

ОГЛАВЛЕНИЕ

Благодарности.....	8
Введение	9
Глава 1. На пути к фертильности.....	12
Глава 2. Данные, подкрепляющие концепцию связи психики с физическим состоянием.....	24
Глава 3. Как работает психика.....	45
Обзор	45
Подсознание	47
Как чувства и эмоции часто путают со стрессом	49
Сознание	52
Критический фактор.....	53
Как обойти критический фактор и работать с подсознанием ...	55
Что такое гипнотерапия и как она работает	59
Насколько сильны проблемы в подсознании?.....	62
Заключение	63
Глава 4. Ответ на стресс и важность снижения стресса.....	68
Стресс происходит из наших проблем.....	68
Гипоталамус. Как он отвечает на стресс	70
Выключатель	76
Как стресс может влиять на анализ на ФСГ.....	77
Стресс в нашем обществе	80
Как справляться со стрессом	81
Работа с медитациями из данной книги	81
Медитация гипоталамуса	82
Глава 5. Проблемы и эмоции, блокирующие зачатие.....	86
Что обычно стоит на пути к зачатию.....	89
Как еще психика блокирует процессы в теле.....	92
Краткий обзор проблем	94
Как выявить и проработать блокировки	103
Глава 6. Динамика страха: как прошлое может влиять на настоящее.....	110
Программирование подсознания	118
Ребенок — открытая книга.....	118
Слова людей, имеющих авторитет	121

Травмирующие события	122
Как преодолеть прошлое	124
Глава 7. Несовершенный мир перфекциониста	129
Корни перфекционизма	131
Пути перфекционизма	132
Возможное происхождение перфекционизма	134
Перфекционизм и бесплодие	135
Отрицание или нехватка осознанности	136
Тест на перфекционизм	136
Стратегии успеха	139
Медитативное упражнение 1	141
Медитативное упражнение 2	142
Перфекционизм помимо фертильности	143
Как любить себя	144
Глава 8. Перепрограммирование на клеточном уровне	150
Наши клетки слушают	150
Наши клетки меняются	155
Фактор ДНК	159
Происхождение сообщений, которые мы посылаем нашим клеткам	164
Генетический детерминизм и подсознание	165
Какие преимущества дают новые научные открытия	165
Упражнение: визуализация будущего	168
Глава 9. Работа с медитацией и визуализацией	173
Научные свидетельства	175
Использование медитации для снижения реакции на стресс	177
Исцеление тела через психику	179
Ваши мысли создают ваше будущее	181
Визуализация процесса	182
Четыре шага на пути к желаемому	184
Медитация первая: для облегчения стресса	186
Медитация вторая: визуализация будущего	186
Эмоциональные ответы	187
Глава 10. Энергетическая работа: исцеление в корне	196
Медитация	199
Где вы ощущаете ответ?	201

Негативная энергия и зачатие	203
Посмотрим на энергию части «А» с другой точки зрения	204
Что такое энергетическая работа и почему она важна	206
Те, кто ничего не чувствуют	211
Где и с кем можно работать с энергетикой	212
Глава 11. Дао зачатия	216
Введение	216
Что подразумевается под Дао	216
Дао и умение отпускать	218
Дао и баланс	219
Дао и духовность	221
Глава 12. Подготовка к зачатию: расписание и план действий	227
План действий Первые 6–12 месяцев	228
План действий: месяцы 12–24	245
Тест на фертильность	251
Глава 13. Дополнительные методики и путь к фертильности	254
Зачем исследовать альтернативы?	254
Как найти целителя	256
Исцеление эмоциональных проблем гипнозом	257
Публичные сеансы гипноза	257
Сеанс гипноза	258
Поиск гипнолога	263
Восстановление физического баланса с помощью акупунктуры	264
Поиск специалиста по акупунктуре	268
Массаж живота по системе индейцев майя	269
Поиск массажиста, работающего по системе индейцев майя	270
Послесловие. На пути к фертильности	275
Глоссарий	276
Рекомендуемая литература	281
Алфавитный указатель	282
Об авторе	285

Глава 2

ДАННЫЕ, ПОДКРЕПЛЯЮЩИЕ КОНЦЕПЦИЮ СВЯЗИ ПСИХИКИ С ФИЗИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ



У многих клиенток, приходящих ко мне, есть не критичные физиологические проблемы: небольшой эндометриоз, миома, удаленная пару лет назад, уровень ФСГ 12 (*почему это не обязательно является серьезной физиологической проблемой, объясняется в главе 4*). В большинстве случаев эти факторы не настолько веские, чтобы препятствовать зачатию. Самая распространенная картина бесплодия, по моим наблюдениям, — это женщина с одной-двумя второстепенными физиологическими проблемами и диагнозом «бесплодие неясного генеза».

