

АНАРА ДЖУМАБАЕВА
ЛЕОНИД ГУДКИН ДАУРЕН ОШАКБАЕВ

ДЛЯ ЧЕГО ПРИХОДИТ ОНКОЛОГИЯ?

DNA



ИНТЕГРАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД
НА ПРИЧИНЫ, СМЫСЛ И ПУТЬ ИСЦЕЛЕНИЯ

IMMUNITY

НАУКА. ОПЫТ. ПУТЬ К ЖИЗНИ.



Даурен Ошакбаев

Для чего приходит онкология?

«Автор»

2026

Ошакбаев Д.

Для чего приходит онкология? / Д. Ошакбаев — «Автор», 2026

Каждому второму в развитых странах врачи однажды скажут это слово. Что будет дальше — не знает никто. Но известно одно: у тела есть память, у стресса — адрес, а у болезни — вопрос, который она задаёт. Почему у двух пациентов с одинаковым диагнозом, протоколом и стадией болезнь отступает у одного и не отступает у другого? Почему хронический стресс меняет работу генов? Где заканчивается молекула и начинается человек? Три автора — врач, аналитик и женщина, потерявшая мужа от рака лёгких, — собирают воедино то, о чём редко говорят в кабинетах онкологов. В книге объединены научные исследования, опыт радикальных ремиссий и современные подходы к пониманию связи психики, стресса и тела. Это знание возвращает пациенту самое важное — роль в собственной истории. Эта книга помогает увидеть болезнь иначе — и вернуть себе внутреннюю опору в момент неопределённости. Потому что иногда поворот происходит не в операционной, а в момент, когда человек впервые честно спрашивает себя: «Для чего?»

© Ошакбаев Д., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Примечание авторов	7
Глава 1. Пациентка, которая не умерла	8
Глава 2. Слепое пятно медицины	12
Глава 3. Геном слушает	16
Глава 4. Портрет типа С	21
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Даурен Ошакбаев, Леонид Гудкин, Анара Джумабаева Для чего приходит онкология?

Дорогой читатель,

Эта книга родилась не в кабинете и не из академического интереса. Она родилась из личной боли и из вопросов, на которые мы долго не могли найти ответа.

Каждый из нас столкнулся с онкологией не как наблюдатель, а как участник.

Кто-то – как врач.

Кто-то – как пациент.

Кто-то – как человек, потерявший близких.

Сегодня почти нет семьи, которую бы не коснулось слово «рак». В развитых странах вероятность услышать этот диагноз в течение жизни есть у каждого второго человека. В глобальном масштабе – у каждого пятого. Мы живём дольше, медицина развивается, и рак всё чаще становится частью человеческого пути. Но когда диагноз приходит в дом, статистика перестаёт иметь значение. Остаётся только один вопрос – «Почему?» Почему именно сейчас? Почему именно со мной? И можно ли увидеть в болезни не только разрушение, но и сигнал?

Я пришла к этой теме не как исследователь, а как человек, который потерял мужа от рака лёгких. Моего дедушку забрал рак поджелудочной железы. А несколько лет назад мне самой пришлось пройти через серьёзное медицинское вмешательство, которое изменило моё отношение к телу и к жизни. Эти события перевернули моё восприятие.

Я увидела, что рак – это не только биология. Это всегда кризис системы. Не только клеток, но и жизни в целом. Это точка, где сходятся стресс, усталость, подавленные эмоции, утрата смысла, хроническое напряжение – и молекулярные процессы, которые современная наука только начинает глубоко понимать. Как говорит Садхгуру: «Тело – это не машина, это живой процесс. И если процесс нарушается, тело всегда подаёт сигнал».

Книга написана в соавторстве с настоящими профессионалами своего дела и жизни – Леонидом Гудкиным и Дауреном Ошакбаевым.

Леонид Гудкин¹ – врач по образованию и по сути своего пути. С детства в медицине, он вырос в среде практикующих врачей и рано вошёл в живую, настоящую работу с людьми. Сегодня он – практик, ежедневно находящийся «на первой линии» – в прямом контакте с пациентами, сопровождая их через сложные состояния и процессы восстановления. Он не наблюдает со стороны – он идёт рядом. Его подход – целостный: он работает не только с диагнозом, но с человеком и его жизнью.

Даурен Ошакбаев – аналитик и исследователь по своей природе. Он умеет видеть систему там, где другие видят разрозненные факты. При этом его сила – не только в интеллекте. Он сам прошёл через свой кризис роста, и прошёл его достойно – с честностью к себе и внутренней опорой. В работе он надёжен, точен и глубок. Тот, на кого можно опереться – и в анализе, и в процессе.

Эта книга не отрицает медицину и не противопоставляет себя доказательной онкологии. Мы глубоко уважаем научные исследования, клинические данные и достижения современной терапии. Но мы также задаём вопросы, которые редко звучат вслух. Почему иммунная система

¹ <https://un-sci.com/ru/2026/02/15/rak-kak-sistemnoe-zabolevanie-izlechenie-vozmozhno-tolko-pri-kompleksnoj-terapii/>

иногда способна уничтожить опухоль самостоятельно? Почему хронический стресс влияет на экспрессию генов? Почему изменения в жизни человека – в отношениях, в способе проживания эмоций, в уровне внутренней честности – иногда сопровождаются неожиданными ремиссиями? Где проходит граница между молекулой и человеческим переживанием? И существует ли она вообще?

Мы написали эту книгу, чтобы дать читателю опору. Чтобы расширить картину. Чтобы соединить науку, личный опыт и внимательное отношение к тому, как мы живём свою жизнь. Мы не предлагаем простых ответов и не даём гарантий. Мы не обвиняем и не романтизируем болезнь. Но мы верим, что даже в самой трудной ситуации у человека остаётся пространство для участия. Пространство для осознанности. Пространство для изменений. И в этом пространстве всегда есть место надежде. Потому что эта книга началась не с теории. Она началась с жизни.

Анара Джумабаева

4 мая 2026 года

Примечание авторов

Эта книга – результат многомесячного исследования научной литературы по психонейроиммунологии, онкологии и психологии здоровья. В её основе лежат данные рецензируемых журналов, клинических исследований и работ ведущих специалистов в области связи психики и тела. 1250 документов и книг было изучено по 28 темам.

Истории пациентов, которые вы встретите на этих страницах, являются собирательными образами. Они созданы на основе реальных медицинских случаев и типичных ситуаций, с которыми сталкиваются онкологические пациенты. Имена, обстоятельства и детали изменены для защиты конфиденциальности.

Эта книга не является медицинским руководством и не заменяет консультацию врача. Если вам поставлен онкологический диагноз, первым шагом должно быть обращение к квалифицированному онкологу. Всё, что описано здесь – психологические подходы, работа со стрессом, питание, движение, сон – может дополнять медицинское лечение, но не заменять его.

При работе над книгой мы использовали современные инструменты искусственного интеллекта для исследования источников и редактирования текста. Каждый факт был проверен, каждая мысль – продумана, каждое слово – взвешено. Это наша книга, написанная с помощью технологий, которые меняют способ работы с информацией.

Мы надеемся, что она поможет вам – или тем, кого вы любите – найти опору в трудное время.

Глава 1. Пациентка, которая не умерла

Второго февраля 2006 года Анита Мурджани не могла самостоятельно дышать.

