что в адрес западных врачей все чаще звучат обвинения в недостаточном сострадании. Их воспринимают скорее как процедурщиков и техников, нежели как целителей. Например, Розен (2008) прокомментировал исследование, опубликованное в Архивах медицины внутренних органов. Исследователи изучили записи 20 консультаций мужчин, больных раком легких, с их хирургами или онкологами в госпитале для ветеранов. Из 384 возможностей выразить своим пациентам сочувствие, врачи проявили его лишь в 39 случаях. Мы также вспоминаем происшествие с врачом, личные качества которого давали основание надеяться, что он станет блестящим хирургом, пока однажды во время операции он не оставил пациента на операционном столе, чтобы обналичить свой чек в банке (Суиди, 2004).

Однако ограниченность врача зависит от его образования и подготовки. Дэниел Дж. Сигел, доктор медицины, психиатр, сделал паузу в своем обучении, потому что был «обескуражен отсутствием сострадания у моих профессоров и тем, что к пациентам – и студентам – относятся как к физическим объектам, не обладающим внутренним миром». Когда после изучения «этой широко распространенной слепоты к внутренней реальности разума» (Сигел, 2010, с. 69) он вернулся в медицинскую школу, Сигел осознал:

«Многие мои преподаватели медицины до совершенства отполировали линзы своих очков и микроскопов и распознают малейшие признаки и симптомы физиологических заболеваний. Это важное, но не единственное условие профессии целителя. Я пришел к осознанию того, что моим профессорам не хватает линз, позволяющих разглядеть чувства или мысли разума, его надежды, мечты и взгляды. Они обитали в материальном мире, а

субъективная, внутренняя жизнь пациента, к прискорбию, ускользала из их мировосприятия» (с. 69, 96).

Теперь нам известно то бесчувственное, равнодушное отношение, с которым сталкиваются ординаторы во время своей практической подготовки, работая в 24–30-часовых сменах годами, недосыпая или вовсе без сна. Они проводят все время в операционных, отделениях экстренной помощи, на дежурствах и в клинике, а затем садятся за руль автомобиля, чтобы добраться домой. Между тем, уже несколько десятилетий предприятия, связанные с общественной безопасностью, подлежат государственному контролю, ограничивающему количество рабочих часов. Можно ли представить пилота, управляющего самолетом после 30 часов без сна? Наставники ординаторов сами устанавливают стандарты равнодушия, пренебрегая здоровьем, благополучием и безопасностью своих подопечных и пациентов, за которых они отвечают. К счастью, Институт медицины (2008) издал полный, современный отчет, суммирующий неоспоримые доказательства связи между усталостью, снижением производительности и повышением количества медицинских ошибок и заявляющий о необходимости принятия «эффективных и незамедлительных мер».

Биопсихосоциальная модель

В силу того, что медицинские образовательные учреждения учили врачей концентрироваться на болезни, те утрачивали интерес к личным проблемам пациентов и их семей, демонстрируя холодное, бесчувственное и безликое поведение. Вскоре медицина подверглась нападкам за невнимание к психосоциальной сфере. Некоторые считали, что биомедицинскую модель следует заменить на многоуровневую, многопричинную и многоследственную биопсихосоциальную модель, отражающую важное изменение научного мировоззрения в целом (Шварц, 1982). Был задан уместный вопрос: является ли страдание индивидуальным патологическим явлением, или страдания вызваны множественными факторами в рамках биопсихосоциальных параметров?

Парли (1981) утверждал, что практически все социологи и антропологи, некоторые психологи и немногие биологи знают – и воспринимают как должное идеи о социологии познания и социального устройства реальности, создающие пробелы во многих дисциплинах. Некоторые теоретики социальных и психологических наук спорили о том, что предположение о психосоциальных причинах болезненных патологий пользуется, по сути, недоверием. Считается, что эти факторы способны лишь усиливать или обострять уже существующее физиологическое заболевание. Ученые спорили о том, что биопсихосоциальная модель является «блестящей» биомедицинской моделью (Армстронг, 1987), и считали, что социальные науки имеют второстепенное значение (Энгель, 1980), хотя болезни определяются членами общества, прежде чем их причина или основание для их развития будут найдены в организме (Армстронг, 1987; Гэтчел и Баум, 1983).