Сам этот термин наталкивает на мысли о том, насколько сильно психика и эмоции могут влиять на процесс зачатия. Сказывается ли это на фертильности? Научные исследования в этой сфере подтвердили тот факт, что связь психики с физическим состоянием является существенной составляющей в процессе зачатия.

Первое исследование, проведенное в 1970-е годы, было посвящено не просто бесплодию, а психосоматическому поведению в целом. Доктора Говард и Марта Льюис в книге «Психосоматика» изучили и задокументировали случаи, в ко-

торых ментальные и эмоциональные проблемы влияли на физическое состояние¹.

Один из случаев, описанных в данном труде, касался бесплодной пациентки по имени Рина. Ей было двадцать три года, и она очень хотела иметь семью. Доктора подчеркивали, что Рина все время говорила: «Я ничего не хочу так, как ребенка»². Несмотря на это желание, у нее был целый букет страхов, касавшихся беременности. Рина слышала истории об опасностях и осложнениях при родах, и порожденная этим тревога до такой степени воздействовала на нее, что доктора констатировали: «Нервная система Рины невольно выражает ее скрытые страхи, не позволяя ей забеременеть»³. Другими словами, тело Рины демонстрировало физическую реакцию на ее страх, и эта физическая реакция блокировала ее способность к зачатию.

Говоря точнее, ее лечащий врач, доктор Флэндерс Данбар, обнаружила, что мышцы, охватывающие фаллопиевы трубы и реагирующие на страх Рины, невольно сокращались по время овуляции. Это и предотвращало наступление беременности. Доктор Данбар утверждает, что «эмоциональный кризис или стресс может привести к блокировке этих труб так же, как если, например, сжать кулаки»⁴. Позицию докторов Говарда и Марты Льюис поддерживают результаты исследования доктора Данбара, подтверждающие, что «эмоциональные проблемы женщины могут привести к непроизвольному сжатию фаллопиевых труб во время овуляции, что делает зачатие невозможным»⁵.

Это исследование важно в том смысле, что оно — одно из первых — документирует возможность прямого влияния психического состояния на способность тела к зачатию. Сокра-

¹ Lewis, Howard R. and Martha E. Lewis. *Psychosomatics* (New York, New York: Pinnacle Books, 1972).

² Lewis, Howard R. and Martha E. Lewis. *Psychosomatics*, 210–211.

³ Там же, 211.

⁴ Там же, 210.

⁵ Там же.

щение мышц вокруг фаллопиевых труб было спровоцировано страхом. Тело реагировало на эмоциональный раздражитель.

Официальная медицина признает наличие в теле психосоматических несоответствий. Нет ничего необычного в том, что врач признает возможность возникновения у пациента, находящегося в стрессовом состоянии, таких симптомов, как высокое давление, тензионные головные боли, проблемы с пищеварением, спазмы, кожные высыпания. Однако бесплодие всегда рассматривалось как преимущественно физиологическая проблема.

Вслед за «Психосоматикой» стали появляться другие исследования, изучающие связь между бесплодием и эмоциональным самочувствием пациентки. Одно из них, проведенное в Йельском университете и опубликованное в 1985 году в журнале «Фертильность и стерильность», рассматривает важность обращения к эмоциональным проблемам, способным мешать зачатию. В этом исследовании приняли участие женщины, пытающиеся забеременеть — их разделили на две группы: первая работала с терапевтом над проблемами, непосредственно связанными с бесплодием, а вторая, контрольная, терапию не проходила. Хотя исследование, проведенное ДеЧерни и Сэррел, нельзя было назвать масштабным, группа, работавшая с терапевтом над проблемами, связанными с бесплодием, показала шестидесятипроцентный успех. В контрольной группе беременность наступила в одиннадцати процентах случаев¹.