Её тело, изъеденное лимфомой Ходжкина четвёртой стадии, сдавалось. Опухоли размером с лимон выпирали из-под кожи на шее и в паху. Её лёгкие наполнялись жидкостью. Печень и почки отказывали. Токсины, которые организм больше не мог выводить, отравляли мозг – она то приходила в сознание, то снова проваливалась в темноту.

В приёмном покое гонконгской больницы врачи работали быстро, но без надежды. Они знали эту историю: четыре года борьбы, бесконечные курсы химиотерапии, временные улучшения, сменявшиеся рецидивами. Теперь опухолевые клетки проникли в каждый уголок её лимфатической системы – от основания черепа до копчика.

Онколог отвёл мужа Аниты в сторону. Даже если бы они начали очередной курс химиотерапии прямо сейчас – а они не могли, потому что её органы не выдержали бы токсичных препаратов – это уже не имело смысла. Речь шла о часах, максимум о сутках.

Дэнни Мурджани смотрел на жену через стекло реанимационной палаты. Её веки были закрыты. Мониторы пищали свой монотонный отсчёт. Он не знал, что за этими закрытыми веками разворачивалось нечто, что изменит не только её жизнь, но и бросит вызов всему, что мы думаем о границах человеческой биологии.

То, что Анита описывала позже, не укладывалось в рамки медицинского отчёта.

Она говорила, что покинула своё тело. Не метафорически – буквально. Она видела себя на больничной койке сверху, видела врачей, суетившихся вокруг, видела мужа в коридоре, прижавшегося лбом к стене. Она слышала разговор между доктором и братом, который происходил в сорока футах от её палаты, за закрытыми дверями.

Но самым странным было не это.

Анита рассказывала, что оказалась в пространстве, которое невозможно описать человеческим языком. Там не было времени в привычном понимании – прошлое, настоящее и будущее существовали одновременно. Там не было границ между ней и остальной вселенной. И там было присутствие – необъятное, всеобъемлющее чувство безусловной любви, какого она никогда не испытывала при жизни.

«Я поняла, – говорила она потом, – что всю жизнь жила в страхе. Страх не соответствовать ожиданиям. Страх разочаровать родителей. Страх быть собой. И этот страх... он буквально убивал меня. Моё тело просто воплощало то, что происходило в моей душе».

В этом состоянии – назовите его околосмертным опытом, галлюцинацией умирающего мозга или чем-то, для чего у нас нет названия – ей был предложен выбор. Она могла уйти окончательно. Или вернуться, но с одним условием: она должна была перестать бояться.

Анита выбрала вернуться.

Утром третьего февраля медсёстры заметили, что показатели стабилизировались.

На четвёртый день врачи провели контрольное сканирование и не поверили результатам. Опухоли уменьшились на семьдесят процентов. Семьдесят процентов за четыре дня – без химиотерапии, без радиации, без какого-либо агрессивного вмешательства.

Через три недели Аниту выписали из больницы.

Через пять недель повторная биопсия не обнаружила раковых клеток. Вообще. Лимфома Ходжкина четвёртой стадии с множественными метастазами, поразившая все основные лимфоузлы тела, исчезла.

Доктор Питер Ко, американский онколог, изучивший медицинскую документацию Аниты, был озадачен. Он сказал: «Химиотерапия физически не могла произвести такой эффект за такой срок. Тем более в условиях полиорганной недостаточности, когда мы не могли

даже ввести стандартные дозы препаратов. Что-то другое запустило регрессию этой опухоли. Что-то, чего мы пока не понимаем».

Можно отложить эту книгу прямо сейчас, посчитав историю Аниты Мурджани красивой выдумкой, благочестивым мифом или – в лучшем случае – статистической аномалией, не заслуживающей серьёзного внимания. Спонтанные ремиссии рака случаются: один случай на шестьдесят тысяч, может, на сто тысяч. Редко, но случаются. Возможно, это просто повезло одному человеку, и глупо строить на этом какие-то теории.

Это был бы рациональный, защитный ответ. Но прежде чем вы решите, позвольте задать несколько вопросов.

Почему официальная медицина, способная объяснить механизм действия тысяч лекарств, не может объяснить, как организм иногда уничтожает рак самостоятельно? Почему мы изучаем неудачи лечения, но почти не изучаем случаи необъяснимого успеха? И если хотя бы в некоторых случаях человеческое тело способно победить рак без химии и скальпеля – что именно запускает этот процесс? Можно ли это воспроизвести?

Мы живём в эпоху, когда иммунотерапия совершает революцию в онкологии, когда учёные учатся перепрограммировать Т-клетки на охоту за опухолями. Мы узнали, что иммунная система куда мощнее, чем считалось раньше. Но вот парадокс: чем глубже мы погружаемся в молекулярную биологию рака, тем дальше отходим от вопроса, который пациенты задают с самого начала: «Почему я?»

Почему именно этот человек заболел именно сейчас?

И, что ещё важнее: почему некоторые выздоравливают, когда по всем прогнозам не должны?

Эта книга – попытка исследовать территорию, которую современная медицина предпочитает обходить стороной.

Давайте сразу договоримся: эта книга не будет убеждать вас в том, что позитивное мышление лечит рак. Это было бы жестокой ложью: слишком много прекрасных, мужественных, светлых людей умирают от этой болезни, и их смерть – не результат «неправильных мыслей». Обвинять жертву – последнее, что стоит делать.

Эта книга также не отговаривает от химиотерапии, хирургии или любого другого лечения, которое предлагает доказательная медицина. Любой разумный человек, получив диагноз, первым делом запишется к онкологу.

Но есть темы, о которых большинство книг по онкологии молчат. И в них стоит разобраться.

Существует растущий массив данных – не отдельных случаев, а рецензируемых исследований – о том, как хронический стресс подавляет иммунную систему на молекулярном уровне. Как одиночество меняет экспрессию генов в лейкоцитах. Как определённые паттерны поведения – подавление гнева, самопожертвование, неспособность сказать «нет» – коррелируют с худшими исходами при раке. Как адреналин и кортизол не просто ослабляют защиту организма, но буквально подкармливают опухоль, стимулируя рост её сосудов.

Есть данные и с другой стороны: о том, как глубокая релаксация активирует противоопухолевые клетки. Как групповая терапия может менять биологические маркеры. Как некоторые люди, пережившие радикальную трансформацию – изменение убеждений, выход из токсичных отношений, обретение смысла – демонстрировали ремиссии, которые врачи не могли объяснить.

Где проходит граница между наукой и мистификацией? Эту территорию населяют не только исследователи из Стэнфорда и Гарварда, но и шарлатаны, продающие ложную надежду. Есть концепции, которые убивают людей, – и эта книга будет называть их прямо.

Но есть и вопросы, на которые честный ответ – «мы пока не знаем».

История Аниты Мурджани не единственная.

В мировой медицинской литературе задокументированы тысячи случаев спонтанной регрессии рака. Нейробластомы у младенцев, которые исчезают без лечения. Меланомы, которые рассасываются, оставляя после себя лишь пятна витилиго. Почечно-клеточные карциномы, метастазы которых исчезают после удаления первичной опухоли – хотя по всем законам биологии они должны были продолжать расти.