Представленная Энгелем (1977) биопсихосоциальная модель основывалась на системном подходе, согласно которому в основе модели находятся субатомные частицы, проходящие сквозь взаимосвязанные и иерархические уровни сложности, образуя клетки, ткани, органы, поведение индивидов и их отношения с окружающими; культуру и общество; и, наконец, биосферу. Эта теория укрепила принцип многих дисциплин, лежащих за пределами биомедицинской области: упрощение жизни до молекулярного уровня препятствует постижению природы здоровья человека, его болезней и благополучия, поскольку он не рассматривается как «целостная» сущность. Это, в свою очередь, послужило подтверждением философских учений о холистическом здоровье, учений, возникших более десятилетия назад, но не включавших в себя духовную сферу.

Шварц (1982) вслед за Йельской конференцией, посвященной поведенческой медицине в 1977 году, выступил в защиту объединяющей теории биопсихосоциальной модели. Теория признавала развивающиеся области поведенческой медицины и поведенческого здоровья, предполагая, что для полной оценки здоровья человека и составления рекомендаций по лечению диагноз должен всегда учитывать взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Позднее Дреер (1986) утверждал, что эти условия являются одновременно причиной и следствием большинства заболеваний. Далее, несмотря на мнимую необоснованность биопсихосоциальной модели, было обнаружено, что совокупность социальных факторов является более эффективной, чем биомедицинская модель в лечении таких расстройств, как депрессия у детей (Льюис и Льюис, 1981); множественный склероз (Вандерплетт, 1984), тоска (Энгле, 1977) и предменструальный синдром (Кейе и Трюннелл, 1986; Уилсон, 1992). Очевидно, что социальная динамика семьи и отношений с другими людьми была признана важным фактором в лечении этих заболеваний. Однако в моделях тела-разума-духа явственно ощущалось отсутствие «социальной» составляющей, несмотря на ее несомненную значимость. Я обнаружила, что болезни и недомогания часто связаны с дисфункциональными отношениями или нуждающейся в коррекции семейной динамикой. Порой нам даже приходится пересекать границы пространства и времени, чтобы оказать целительное воздействие на несколько поколений. «Социально» вызванные болезни и недомогания достигают уже уровня эпидемий и пандемий. Например, нарушение питания по большей части – если не исключительно – возникают под влиянием сигналов, получаемых нами от семьи, социума и средств массовой информации, устанавливающих всеобщий стандарт худобы. Болезни, передающиеся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД имеют социальную/поведенческую составляющую, необходимую для передачи заболевания. Следовательно, как мы можем не обращать внимания на социальный аспект, говоря о моделях здоровья и целительства?

Моя докторская диссертация и последующая публикация (Уилсон, Тюнер и Кейе, 1991) стали результатом исследования «Взаимообусловленность ПМС и не-ПМС пар мать-дочь в фазе менструального цикла и биологические, психологические и социальные факторы». Я провела оценку страдающих матерей, страдающих дочерей-подростков и страдающих семей, что вызвало у меня глубокий интерес к дисфункциональным сценариям функционирования семьи. Я надеялась, что разработанная и опубликованная мной модель «Профилактика, выявление и решение проблемы предменструальной симптоматологии» (Уилсон и Кейе, 1989) сможет как-то помочь женщинам и их семьям. Я также проводила семинары и телефонные опросы женщин, пытавшихся облегчить сильную предменструальную боль при помощи традиционной медицины, слушала их описания симптомов, которые почти всегда включали в себя гнев, тревожность и депрессию. К сожалению, биомедицинские и психологические методы лечения, к которым они обращались, были безуспешны. Я также заметила, что многие врачи, занимавшиеся изучением ПМС, не получали поддержку и теряли интерес к продолжению своих исследований. Вот какой комментарий я услышала от медиков, участвовавших во втором Международном симпозиуме, посвященном предменструальным, послеродовым и менопаузальным нарушениям настроения: «Мы смотрим вниз в огромную, черную дыру».

Образ жизни как образ смерти

Каждое человеческое существо является творцом собственного здоровья или собственной болезни.

Будда

Если бы мы осознали и поняли, что большинство заболеваний возникают вследствие определенного образа жизни, традиционная медицина, вероятно, канула бы в Лету. Приблизительно у каждого четвертого развивается рак, а среди причин преждевременной смерти лиди-

рующую позицию занимает табакокурение. Это настоящая трагедия, что табачные компании и их историческая ложь о вызывающей зависимость никотине уничтожили больше жизней, чем Адольф Гитлер, Иосиф Сталин и Мао Цзэдун вместе взятые, ежегодно убивая 5 миллионов человек во всем мире. То, что табачные компании увиливают от ответственности, заявляя о свободном выборе курящих людей, лишь показывает, как мало они знают о зависимости. Осознают ли люди, что дети начинают распознавать верблюда Джо⁴ первым, после Микки Мауса? В этом факте сокрыто нечто коварное. Когда я жила в штате Вирджиния, кажется, изображение верблюда Джо встречалось мне чуть ли не на каждом углу, а последствия пристрастия к табаку воспринимались как общепринятый образ жизни. Например, однажды за маникюром моя соседка обмолвилась: «Сегодня моей двадцативосьмилетней подруге удаляют правое легкое».