В 1993 году еще одно исследование, также опубликованное в журнале «Фертильность и стерильность», выявило, что «психологические проблемы значительно влияют на этиологию некоторых форм бесплодия»². Группа ученых, Вассер, Сьюэлл и Соулс, сделали вывод о том, что женщины, испытывающие стресс, имеют большие сложности с беременностью.

¹ Sarrel, and A. DeCherney, *Fertility and Sterility* 43 (1985): 897–000.

² Wasser S., Sewall G., and Soules M. “Psychosocial stress as a cause of infertility,” *Fertility and Sterility* 59 (1993): 685–689.

Это было не просто еще одним подтверждением, как стресс и наше эмоциональное самочувствие могут влиять на фертильность — оно положило начало многим дальнейшим изысканиям, посвященным ментальным и эмоциональным составляющим бесплодия. Растущее число исследований в этой области показывало, что научное сообщество поставило под сомнение традиционное убеждение в том, что бесплодие — просто физический феномен, не зависящий от мыслей и эмоций.

Также в 1993 году было изучено влияние депрессии на возможность забеременеть. Исследование, опубликованное в «Журнале психосоматических исследований», посвящено воздействию депрессии на успешность применения искусственного оплодотворения (ЭКО). Группа ученых назвала свою работу «Настроение как предвестник результата применения технологии подсадки оплодотворенной в пробирке яйцеклетки». Участниц исследования просили оценить их настроение или уровень депрессии до проведения процедур. Результаты продемонстрировали, что показатели успешности процедур у женщин с выраженной депрессией были в два раза ниже, чем у женщин, не страдающих депрессией¹.

Важность исследования, посвященного настроению, в том, что оно показало: депрессия может быть существенным фактором в процессе зачатия. Женщины, страдающие бесплодием, часто говорят о грусти или безнадежности, ощущении собственной неполноценности и чувстве вины перед близкими. По наблюдениям доктора Алис Домар, директора Программ женского здоровья в медицинском центре Бет Исраэль Диконесс и доцента Гарвардской медицинской школы, тридцать—пятьдесят процентов женщин, страдающих бесплодием, общаются о «депрессивных симптомах». Домар идет дальше

¹ P. Thiering, J. Beaurepaire, M. Jones, et al., “Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVT/ET),” *Journal of Psychosomatic Research* 37 (1993): 481–491.

и говорит о том, что уровень депрессии и тревожности у бесплодных женщин эквивалентен уровню тревожности женщин, «имеющих рак, СПИД и сердечные заболевания»¹. Ни один человек удивленно не поднял бровь, услышав это. Традиционные представления, в которых фертильность не зависит от мыслей и эмоций, оказались поставлены под вопрос.

Безусловно, появились исследования, оспаривающие и ту, и другую точку зрения. Тем не менее большинство из них указывают на то, что, когда речь заходит о зачатии, влияние психики на тело бесспорно. Что касается бесплодия, то большая часть исследований посвящена стрессовым расстройствам и их влиянию на успешность ЭКО. Это всего лишь малая толика на фоне многочисленных изысканий, но она чрезвычайно важна. Существенно и то, что методы и инструменты диагностики, использованные в этих исследованиях, значительно отличаются друг от друга. Некоторые используют программы, занимающиеся влиянием психики на физическое состояние, позволяющие женщинам разобраться со своими проблемами до начала ЭКО, тогда как другие прибегают к многовариантным тестам, чтобы оценить уровень стресса перед процедурой. Опубликованы результаты четырнадцати значительных исследований, изучавших влияние угнетенного состояния на успешность цикла ЭКО. Доктор Элис Домар обобщает их результаты:

Десять из четырнадцати исследований показывают, что угнетенное состояние все-таки связано со снижением показателей наступления беременности. Чем выше уровень тревожности и депрессии у женщины перед процедурами ЭКО, тем менее вероятно, что она забеременеет. Некоторые исследования дали впе-

¹ Alice D. Domar, *The Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 14, Suppl. (1993): 45–52.