В 1966 году исследователи Иверсон и Коул систематизировали 176 неопровержимых случаев и доказали: эти истории – не выдумки и не ошибки диагностики. Биология человека содержит скрытые механизмы самоисцеления, способные уничтожить даже терминальную болезнь.

Но почему у одних людей эти механизмы включаются, а у других – нет?

Доктор Келли Тернер, исследователь из Калифорнийского университета, проанализировала более полутора тысяч случаев того, что она называет «радикальной ремиссией». Она искала закономерности – и нашла их. Девять факторов, которые присутствовали практически в каждом случае необъяснимого выздоровления.

Семь из девяти не имели отношения к диете, таблеткам или протоколам лечения. Они касались того, как человек проживал свою жизнь. Как он справлялся с подавленными эмоциями. Насколько сильным было его желание жить. Чувствовал ли он поддержку близких. Имела ли его жизнь смысл.

Вполне возможно, что это не магия, а психонейроиммунология – наука о том, как мозг, гормоны и иммунная система общаются друг с другом на языке молекул. Наука, которая показывает, что граница между «психическим» и «соматическим» – искусственная конструкция, удобная для учебников, но не существующая в реальном теле.

Вернёмся к Аните.

В своих интервью она снова и снова возвращалась к одной мысли: «Я поняла, что причиной моего рака был страх. Не генетика, не токсины, не вирус – страх. Страх быть собой. Страх, что меня не будут любить, если я перестану угождать всем вокруг».

Скептик скажет: это ретроспективное объяснение, попытка уцепившегося за жизнь сознания найти смысл в хаосе. И скептик будет частично прав: мы не можем доказать, что именно страх вызвал рак Аниты. Корреляция – не причинность. Тысячи людей живут в страхе и не болеют. Тысячи бесстрашных – болеют.

Но есть кое-что, что скептик не сможет так легко отместить.

Измеримые вещи. Кортизол в крови. Активность натуральных киллеров. Уровень провоспалительных цитокинов. Экспрессия генов в иммунных клетках. Всё это меняется в зависимости от того, что человек чувствует, как он интерпретирует свою жизнь, насколько он одинок или любим.

Если страх – хронический, непрерывный, вплетённый в ткань повседневности – может годами менять биохимию тела, то почему бы освобождению от страха не произвести обратный эффект?

Это не вопрос веры. Это вопрос исследований, которые ещё предстоит провести.

Эта книга устроена как путешествие – от того, что мы знаем точно, к тому, что мы только начинаем понимать, и дальше – к тому, что остаётся загадкой.

Мы начнём с твёрдой науки: с работ Стива Коула о том, как одиночество меняет геном, с исследований оси «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» и её роли в иммуносупрессии, с данных о том, как адреналин стимулирует метастазирование. Это территория рецензируемых журналов и воспроизводимых экспериментов.

Затем мы погрузимся глубже: в психологию личности, в концепцию «типа С», в работы Лоуренса ЛеШана о «песне души» и связи между утратой смысла жизни и началом болезни. Здесь данных меньше, интерпретаций больше, но нить рациональности всё ещё держится.

И наконец, мы выйдем на границу – туда, где заканчивается карта. Альтернативные теории, энергетические практики, изменённые состояния сознания. Мы увидим, что некоторые из

этих идей имеют неожиданную научную основу. А также взглянем на те, которые её не имеют – и поэтому могут быть опасны.

Главная ловушка этой темы – не скептицизм, а магическое мышление. Вера в то, что достаточно подумать «правильные мысли» – и рак исчезнет. А это может убивать людей – буквально так.

Но есть и другая ловушка – закрыть глаза на вопросы, которые не укладываются в учебники. Сказать: «Это невозможно», – и отвернуться.

Анита Мурджани сегодня жива.

С 2006 года – почти двадцать лет – болезнь не вернулась. Она написала книгу, которая стала бестселлером. Она ездит по миру и рассказывает свою историю. Врачи так и не смогли объяснить, что произошло.

Был ли её околосмертный опыт реальным прорывом в какое-то иное измерение или просто вспышкой нейрохимии в умирающем мозге, которая случайно совпала с биологической ремиссией? Излечил ли её отказ от страха – или это была счастливая случайность, одна на сто тысяч? Ответа нет. Но сам вопрос стоит задавать.

Не для того чтобы заменить онкологию мистикой. А для того чтобы понять, где заканчивается одно и начинается другое. И что находится между ними – в той зоне, где молекулы встречаются с человеческим духом.

Эта книга – попытка нарисовать карту этой территории.

Приступим.

Глава 2. Слепое пятно медицины

В 1891 году молодой хирург Вильям Коли сидел над историей болезни и не мог поверить своим глазам.

Семь лет назад в эту же нью-йоркскую больницу поступил пациент с неоперабельной саркомой шеи. Опухоль была огромной, хирургическое вмешательство невозможным, прогноз – однозначным. Пациента выписали умирать.

Но он не умер.

Вместо этого он подхватил тяжёлую бактериальную инфекцию – рожистое воспаление. Температура взлетела до сорока градусов. Несколько дней он балансировал между жизнью и смертью. А когда лихорадка наконец отступила, вместе с ней исчезла и опухоль.

Коли был потрясён. Он поднял архивы больницы и обнаружил ещё сорок семь подобных случаев – пациенты с неизлечимым раком, перенёсшие острую инфекцию и необъяснимо выздоровевшие. Сорок семь человек, которые должны были умереть, но почему-то выжили.

Что делает нормальный учёный, обнаружив закономерность?

Он пытается её воспроизвести.

То, что Коли сделал дальше, сегодня звучит как медицинское безумие. Он начал намеренно заражать онкологических больных бактериями. Сначала – живыми стрептококками, вызывающими рожу. Это было опасно: некоторые пациенты умирали от сепсиса. Тогда Коли разработал вакцину из убитых бактерий – смесь *Streptococcus pyogenes* и *Serratia marcescens*. Эта смесь, позже названная «токсинами Коли», вызывала контролируемую высокую лихорадку без риска настоящей инфекции.

Результаты были поразительными. Пациенты с саркомами мягких тканей, лимфомами, меланомами – опухолями, которые считались смертным приговором – выздоравливали. Не все. Не всегда. Но достаточно часто, чтобы это нельзя было списать на случайность.

Коли задокументировал сотни случаев ремиссии. Он опубликовал десятки статей. Он лечил пациентов этим методом почти сорок лет – до самой своей смерти в 1936 году.

А потом его работы были забыты.

Почему?

Ответ прост и неприятен: токсины Коли не вписывались в новую парадигму.

В начале двадцатого века медицина влюбилась в радиацию. Рентгеновские лучи были открыты в 1895 году, радий – в 1898-м. Облучение опухолей давало видимый, измеримый эффект. Оно было технологичным, «научным», современным. А метод Коли выглядел... странно. Заражать людей бактериями? Лечить рак лихорадкой? Это отдавало средневековьем.

Была и другая причина. Токсины Коли работали непредсказуемо. У одного пациента опухоль исчезала, у другого – нет. Механизм оставался загадкой. Как можно рекомендовать лечение, если не понимаешь, почему оно работает и для кого?

Когда появилась химиотерапия – сначала азотистый иприт в 1940-х, затем антиметаболиты в 1950-х – токсины Коли окончательно ушли в тень. Американское онкологическое общество внесло их в список «непроверенных методов». Дочь Коли, Хелен Коли Наутс, посвятила жизнь тому, чтобы сохранить архивы отца и доказать его правоту. Её практически не слушали.