Убийцей номер один для жителей Запада является коронарная болезнь сердца, вызывающая инфаркт миокарда (сердечный приступ) и инсульт, развивающаяся, главным образом, вследствие стресса, курения, недостаточной физической активности и плохого питания (высокое кровяное давление и высокий уровень холестерина также являются результатами неправильного питания). К сожалению, изменение образа жизни происходит не скоро, потому что поведенческие привычки обычно глубоко укореняются в нас с детства. Например, в течение многих лет моей докторской программы, когда я вела университетский курс «Здоровый образ жизни», я просила своих студентов (в общей сумме 568 человек) поднять руку и держать ее, если они соблюдали все из перечисленных мной семи условий здорового образа жизни: 1) съедали питательный завтрак; 2) занимались физическими упражнениями, по меньшей мере, трижды в неделю; 3) спали по крайней мере 7 часов в сутки; 4) не курили; 5) ограничивали прием алкоголя; 6) каждый день пили воду в расчете 30 граммов на один килограмм массы тела и 7) поддерживали нормальный вес ± 10 процентов. Когда я заканчивала перечислять все эти условия, 95 процентов студентов опускали руки. И тогда я спрашивала те 5 процентов, чьи руки были все еще подняты: «Почему вы поддерживаете здоровый образ жизни?» И раз за разом получала один и тот же ответ: «Я всегда так жил». Здоровый образ жизни был смоделирован и привит им родителями еще в детстве. Тем не менее, оказалась среди моих студентов и одна молодая женщина, начавшая заниматься физическими упражнениями после того, как ее отец – никогда не являвшийся сторонником здорового образа жизни – умер от сердечного приступа.

Обнадеживающая новость заключается в том, что нам уже не обязательно воспринимать своих родителей как ролевые модели, поскольку все больше людей получают знания о том, как поддерживать здоровье и предотвращать развитие заболеваний, и положительные результаты этого очевидны. В XX веке средняя ожидаемая продолжительность жизни превысила 30 лет – величайшее достижение за 5000 лет истории человечества. Люди, чей жизненный срок равен тройному среднему показателю, уже не являются столь исключительным явлением – с 1990 по 2000 годы их численность увеличилась на 51 процент. Это влияние образования на здоровье также заметно по отчету Центра Контроля на болезнь (ЦКБ), сообщающего, что среди студентов колледжей курят лишь 10 процентов, тогда как лишь 31 процент курильщиков имеют законченное среднее или общее образование (ЦКБ, 2006).

Наибольшей проблемой американцев является их малоподвижный образ жизни и потребление фаст-фуда. Детское ожирение приобрело масштабы эпидемии, а сокращение количества уроков физкультуры в программе государственных школ внесло свой вклад в распространение этого явления. Большинство мер по борьбе с детским ожирением, которые я видела, сосредоточены на вовлечение детей в физическую активность после школы и отстранение их от просмотра телевизора и видеоигр. Воодушевляют сообщения о том, что пользу здоровью приносят даже ежедневные получасовые прогулки, поскольку это избавляет нас от сложных уравнений,

⁴ Символ бренда «Camel». – Примеч. пер.

часто ассоциируемых с физическими упражнениями. Люди больше не считают, что для здоровья необходимо быть мастером спорта или стать членом оздоровительного клуба.

Модель тела-разума-духа

Кроме образа жизни и социальных аспектов болезни мы можем видеть, что великие исследователи, наделенные выдающимся интеллектом, выдвигали модели недугов и заболеваний, не учитывающие духовную сферу. Однако были и другие великие умы, рассекавшие тьму своим светом. Гэри Зукав в труде «Seat of a soul» («Обитель души», 1990) ссылается на Уильяма Джеймса, Карла Юнга, Бенджамина Ли Уорфа, Нильса Бора и Альберта Эйнштейна, говоря: «Я понял, что эти люди стремились вовсе не к земным наградам или признанию коллег, но посвятили чему-то свою душу и разум и достигли небывалых пределов, где ум уже не способен порождать искомые ими знания, они оказались на территории вдохновения, где их интуиция усилилась, подарив им осознание того, что существует нечто превосходящее время, пространство и материю, нечто, существующее за пределами физической жизни. Они знали это».