чатляющие результаты. Так, одно демонстрирует, что у женщин с ярко выраженной депрессией показатели наступления беременности в два раза ниже, чем у женщин с низким уровнем депрессии. Два из четырнадцати исследований демонстрируют небольшую выборку — результаты показывают те же тенденции, но не сильно отличаются от статистической погрешности. Два исследования показывают отсутствие связи между угнетенным состоянием и показателями беременности¹.

В 1990-е годы ряд исследований доказал, что есть необходимость начать говорить о гипнозе как о методе работы с психикой при попытке женщины забеременеть. Пионерами в этой области стали Филип Куинн, бывший в то время директором Ассоциации прикладного гипноза, и доктор Элизабет Муир. Доктор Муир, клинический психолог, на данный момент являющаяся директором лондонской клиники, специализирующейся на фертильности и деторождении, была коллегой Филипа Куинна и отдала ему пальму первенства в использовании гипноза как средства проработки эмоциональных блоков. Куинн ввел термин «психосоматическое бесплодие», возникший в результате его наблюдений за случаями, в которых эту проблему можно было отнести к психоэмоциональным. Хотя есть и другие люди, претендующие на звание первопродцов в использовании гипноза в качестве дополнения к лечению бесплодия, я не нашел никаких упоминаний о более ранних исследованиях, связанных с этим методом лечения. Куинн вместе с доктором Майклом Паусоном опубликовали результаты своего научного труда в 1994 году в статье «Пси-

¹ Domar, Alice D., "Infertility and Stress," www.bostonivf.com/mind_body_center/InfertilityandStress.pdf, 1–5.

хосоматическое бесплодие» в «Европейском журнале клинического гипноза»¹.

Исследователи работали с группой женщин в возрасте от двадцати шести до сорока двух лет (срез — тридцать два года), страдавших бесплодием от двух до двенадцати лет (срез — три с половиной года), каждая из которых прошла в среднем через девять сеансов гипнотерапии. Девять из этих женщин также прибегли к дополнительным процедурам, таким как ЭКО и ГИФТ (перенос гамет в маточные трубы). Двадцать шесть из сорока женщин, то есть шестьдесят пять процентов, успешно забеременели и выносили детей. Куинн и Паусон сделали вывод:

Неспособность поставить диагноз в случае необъяснимого с точки зрения медицины бесплодия и низкая вероятность успеха в подобных случаях имеют тенденцию указывать на то, что и сама причина, и, нередко, методы лечения могут лежать за пределами охвата подходов, применяемых в аллопатической медицине².

Слова «и сама причина, и, нередко, методы лечения могут лежать за пределами охвата подходов, применяемых в аллопатической медицине» означают, что аллопатия или традиционная западная медицина может не располагать надлежащим лечением или решением проблемы бесплодия.

Помимо шестидесятипятипроцентного успеха, отмеченного в исследовании Куинна и Паусона, пациентки «показали высокий процент легко протекающих беременностей, коротких схваток и легких родов»³. Почти половина женщин, включая тех, которым не удалось забеременеть, сообщили об «облег-

¹ Quinn P. DR, and Michael Pawson MB BS FRCOG. "Psychosomatic Infertility," *European Journal of Clinical Hypnosis* Volume 4 (July 1994): 1–10.

² Там же, 3.

³ Там же, 1.

чении или разрешении различных менструальных и гинекологических проблем»¹.

Хотя некоторые могут заявить, что исследование имело слишком малый масштаб, а пациентки были слишком молоды (средний возраст — тридцать два года), результаты оказались ошеломительными: шестьдесят пять процентов успешных беременностей у женщин, бесплодных в среднем три с половиной года к моменту начала исследования. Выводы Куинна и Паусона, касающиеся гипноза как метода лечения бесплодия, продемонстрировали убедительный успех на фоне изысканий, посвященных влиянию психики на физическое состояние, и, насколько мне известно, ни одно из подобных исследований на сегодняшний день не дало лучшего результата.

Куинн и Паусон провели параллели между состоянием человека и поведением, наблюдаемым в животном мире. «В дикой природе такие ситуации, как потеря партнера, чрезмерное число хищников, разрушение гнезд, перенаселение, миграция или неустойчивая окружающая среда могут привести к снижению половой активности»². Все эти ситуации имеют аналоги и в мире людей. Например, «разрушением гнезда» может быть все что угодно — от ремонта до переезда или проживания в доме или квартире, недостаточно большой для целой семьи. Возможно, в наши дни нет прямого аналога хищнику, но он может, к примеру, принять форму воспоминаний о насилии, пережитом в прошлом и не проработанном должным образом.