Прошло почти сто лет. Сегодня Вильям Коли считается отцом иммунотерапии рака.

Нобелевская премия 2018 года по медицине была присуждена за открытие ингибиторов иммунных контрольных точек – препаратов, которые «снимают тормоза» с иммунной системы и позволяют ей атаковать опухоль. Это революция в онкологии. Пациенты с метастатической меланомой, которые раньше жили месяцами, теперь живут годами. Иногда – выздоравливают полностью.

И механизм, который лежит в основе этой революции, – тот же, что интуитивно нащупал Коли сто тридцать лет назад.

Когда бактерии попадают в организм, они вызывают «цитокиновый шторм» – массивный выброс сигнальных молекул иммунной системы: интерлейкинов, интерферонов, фактора некроза опухоли. Эти молекулы не только убивают бактерии – они активируют весь иммунитет, включая те клетки, которые должны охотиться на рак.

Оказалось, что многие опухоли умеют «прятаться» от иммунной системы. Они выделяют вещества, которые усыпляют бдительность защитников. Острая инфекция – как сирена тревоги: она будит уснувших стражей и перезапускает систему. Иногда эта перезагрузка оказывается достаточной, чтобы организм наконец увидел опухоль и уничтожил её.

Коли не знал слов «цитокины» или «NK-клетки», но он видел эффект, который медицина не захотела видеть. История Коли – не единственная.

В 1966 году два американских исследователя, Тильден Иверсон и Уоррен Коул, опубликовали монографию «Спонтанная регрессия рака». Они систематизировали сто семьдесят шесть случаев, когда злокачественные опухоли исчезали без лечения – или при лечении, которое не могло объяснить результат.

Сто семьдесят шесть задокументированных случаев. Биопсии до и после. Заключение патологоанатомов. Снимки. Это были не домыслы и не слухи, а медицинские факты.

Среди описанных случаев были меланомы, карциномы почки, нейробластомы, лимфомы. Некоторые пациенты перенесли тяжёлую инфекцию – как в историях Коли. Некоторые – нет. У некоторых было что-то общее: серьёзная психологическая травма или, наоборот, мощный духовный опыт. Некоторые просто... выздоровели, и никто не мог сказать почему.

Что сделало научное сообщество с этой монографией?

Практически ничего. О ней знают онкологи. На неё ссылаются в обзорах. Но никакой систематической программы по изучению спонтанных ремиссий не возникло. Почему одни люди выздоравливают, а другие – нет? Можно ли найти закономерности? Можно ли воспроизвести условия?

Эти вопросы остались без ответа. Существует статистика, которую редко цитируют.

Спонтанная регрессия рака случается примерно в одном случае из шестидесяти – ста тысяч диагнозов. Это очень мало, но не «никогда».

Если в мире ежегодно диагностируется около двадцати миллионов новых случаев рака, то простая арифметика даёт от двухсот до трёхсот спонтанных ремиссий в год.

Сколько из них фиксируется в медицинской литературе? Двенадцать – двадцать четыре случая. Остальные растворяются в статистике. Пациенты, объявленные неизлечимыми, часто выпадают из поля зрения врачей. Если они выздоравливают, то редко возвращаются в клинику для документирования чуда. Хочется забыть о болезни, есть опасения, что им не поверят. А медицина продолжает не замечать то, что не укладывается в её модель.

Есть опухоли, которые регрессируют чаще других.

Нейробластома – рак нервной ткани, поражающий в основном младенцев. При определённом подтипе (так называемом «4S») до семидесяти пяти процентов опухолей исчезают сами, без лечения. Семьдесят пять процентов! Ребёнок с метастазами в печени, коже, костном мозге – выздоравливает, потому что его незрелые раковые клетки вдруг «вспоминают», как нужно взрослеть, дифференцироваться в нормальную ткань.

Меланома – одна из самых агрессивных опухолей – одновременно одна из самых часто регрессирующих. Иногда регрессия сопровождается витилиго – участками депигментации кожи. Иммунная система, атакуя раковые клетки, заодно уничтожает и здоровые меланоциты – такой побочный эффект победы.

Почечно-клеточный рак демонстрирует так называемый «абскопальный эффект» – от латинского *ab scopis*, «вдали от цели». Врачи облучают одну опухоль – а исчезают метастазы в

совершенно других частях тела, которых радиация не касалась. Лёгкие не облучали – а метастазы в лёгких рассосались. Удаление основной массы рака снимает иммуносупрессию, и организм справляется с остальным.

Долгое время это считалось курьёзом. Сейчас механизм понятен: радиация вызывает так называемую «иммуногенную гибель клеток». Умирающие под облучением раковые клетки выбрасывают в кровь свои специфические белки-антигены. Это своего рода вакцинация: иммунная система получает «ориентировку» на врага и начинает искать его по всему организму.

Эти случаи указывают на то, что тело может знать, как уничтожать рак. Механизмы существуют, и возможно, они встроены в нас эволюцией. Вопрос в том, почему они работают не всегда.

Абскопальный эффект редок. Он случается примерно у одного из ста пациентов. Но когда он случается – это чудо, которое можно измерить и задокументировать.

Почему у девяноста девяти не случается? Что отличает того одного? Мы не знаем.

В 2014 году доктор Келли Тернер опубликовала книгу «Радикальная ремиссия». Тернер – исследователь из Калифорнийского университета. Она потратила десять лет на изучение более тысячи пятисот случаев, когда люди выздоравливали от рака вопреки прогнозам. Она объездила десять стран, интервьюируя выживших пациентов и целителей, которые с ними работали. Её главное открытие: среди этих случаев есть закономерности.

Тернер выделила девять факторов, которые присутствовали почти в каждой истории радикальной ремиссии. Два из них – вполне физические: радикальное изменение диеты и использование трав или добавок. Но остальные семь касались не тела, а чего-то другого.

Взятие ответственности за своё здоровье. Следование интуиции. Освобождение от подавленных эмоций. Увеличение положительных эмоций. Принятие социальной поддержки. Углубление духовной связи. Наличие сильных причин жить.

Это не рецепт и не гарантия. Тернер не утверждала, что можно вылечить рак позитивным мышлением. Но она подняла вопрос: если эти факторы присутствуют в подавляющем большинстве случаев необъяснимого выздоровления – не стоит ли изучить их серьёзно?

Почему медицинское сообщество отреагировало прохладно?

Вероятно, дело в том, что современная медицина – система, оптимизированная под определённый тип знания.

Она прекрасно работает с тем, что можно стандартизировать – протоколы лечения, клинические испытания, рандомизация, двойное слепое с плацебо-контролем. Это позволяет отделить работающее от неработающего, доказательное от шарлатанского. Это спасло миллионы жизней, и совершенно неуместно критиковать доказательную медицину как принцип.

Но у этой системы есть слепое пятно: она плохо работает с уникальным, с тем, что не воспроизводится по протоколу и считается «выбросами» из статистики.

Спонтанная ремиссия – это всегда выброс. Один случай на шестьдесят тысяч. Как его изучать? Невозможно провести рандомизированное испытание. Невозможно создать контрольную группу. Можно только собирать случаи *post factum* и искать корреляции – а корреляции, как известно, не доказывают причинность.