Современные авторы, такие как Герберт Бенсон, доктор медицины; Джоан Борисенко, доктор философии; Дипак Чопра, доктор медицины; Барбара Досси, доктор философии; Ларри Досси, доктор медицины; М. Скотт Пек, доктор медицины; Дэвид Айзенберг, доктор медицины; Ричард Гербер, доктор медицины; Джон Кабат-Цинн, доктор философии; Тед Каптчук, доктор восточной медицины; Кристиан Нортрап, доктор философии; Мехмет Оз, доктор медицины; Берни Сигел, доктор медицины; Эндрю Вейл, доктор медицины, и другие поднимали вопрос о влиянии осознанности и сознания на связь между разумом и телом в процессе целительства. Дипак Чопра (1998) утверждал: «Наши клетки постоянно подслушивают наши мысли и подчиняются им» (с. 5). Пятнадцатилетняя борьба Барбары Левин (2000) с неоперабельной опухолью мозга привела ее к осознанию «основополагающих убеждений» и «изначальных мыслей», связующих тело и разум человека. Берни Сигел (1998), хирург-онколог, обнаружил, что люди не обращаются к мудрости древних, потому что считают, будто современная наука и технология в состоянии удовлетворить их потребности. Однако при встрече с угрожающей жизни болезнью им приходится осознать собственную смертность и понять, что современные методы не в силах спасти их из критического положения, в котором они оказались. И тогда люди пробуждаются и обращаются к мудрости, способной придать их жизни смысл и наполнить ее радостью. Сигел дал определение личности тех, кому удается бороться с раком дольше ожидаемого: боевой дух, стремление учиться и меняться и духовная изобретательность (Сигел, 1988). Карл Юнг много лет назад заметил, что пациентам для исцеления необходима ориентация на духовность.

Пренебрежение исцелением

Несмотря на осознание жизненно важной связи между разумом и телом, практикуемое сегодня здравоохранение продолжает пренебрегать значимостью отношений в процессе исцеления, хотя известно, что наши мысли и чувства оказывают воздействие на ход заболевания. Ирония, однако, состоит в том, что, невзирая на растущую неудовлетворенность современной традиционной медициной и недоверие к ней, многие пациенты все еще начинают свой путь к исцелению, препоручая себя в руки скрывающихся за ширмой науки и технологии врачей, вместо того чтобы вернуть себе контроль над собственным здоровьем, обратившись к подходу тело-разум-дух. Ларри Досси (1995, с. 5) обозначил эту проблему следующим образом:

«В корне проблемы лежит тот факт, что мы как культура, отвернулись от целительства. Не будем лукавить: мы все повинны в этом, сообщая увлекшись

физикалистским подходом к здоровью и болезни, легкомысленно поверив в обещания технологии исправить любую возможную осечку организма. На этом фоне целители и целительство были оттеснены в сторону и почти забыты, и вот теперь мы расплачиваемся за это. Игнорируя роль сознания, души, духа и значения... мы породили недуг, поразивший не только целителей и целительство, но самую сущность и дух нашей культуры».

Дорогостоящие медикаменты и хирургические операции

В последний раз я была у врача в 1994 году. Я выбрала исцеление без медицины, фокусирующейся главным образом на физических симптомах. В 1992 году мой хирург-ортопед начал уговаривать меня на операцию по восстановлению коленного сустава, травмированного во время катания на лыжах. Вместо этого я решила начать бегать полумарафоны. Я также прекратила прием прописанных лекарств и выбросила в мусор свой справочник фармацевтических средств, содержащий сведения обо всех современных медикаментах с описанием показаний и противопоказаний (рисков). К своей тревоге, я обнаружила, что побочные действия лекарственных средств зачастую превосходили положительные, например «вызывает рак у гончих собак». В действительности, почти все медикаменты, которые я когда-либо принимала, были в конечном итоге сняты с производства из-за результатов длительного наблюдения, продемонстрировавших их пагубное побочное воздействие на человеческий организм.

Даже в отсутствие существующей в настоящее время сложной экономической ситуации, затронувшей все наше общество, следует признать, что дорогостоящие медикаменты и хирургические операции эффективны в случаях острой необходимости, но подобные случаи составляют чрезвычайное меньшинство. Выяснилось, что медикаментозное и операционное вмешательство является наиболее частой причиной смертности при использовании их для лечения хронических заболеваний, а врачебные ошибки уносят больше жизней, чем автокатастрофы, рак груди или СПИД.