В заключении своего труда Куинн и Паусон говорят о преимуществах включения гипноза в протокол, даже если женщина прибегает к медицинским методам лечения бесплодия. «...Каким бы ограниченным ни было данное исследование, оно по-прежнему содержит важные указания на то, что и лич-

¹ Там же.

² Там же, 3.

ные, и финансовые расходы на лечение бесплодия могут быть в значительной мере снижены посредством комбинирования гипнотерапевтического подхода и медицинских процедур»¹.

Доктор Элизабет Муир, работавшая с Куинном, также отметила связь между эмоциональными проблемами, скрытыми в подсознании, и неспособностью женщины забеременеть. Муир говорит о том, что даже если женщина на сознательном уровне хочет ребенка, ее подсознание может удерживать ее от зачатия. «Большая часть женщин, которых я наблюдаю, страдает психосоматическим бесплодием, связанным с конфликтами или нерешенными проблемами, касающимися деторождения. Комбинация психотерапии и гипнотерапии может устранить эти сложности»². Муир убеждена, что «каждая мысль порождает эмоциональный отклик, а каждая эмоция имеет биохимический аналог. Поэтому каждая эмоция вызывает многочисленные изменения не только в мозгу, но и в различных частях тела»³. Другими словами, наши мысли постоянно воздействуют на нашу физическую биохимию, на реакции, протекающие на клеточном уровне в физическом теле. Наши мысли, чувства и убеждения напрямую воздействуют на то, что происходит в реальности.

Успешность работы доктора Муир составляет сорок пять процентов. Это число выводится из количества успешных родов, имевших место в течение года после прохождения программы, предлагаемой в ее клинике. То есть сорок пять процентов женщин, обычно в возрасте от тридцати семи до сорока трех лет, до того считавшихся бесплодными, смогли не только зачать, но и родить ребенка. Вот что доктор Муир говорит о женщинах, переживающих, что их биологические часы тика-

¹ Там же, 10.

² Manson L., "Baby talk," *Sunday Times*, July 19, 1998.

³ Schwartz J., BCH, "The mind-body approach to fertility, An Interview with Dr. Elizabeth Muir," *Resolve Newsletter* (Winter 2004): 10–11.

ют и время уходит: «На шансы женщины зачать психологические и эмоциональные факторы оказывают гораздо большее влияние, чем возраст»¹.

Успешные результаты, показанные Куинном и Муир, вызвали большой интерес. Они не только подтвердили тот факт, что обращение к проблемам на уровне психики очень существенно для наступления зачатия, но и продемонстрировали уровень от сорока пяти до шестидесяти пяти процентов, который оказался значительно лучше результатов лечения большинства специалистов по фертильности, использовавших самые эффективные и дорогие репродуктивные технологии: процедуры в пробирке. Данные исследования снова доказали, что разобратся с эмоциональной или психологической составляющей бесплодия не менее важно, чем просто заниматься физиологическими проблемами. К тому же это дает лучшие результаты.

Работа Куинна и Муир вдохновила ученых на новые исследования. Одно из них, занимавшееся влиянием психики на физическое состояние ста тридцати двух бесплодных клиенток, дало сорокадвухпроцентный успех (оно опубликовано в «Журнале Американской медицинской женской ассоциации» в 1999 году). Одним из трех организаторов этой работы, описанной как «когнитивно-поведенческая программа лечения бесплодия», была доктор Элис Домар. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может означать любое количество процессов, включая гипнотерапию, совмещающую когнитивную терапию (психотерапию) и терапию поведенческую. Суть в том, что позитивные изменения в эмоциональном состоянии (чувства, убеждения и так далее) генерируют позитивное поведение и результаты. Доктор Домар обнаружила, что этот процесс имеет преимущества не только для увеличения вероятности наступления беременности, но также помогает снизить уровень депрессии, тревожности и страха.

¹ Manson, "Baby Talk."