В этот момент срабатывает защитный механизм. Если явление нельзя изучить стандартными методами – проще объявить его статистическим шумом или ошибкой диагностики. И вернуться к тому, что поддаётся измерению.

Но вот что интересно. Современная иммунотерапия – та самая, нобелевская – тоже не работает для всех. Ингибиторы контрольных точек дают ответ примерно у тридцати-сорока процентов пациентов с меланомой. У остальных шестидесяти-семидесяти процентов – нет. Почему?

Учёные ищут биомаркеры, которые позволили бы предсказать, кому поможет иммунотерапия. Они изучают мутационную нагрузку опухоли, экспрессию определённых белков, состав микробиома. Это сложная, важная работа.

А что если часть ответа лежит в той же зоне, которую нашла Келли Тернер? Что если иммунотерапия лучше работает у людей с определёнными психологическими характеристиками? С низким уровнем хронического стресса? С высокой социальной поддержкой? С ощущением смысла жизни?

Есть достаточно твёрдые данные о том, что хронический стресс подавляет противоопухолевый иммунитет. Существуют исследования, показывающие, что бета-блокаторы – препараты, блокирующие действие адреналина – повышают эффективность иммунотерапии почти вдвое. Если стресс можно заблокировать таблеткой – значит, он реален, измерим, биологичен.

Так почему бы не исследовать, можно ли заблокировать его иначе?

Сто тридцать лет назад Вильям Коли смотрел на пациентов, которые должны были умереть, но выздоровели. Он спрашивал: почему? Пытался воспроизвести условия. Тогда его не послушали, но сегодня, спустя сто лет, мы знаем, что Коли был прав. Иммунная система может уничтожить рак, и мы даже научились её активировать – иммунотерапией.

Но мы до сих пор не знаем, почему у одних людей иммунитет «просыпается» сам, а у других – нет. Мы не знаем, какую роль играет психика, стресс, эмоции, смысл жизни. Мы не знаем, потому что не изучаем.

Эта глава завершится историей, которая произошла в 2021 году.

Исследователи из онкологического центра Розуэлл Парк провели клиническое испытание. Они давали пациентам с метастатической меланомой стандартную иммунотерапию (пембролизумаб) в комбинации с обычным препаратом от давления – пропранололом. Пропранолол – бета-блокатор, он блокирует действие адреналина.

Результаты: частота ответа на лечение составила семьдесят восемь процентов. Это вдвое выше, чем обычно даёт иммунотерапия в одиночку. То есть простая таблетка от стресса удвоила эффективность нобелевского лечения.

Исследователи были удивлены. Механизм оказался предсказуемым: пропранолол снижал уровень интерлейкина-6 – воспалительного маркера, связанного с хроническим стрессом. Когда стресс был заблокирован фармакологически, иммунотерапия заработала в полную силу.

Это исследование не совсем про психосматику, но оно указывает на важный момент: стресс – не абстракция, это молекулы, которые мешают организму бороться с раком.

Если мы можем заблокировать их таблеткой – отлично. Но что если есть и другие способы?

Вильям Коли не дожил до Нобелевской премии за иммунотерапию. Он умер в 1936 году, убеждённый в своей правоте, но отвергнутый современниками. Его дочь Хелен посвятила жизнь реабилитации его наследия и тоже не дожидая триумфа – она умерла в 2001 году.

В 2013 году журнал Science назвал иммунотерапию рака «прорывом года». В нобелевских лекциях 2018 года имя Коли упоминалось с почтением.

История медицины полна таких опозданий. Земмельвейс умер в психиатрической больнице – за двадцать лет до того, как мытьё рук стало стандартом. Барри Маршалл выпил культуру хеликобактера, чтобы доказать, что язва – инфекция, а не «стресс» – и ждал Нобелевской премии двадцать три года.

Может быть, через сто лет историки медицины напишут: «В начале двадцать первого века существовали убедительные данные о связи психики и рака, но научное сообщество не было готово их принять».

Хочется верить, что они ошибутся.

Хочется верить, что мы начнём задавать правильные вопросы сейчас.

А для этого нужно сначала признать: у нас есть слепое пятно.

Глава 3. Геном слушает

В начале двухтысячных годов профессор Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе Стив Коул занимался тем, что большинству его коллег казалось абсурдным: он пытался понять, как субъективные переживания человека – одиночество, страх, ощущение угрозы – могут влиять на поведение генов в иммунных клетках. Сама постановка вопроса звучала едва ли не еретически, потому что генетика и психология традиционно существовали в разных вселенных, говорили на разных языках и относились друг к другу с вежливым равнодушием.

Коул был вирусологом по образованию, и его путь к социальной геномике начался с ВИЧ-инфекции. В девяностые годы он изучал, почему одни ВИЧ-положительные пациенты быстро прогрессируют к СПИДу, а другие десятилетиями остаются относительно здоровыми при том же вирусе в крови. Ответ, который он нашёл, перевернул его представления о биологии: скорость прогрессии болезни коррелировала не только с количеством вируса, но и с тем, насколько человек чувствовал себя одиноким и социально отвергнутым.

Это было странно. Это было неудобно. Это требовало объяснения.

Чтобы понять открытие Коула, нужно сначала понять, что такое экспрессия генов и почему она важнее, чем сами гены.

Геном человека – это библиотека из примерно двадцати тысяч генов, записанных в ДНК каждой клетки тела. Но наличие книги на полке не означает, что её читают: в любой момент времени в конкретной клетке активна лишь часть генов, а остальные молчат. Процесс «включения» гена – когда с него считывается информация и производится белок – называется экспрессией, и именно паттерн экспрессии определяет, кем станет клетка и как она себя поведёт.

Раковая клетка отличается от здоровой не столько мутациями (хотя они тоже важны), сколько тем, какие гены в ней включены, а какие выключены. Гены, подавляющие рост, замолкают; гены, стимулирующие деление, начинают работать на полную мощность. Иммунная клетка, которая должна атаковать опухоль, может «забыть» об этой функции, если в ней активируется неправильный набор генов.

До Коула считалось, что экспрессия генов регулируется преимущественно биохимическими сигналами: гормонами, цитокинами, факторами роста. Никто всерьёз не предполагал, что субъективное восприятие мира – то, как человек интерпретирует свою социальную ситуацию – может добраться до клеточного ядра и перепрограммировать работу генов. Но Коул показал, что может.

В 2007 году его лаборатория опубликовала исследование, которое стало поворотным моментом в истории психонейроиммунологии.

Коул и его коллеги взяли образцы крови у четырнадцати человек с высоким уровнем хронического одиночества и у четырнадцати человек, которые чувствовали себя социально включёнными и поддержанными. Важно подчеркнуть: речь шла именно о субъективном ощущении одиночества, а не об объективной изоляции. Человек мог быть окружён людьми, иметь семью и работу, но при этом чувствовать себя глубоко одиноким – и именно это чувство измеряли исследователи.

Затем учёные извлекли лейкоциты – белые кровяные клетки, составляющие основу иммунной системы – и проанализировали экспрессию генов в них с помощью технологии микрочипов, позволяющей одновременно оценить активность тысяч генов.