Врачебные ошибки

Мы испытали шок, когда в 1999 году были опубликованы результаты двух исследований, проведенных Институтом медицины, правительственного учреждения США: от 44 000 до 98 000 американцев ежегодно умирают вследствие врачебных ошибок, что означает потерю от 17 до 29 миллиардов долларов. Столько людей могло бы погибнуть, если бы каждый день терпел крушение полный пассажиров гигантский авиалайнер. И это не считая тех, кто умирает из-за врачебных ошибок в стенах больниц (Кон, Корриган и Дональдсон, 2000).

Согласно результатам исследования, в котором приняли участие 161 000 пациентов-участников программы медицинского страхования, оплачиваемого работодателем, и перенесших хирургические операции в 2001–2002 годах, врачебные ошибки, допущенные во время или после операции, могут стоить работодателю приблизительно 1,5 миллиарда долларов в год. Кроме того, последствия проявляются еще долго после того, как пациент выписывается из больницы. Исследования врачебных ошибок, фокусирующиеся лишь на стационарных больных, могут недооценивать реальную стоимость на 30 процентов. Отчет также указывает на то, что каждый десятый пациент, умерший в течение трех месяцев со дня операции, погибает из-за предотвратимой ошибки, а одна треть всех смертей происходит после выписки пациентов (Энсиноза и Хеллинджер, 2008).

Старфилд (2000) сообщает о 225 000 ежегодных смертей, вызванных врачебными ошибками, халатностью, побочным действием и взаимодействием лекарственных средств и инфекциями, распространяющимися в стенах больницы. Однако ошибки могут совершаться и вне

стационара, например, в кабинете терапевта. Вайнгарт и др. (2000) сообщает о том, что от 4 до 18 процентов амбулаторных больных испытывают отрицательные результаты амбулаторного лечения, что приводит к 116 миллионам дополнительных визитов к врачу, 77 миллионам дополнительных рецептов, 17 миллионам обращений в пункты первой помощи, 8 миллионам госпитализаций, 3 миллионам долговременных пребываний в больнице и 199 000 дополнительных смертей.

Кризис медицинского страхования

Я очень ясно осознаю тот факт, что система обеспечения медицинской помощи в нашей стране переживает кризис все то время, что я являюсь членом Американской Ассоциации общественного здравоохранения (ААОЗ). Только в 2007 году американцы потратили на медицинское обслуживание 2,1 триллиона долларов – больше, чем население любой другой развитой страны. При этом 47 миллионов американцев – многие из которых больны – остаются незастрахованными (Эмануэль, 2008). Американцы не имеют медицинской страховки либо потому, что она не оплачивается работодателем – от нее отказываются из-за ранее существовавших условий, либо что ее стоимость слишком высока. Таким образом, на протяжении многих десятилетий здравоохранение является темой острых споров, что и послужило поводом для принятия реформы здравоохранения в марте 2010 года.

Некоторые из проблем, связанных со здравоохранением, были отражены в недавнем опросе 1023 совершеннолетних американцев, проведенном «Harris Interactive» с целью изучения эффективности системы медицинского обслуживания (2006):

- 50 процентов участников были людьми с низким доходом (менее 35 000 долларов в год), 50 процентов – людьми со средним доходом (35 000–50 000 долларов в год), но обе группы сообщили том, что оплата счетов за лечение и медицинской страховки представляет для них серьезную или очень серьезную проблему;
- 33 процента опрошенных – люди с высоким доходом (50 000–75 000 долларов в год) сказали, что выплаты по медицинской страховке являются для них серьезной проблемой;
- 20 процентов опрошенных, чей доход превышает 75 000 долларов в год, сообщили, что испытывают трудности с оплатой счетов за лечение;
- 75 процентов опрошенных выразили мнение, что система здравоохранения США нуждается в фундаментальном изменении или полной реконструкции;
- 42 процента получили неэффективное, плохо скоординированное или небезопасное медицинское обслуживание за последние два года;
- 25 процентов сообщили о том, что их врач посоветовал им ненужные процедуры или препараты;
- 17 процентов сказали, что их врач проводил анализы более одного раза.