Результаты показали, что у одиноких людей работает совершенно иной генетический «оркестр». В их лейкоцитах была повышена активность генов, связанных с воспалением (интерлейкин-1 β , интерлейкин-8, циклооксигеназа-2), и понижена активность генов, отвечающих за противовирусную защиту (интерфероны, иммуноглобулины). Этот паттерн Коул

назвал «консервативной транскрипционной реакцией на невзгоды» – Conserved Transcriptional Response to Adversity, или CTRA.

«Консервативной» – потому что этот паттерн оказался эволюционно древним, он обнаруживается не только у людей, но и у других приматов. «На невзгоды» – потому что он активируется не только одиночеством, но и любым хроническим социальным стрессом: низким статусом, ощущением угрозы, неопределённостью будущего.

Чтобы понять биологическую логику CTRA, нужно мысленно перенестись на сто тысяч лет назад, в африканскую саванну, где формировался наш вид.

Для наших предков социальная изоляция была смертельно опасной. Человек, оторванный от группы, оказывался один на один с хищниками, без помощи в охоте и без защиты во время сна. Но изоляция несла ещё одну специфическую угрозу: раны. Одиноким человеком с большей вероятностью получал травмы от когтей и зубов, а значит, его главным врагом становились бактерии, проникающие через повреждённую кожу.

Вирусы, напротив, распространяются в тесных группах: чем больше социальных контактов, тем выше риск респираторной инфекции. Для человека в племени вирусы опаснее, чем для одиночки.

Эволюция выработала элегантное решение: иммунная система научилась «слышать» сигналы о социальной ситуации и перестраивать свою стратегию. Если мозг сигнализирует об изоляции и угрозе, лейкоциты переключаются в «противобактериальный» режим – усиливают воспалительный ответ, который помогает справляться с инфекцией ран. Одновременно они экономят ресурсы на противовирусной защите, которая в условиях изоляции менее актуальна.

Эта логика работала превосходно в саванне. Проблема в том, что современный человек может десятилетиями жить в состоянии хронического социального стресса – одинокий в толпе, тревожный на работе, неуверенный в будущем – и всё это время его иммунная система будет функционировать так, словно ему вот-вот придётся отбиваться от леопарда.

Хроническое воспаление – вот ключевое слово, которое связывает открытия Коула с онкологией.

Когда гены воспалительного ответа работают не днями, как при реальной инфекции, а годами, их продукты – провоспалительные цитокины – начинают повреждать собственные ткани организма. Интерлейкин-6, один из главных маркеров воспаления, не просто сигнализирует о проблеме: в избытке он стимулирует деление клеток, подавляет апоптоз (программируемую клеточную смерть), способствует росту сосудов. Всё это – идеальные условия для раковой клетки.

Параллельно CTRA подавляет противовирусные гены. Казалось бы, какое отношение вирусы имеют к раку? Самое прямое: часть противовирусных механизмов отвечает также за распознавание и уничтожение собственных клеток, которые начали бесконтрольно делиться. Интерфероны, например, не только борются с вирусами, но и активируют противоопухолевый иммунитет.

Таким образом, CTRA создаёт в организме среду, которую можно назвать «пермиссивной» для рака: воспаление подливает топливо в огонь, а ослабленная защита не может вовремя затушить искры.

Скептик возразит: четырнадцать человек в выборке – это несерьёзно, это пилотное исследование, из которого нельзя делать далеко идущих выводов.

Коул и его коллеги провели десятки последующих исследований, которые воспроизвели и расширили первоначальные находки. CTRA обнаружили у людей с низким социоэкономическим статусом, у жертв насилия, у тех, кто ухаживает за тяжелобольными родственниками, у переживших утрату. Паттерн оказался удивительно устойчивым и универсальным.

Но самое важное подтверждение пришло из экспериментов на животных, где можно было установить причинно-следственную связь, а не просто корреляцию.

В серии исследований на макаках-резусах учёные манипулировали социальным статусом животных, перемещая их между группами. Когда макака оказывалась внизу иерархии, в её лейкоцитах активировался CTRA-паттерн. Когда её статус повышался, экспрессия генов менялась в обратную сторону. Это была причинно-следственная связь, а не артефакт: именно изменение социальной ситуации вызывало изменение генома, а не наоборот.

Есть ещё одно открытие Коула, которое особенно важно для нашей темы, и оно касается различия между двумя типами счастья.

Философы со времён Аристотеля различают гедонию – удовольствие от приятных переживаний, потребления, комфорта – и эвдемонию – глубокое удовлетворение от осмысленной жизни, служения чему-то большему, чем собственные желания. Большинство людей интуитивно понимают, что это разные вещи, но до недавнего времени казалось, что для биологии такие философские тонкости не имеют значения: счастье есть счастье, и неважно, откуда оно берётся. Коул же показал, что геном думает иначе.

В исследовании 2013 года его группа измерила уровень гедонического и эвдемонического благополучия у восьмидесяти добровольцев, а затем проанализировала экспрессию генов в их лейкоцитах. Обе группы – и гедонисты, и эвдемонисты – сообщали о высоком уровне субъективного счастья. Психологически они чувствовали себя одинаково хорошо.

Но на уровне генов картина была совершенно разной. У людей с преобладанием эвдемонического счастья CTRA был подавлен: низкое воспаление, высокая противовирусная защита. У людей с преимущественно гедоническим счастьем CTRA оставался активным, несмотря на их позитивное самочувствие.

Иными словами, геном различает поверхностное удовольствие и глубокий смысл. Можно чувствовать себя счастливым, потребляя, развлекаясь и избегая трудностей, – но тело при этом будет реагировать так, словно вы в опасности. А можно жить трудной, но осмысленной жизнью – и тело будет функционировать в режиме безопасности и восстановления.

И здесь мы подходим к вопросу, который неизбежно возникает: как именно субъективное переживание добирается до генов?

Механизм, насколько мы его понимаем сегодня, включает несколько звеньев.

Первое звено – восприятие. Мозг постоянно оценивает социальную ситуацию: безопасная она или угрожающая, принадлежу я к группе или отвергнут. Эта оценка происходит в значительной степени бессознательно, в структурах вроде миндалины и префронтальной коры.

Второе звено – нейроэндокринная сигнализация. Если мозг решает, что ситуация угрожающая, он активирует две системы: симпатическую нервную систему (выброс адреналина и норадреналина) и ось «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» (выброс кортизола). Эти гормоны разносятся кровью по всему телу.

Третье звено – рецепторы на иммунных клетках. Лейкоциты имеют рецепторы к адреналину, норадреналину и кортизолу. Когда гормоны стресса связываются с этими рецепторами, внутри клетки активируются сигнальные каскады.

Четвёртое звено – транскрипционные факторы. Это белки, которые могут проникать в клеточное ядро и прикрепляться к определённым участкам ДНК, включая или выключая гены. Один из ключевых игроков здесь – NF-κB, «мастер-регулятор» воспаления, который активируется стрессовыми сигналами.

Пятое звено – собственно изменение экспрессии. Под влиянием транскрипционных факторов одни гены начинают «читаться» активнее, другие – замолкают. Клетка производит другой набор белков, и её поведение меняется.

Весь этот каскад – от мысли до молекулы – занимает минуты или часы. Если стресс кратковременный, система возвращается к норме. Если стресс хронический, новый паттерн экспрессии закрепляется, иногда на годы.

Теперь представьте человека, который двадцать лет жил в токсичных отношениях, не умел говорить «нет», подавлял гнев и чувствовал себя одиноким даже в браке. Каждый день его мозг посылал телу сигнал: «Опасность, ты отвергнут, ты под угрозой». Каждый день его лейкоциты перенастраивали свою генетическую программу: больше воспаления, меньше защиты.

Когда у такого человека возникает раковая клетка – а они возникают у всех, это неизбежный побочный продукт клеточного деления – его иммунная система может оказаться неспособной распознать и уничтожить её вовремя. Не потому что он «притянул рак мыслями», а потому что десятилетия хронического стресса перепрограммировали его иммунитет на борьбу с другим врагом.

И это же объясняет, почему изменение жизненной ситуации – выход из токсичных отношений, обретение смысла, восстановление социальных связей – может влиять на течение болезни. Не напрямую, не мгновенно, не гарантированно, но через тот же механизм, только в обратную сторону: новый сигнал от мозга, новый гормональный фон, новый паттерн экспрессии генов, другое поведение иммунных клеток.

Любопытна история, которую Стив Коул описывает в своих лекциях.

Одна из его пациенток – женщина средних лет, назовём её Маргарет – пришла к нему с диагнозом рака молочной железы. Она была типичным представителем того, что психологи называют «личностью типа С»: всю жизнь заботилась о других, никогда не жаловалась, подавляла негативные эмоции, не умела просить о помощи. Её брак был функциональным, но лишённым близости; её работа была успешной, но лишённой смысла.

Коул взял образцы её крови и проанализировал экспрессию генов в лейкоцитах. Картина была предсказуемой: выраженный CTRA-паттерн, высокое воспаление, низкая противовирусная защита.

Маргарет прошла стандартное лечение – хирургию и химиотерапию. Но параллельно она начала психотерапию, впервые в жизни заговорив о своих настоящих чувствах. Она училась злиться, училась говорить «нет», училась просить о том, что ей нужно. Она развелась с мужем – не в гневе, а с печалью и облегчением. Она нашла работу, которая имела для неё смысл.

Через год Коул снова взял у неё кровь на анализ. Экспрессия генов изменилась: воспалительные маркеры снизились, противовирусные гены активировались. Её иммунная система перестроилась в режим, более благоприятный для борьбы с раком.

Эта история не доказывает, что психотерапия лечит рак – для таких выводов нужны рандомизированные контролируемые испытания с большими выборками. Но она иллюстрирует принцип: то, как мы живём, отражается в том, как работают наши гены.

Важно сказать о том, чего открытия Коула не означают.

Они не означают, что человек «виноват» в своём раке. Раковые клетки возникают по множеству причин – генетическая предрасположенность, канцерогены, вирусы, случайные ошибки при копировании ДНК – и ни одна из этих причин не связана с характером или эмоциями пациента. CTRA влияет на вероятность того, что иммунная система справится с возникшей угрозой, но он не создаёт угрозу из ничего.

Они не означают, что можно вылечить рак позитивным мышлением. Связь между психикой и иммунитетом – это один фактор из многих, и часто не самый важный. Генетика опухоли, её чувствительность к терапии, стадия обнаружения – всё это может перевесить любые психологические факторы.

Они не означают, что нужно избегать стресса любой ценой. Кратковременный стресс – нормальная и даже полезная часть жизни, он мобилизует ресурсы и помогает справляться с вызовами. Проблема в хроническом, безвыходном стрессе, который длится месяцы и годы.

Но открытия Коула означают кое-что очень важное: граница между «психическим» и «физическим» – иллюзия. То, что мы чувствуем, буквально записывается в наших клетках. И это знание открывает новые возможности для медицины.

В 2019 году группа исследователей из Университета Майами провела рандомизированное контролируемое испытание: они давали пациентам с метастатическим раком молочной железы либо стандартное лечение, либо стандартное лечение плюс интенсивную программу управления стрессом, включавшую когнитивно-поведенческую терапию, релаксацию и социальную поддержку.

Через год исследователи измерили экспрессию генов в лейкоцитах участниц. У тех, кто прошёл программу управления стрессом, СТРА-паттерн был значительно ослаблен по сравнению с контрольной группой. Их иммунная система перестроилась – не силой воли, не позитивными аффирмациями, а благодаря систематической работе с психологическими и социальными факторами стресса.

Означает ли это, что участницы экспериментальной группы прожили дольше? На этот вопрос исследование не ответило – для этого нужны более длительные наблюдения и большие выборки. Но оно ответило на другой вопрос: можем ли мы целенаправленно изменить экспрессию генов через психологические интервенции?

Да, можем.

Стив Коул любит говорить, что геном – не книга судьбы, а скорее сценарий для пьесы, которая разыгрывается каждый день заново. Какие реплики прозвучат сегодня, зависит не только от текста, но и от режиссёра, от актёров, от того, что происходит за кулисами.

Мы не можем переписать свой генетический код – он дан нам при рождении и останется с нами до смерти. Но мы можем влиять на то, какие его части будут звучать громко, а какие – молчать.

Одиночество включает одни гены. Связь и принадлежность – другие. Хронический страх программирует клетки на один режим работы. Смысл и безопасность – на другой.

Это не отменяет химиотерапию, хирургию и иммунотерапию. Это добавляет ещё один уровень понимания – и ещё один рычаг воздействия.

Когда пациент спрашивает: «Что я могу сделать сам, помимо лечения?» – теперь есть научно обоснованный ответ. Работайте с хроническим стрессом. Восстанавливайте социальные связи. Ищите смысл. Учитесь выражать эмоции. Потому что геном слушает.

Глава 4. Портрет типа С

В середине восьмидесятых годов прошлого века психолог Лидия Темошок работала в клинике, специализировавшейся на лечении меланомы, и заметила нечто странное: многие её пациенты были на удивление милыми людьми – настолько милыми, что это начинало казаться подозрительным.

Они не жаловались на боль, даже когда было больно. Они не злились на болезнь, на врачей, на судьбу. Они заботились о чувствах окружающих, извинялись за причинённые неудобства, улыбались медсёстрам и спрашивали, как у тех дела. Они были, по всем внешним признакам, образцовыми пациентами и образцовыми людьми – те, кого принято называть «приятными в общении».

И они умирали чаще, чем следовало бы по прогнозам.

Темошок стала систематически изучать этих пациентов, сопоставляя их психологические профили с толщиной опухоли по Бреслоу – ключевым показателем агрессивности меланомы. То, что она обнаружила, легло в основу концепции, которую она назвала «личностью типа С» – по аналогии с уже известными кардиологам типами А и В, но с совершенно иным рисунком.

Чтобы понять тип С, нужно сначала вспомнить его предшественников.

Тип А был описан кардиологами Мейером Фридманом и Рэем Розенманом в пятидесятые годы: амбициозный, нетерпеливый, конкурентный человек, который постоянно спешит и легко раздражается. Такие люди чаще страдали от инфарктов – их «агрессивное» сердце не выдерживало постоянного напряжения.

Тип В представлял собой противоположность: расслабленный, неторопливый, не склонный к соперничеству человек, который умеет получать удовольствие от жизни и не принимает неудачи слишком близко к сердцу.