Было выявлено неравенство состояния здоровья среди национальных меньшинств, таких как афроамериканцы, североамериканские индейцы, американцев азиатского происхождения и латиноамериканцев. По сравнению с представителями европейской расы, они больше расположены к хроническим недугам, ранней смертности и плохому состоянию здоровья. Среди специфических болезней, служащих примером расового и этнического неравенства в Соединенных Штатах, можно назвать рак, уровень заболеваний которым среди афроамериканцев на 10 процентов выше, чем среди представителей европейской расы, а взрослые афроамериканцы и латиноамериканцы приблизительно вдвое чаще, чем представители европейской расы болеют сахарным диабетом. Среди национальных меньшинств также выше уровень сердечно-сосудистых заболеваний, ВИЧ/СПИДа и детской смертности, чем среди представителей европейской расы (Голдберг, 2004). Многие американцы, не имеющие медицинской страховки, вынуждены

обращаться в отделения неотложной помощи, что увеличивает экономическое бремя всей системы здравоохранения.

Опасность лекарств, отпускаемых без рецепта

Опасность безрецептурных лекарств продолжает доказывать тот факт, что в любой момент времени десятки подобных препаратов отзываются из производства из-за вредных побочных эффектов. Например, «Journal of the American Medical Association» (JAMA) сообщил, что после ежедневного приема тайленола⁵ в течение двух недель у 40 процентов испытуемых были выявлены аномальные результаты анализов, а также был отмечен высокий уровень сыворотки аланинаминотрансферазы (ALT) (Уоткинс и др., 2006). Эти данные свидетельствуют о том, что даже в нормальных дозах тайленол способен вызывать повреждения печени, а если в печени уже присутствуют какие-либо нарушения, то может привести к летальному исходу. В январе 2008 года «MedWatch», программа по предоставлению информации о безопасности и побочных действиях лекарственных средств, осуществляемая Администрацией по контролю за продуктами питания и лекарствами, предупредила о том, что безрецептурные препараты, применяемые для лечения кашля и насморка – в том числе капли в нос, антигистаминные средства, средства от кашля и отхаркивающие препараты – оказывают потенциально опасное для жизни побочное действие на маленьких детей. Были отмечены глухота, судороги, учащение сердечного ритма и затуманенность сознания (Уокнин, 2008). Временная задержка этого предупреждения объясняется тем, что в предыдущем сообщении, опубликованном в январе 2007 года Администрацией по контролю за продуктами питания и лекарствами и Центром по контролю и предотвращению заболеваний, говорилось о том, что за двухлетний период в пункты неотложной медицинской помощи поступило 1519 детей младше двух лет для осмотра после приема или вероятного приема препаратов от кашля и простуды.

Злоупотребление лекарствами, отпускаемыми по рецепту

Вопрос о злоупотреблении лекарствами в последнее время становится все значительней. Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (2008) в отчете перед американским Сенатом сообщил, что общее количество стимулирующих препаратов, выданных по рецепту в США, возросло от приблизительно 5 миллионов в 1991 году до почти 35 миллионов в 2007. Назначение опиатов (препаратов, содержащих гидрокодон и оксикодон⁶) увеличилось с 40 миллионов в 1991 до почти 180 миллионов в 2007 году, при этом крупнейшим потребителем опиатов являются США. В Соединенные Штаты поставляется 99 процентов мирового объема гидрокодона (например, викодин) и 71 процент оксикодона (например, оксиконтин). Кроме того, 7 из 11 наркотиков, которые наиболее часто принимают ученики старших классов, либо отпускаются по рецепту, либо продаются без него. На злоупотребление препаратами, отпускаемыми по рецепту, влияют несколько факторов, в том числе резкое увеличение выдаваемых рецептов на эти лекарства, возросшее общественное признание использования медикаментов и агрессивная реклама фармацевтических компаний. Вместе эти факторы помогли создать широкую «доступность» рецептурных лекарственных средств, что привело к увеличению «популярности» этих препаратов, и в настоящее время более 6 миллионов чело-

⁵ Тайленол – анальгетик.

⁶ Гидрокодон (гикодан, лортаб, викодин, туссионекс) – эффективное обезболивающее и противокашлевое лекарство. По опасности привыкания сравним с кодеином. Длительный прием гидрокодона в больших дозах может вызвать слабую эйфорию, а в дальнейшем – болезненное пристрастие. Оксикодон – лечебный анальгетик, синтезируемый из опиума. В качестве болеутоляющего его используют вместе с аспирином или парацетамолом. Также вызывает привыкание. В США, так же как и в России, его оборот ограничен и контролируется соответствующим законодательством.

век злоупотребляют лекарствами, отпускаемыми по рецепту (Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками, 2008).

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.