Тип С, по Темошок, оказался третьим вариантом – и в каком-то смысле самым коварным. Внешне эти люди похожи на тип В: они спокойны, неконфликтны, производят впечатление уравновешенных и приятных. Но под этой ровной поверхностью скрывается нечто принципиально иное: не спокойствие, а подавление; не принятие, а смирение; не умение отпускать, а неспособность выразить то, что на самом деле чувствуешь.

Темошок выделила несколько ключевых характеристик личности типа С.

Первая и центральная – подавление негативных эмоций, особенно гнева. Люди этого типа не просто редко злятся – они часто не осознают собственного гнева даже тогда, когда для него есть все основания. Если их обижают, они находят оправдания обидчику. Если их эксплуатируют, они думают, что так и должно быть. Если их игнорируют, они решают, что недостаточно старались.

Вторая характеристика – гиперсоциальность, ориентация на потребности других в ущерб собственным. Эти люди часто оказываются в роли «спасателей»: они заботятся о больных родственниках, тянут на себе семью, жертвуют карьерой ради детей – и при этом чувствуют, что всё ещё делают недостаточно. Сказать «нет» для них почти физически невозможно, потому что отказ переживается как предательство.

Третья характеристика – стремление угождать и избегать конфликтов любой ценой. Гармония в отношениях ценится выше собственных интересов, а любое напряжение воспринимается как угроза, которую нужно немедленно устранить – обычно за счёт уступки.

Четвёртая – склонность к безнадёжности и беспомощности в ситуациях, которые кажутся неразрешимыми. В отличие от типа А, который в кризисе удваивает усилия и пытается пробить стену лбом, тип С опускает руки и замирает в состоянии тихого отчаяния, которое редко показывает окружающим.

После Темошок концепцию типа С развивали и критиковали многие исследователи, и сегодня картина выглядит сложнее, чем казалось в восьмидесятые.

С одной стороны, прямая связь между типом личности и возникновением рака не подтвердилась. Масштабные эпидемиологические исследования не показали, что «милые» люди заболевают раком чаще, чем «злые». Рак – это болезнь многих факторов, и характер, при всей его важности, не может конкурировать с генетикой, канцерогенами и случайностью в качестве первопричины.

С другой стороны, исследования прогноза – того, как протекает болезнь у тех, кто уже заболел – показали более устойчивую картину. В ряде работ пациенты с высоким уровнем подавления эмоций, особенно гнева, демонстрировали худшие исходы: более быстрое прогрессирование, более короткую выживаемость, худший ответ на лечение.

Особенно заметной эта связь оказалась при определённых типах опухолей. Стивен Грир и его коллеги из Королевской больницы Марсден в Лондоне обнаружили, что у пациенток с раком молочной железы стиль реакции на диагноз предсказывал выживаемость через пять и даже пятнадцать лет. Те, кто реагировал «боевым духом» – готовностью сражаться, выражением эмоций, активным поиском информации – жили дольше. Те, кто реагировал «стоическим принятием» или «беспомощностью» – хуже.

Здесь важно остановиться и прояснить, что именно означают эти данные, потому что они легко искажаются в популярной интерпретации.

Они не означают, что пациент «виноват» в своём плохом прогнозе. Стиль реагирования – это не сознательный выбор, а глубоко укоренённый паттерн, который формируется с раннего детства под влиянием семьи, культуры, травматического опыта. Человек не «выбирает» подавлять гнев так же, как не выбирает цвет глаз. Обвинять его в болезни – жестокость.

Они не означают, что достаточно «разозлиться на рак», чтобы выздороветь. Связь между психологическим профилем и исходами – статистическая, она работает на уровне групп, а не отдельных индивидов. Конкретный человек с «боевым духом» может умереть через год, а конкретный человек со «стоическим принятием» – прожить двадцать лет.

Но эти данные означают, что способ, которым человек проживает свои эмоции, может быть одним из факторов, влияющих на биологию болезни. Не магически, не мистически, а через вполне конкретные механизмы, которые мы разобрали в предыдущей главе: хронический стресс, гормональный фон, экспрессия генов в иммунных клетках.

Чтобы связать психологию с биологией, посмотрим, что происходит в теле человека, который систематически подавляет гнев.

Гнев – одна из базовых эмоций, унаследованных нами от животных предков. Когда что-то угрожает нашим границам, нашим ресурсам, нашим близким, в миндалевидном теле мозга запускается реакция, которая готовит тело к защите: выбрасывается адреналин, учащается сердцебиение, напрягаются мышцы, повышается готовность к действию. Это нормально и полезно – гнев существует для того, чтобы мы могли защищать себя.

У большинства людей эта реакция либо реализуется в действии (человек выражает недовольство, отстаивает границы, решает проблему), либо постепенно затухает, когда угроза проходит. В обоих случаях физиологическое возбуждение временное: оно приходит и уходит.

У людей типа С происходит нечто иное. Гнев возникает – но не выражается. Он подавляется на уровне сознания, но не исчезает из тела. Физиологическое возбуждение, не найдя выхода, становится хроническим фоном: постоянно повышенный уровень кортизола, постоянная активация симпатической нервной системы, постоянное напряжение, которое человек может даже не осознавать, потому что привык к нему с детства.

Это именно тот паттерн, который исследования Стива Коула связывают с СТРА – «консервативной транскрипционной реакцией на невзгоды». Хроническое подавление эмоций сигнализирует геному: ты в опасности, ты не в безопасности, экономь ресурсы на противови-

русной защите и инвестируй в воспаление. Год за годом этот сигнал перепрограммирует иммунную систему в направлении, которое благоприятствует раку.

Есть ещё один аспект типа С, который заслуживает внимания: связь с ранним детским опытом.

Исследования показывают, что люди с выраженными чертами типа С часто росли в семьях, где выражение негативных эмоций было запрещено или наказуемо. Иногда это были явно дисфункциональные семьи с насилием или алкоголизмом, где ребёнок научился «не высываться» ради выживания. Иногда – внешне благополучные семьи, где просто не было места для «плохих» чувств: «у нас в семье не принято ссориться», «хорошие девочки не злятся», «мальчики не плачут».

В таких условиях ребёнок учится отключать осознание собственных эмоций, потому что чувствовать их небезопасно. Это адаптивная стратегия: она помогает выжить в среде, где подлинность наказывается. Но то, что работает в детстве, становится ловушкой во взрослой жизни. Взрослый человек продолжает подавлять чувства, даже когда в этом нет необходимости, потому что это единственный способ существования, который он знает.

Связь между ранними травмами и риском рака изучалась в нескольких масштабных исследованиях. Одно из самых известных – ACE Study (Adverse Childhood Experiences Study), проведённое CDC и Kaiser Permanente в девяностые годы. Оно показало, что люди с высоким количеством «неблагоприятных детских переживаний» – насилие, пренебрежение, развод родителей, психические болезни в семье – имеют повышенный риск множества заболеваний во взрослом возрасте, включая рак.

Механизм, по всей видимости, тот же: хроническая активация стрессовых систем, начавшаяся в детстве и не прекратившаяся во взрослой жизни, потому что человек так и не научился чувствовать себя в безопасности.

Вот история, которую рассказывают психотерапевты, работающие с онкологическими пациентами, – история, которая иллюстрирует, как тип С проявляется в реальной жизни.

Джулия пришла на терапию через несколько месяцев после диагноза рака яичников. Ей было пятьдесят три года, она работала бухгалтером, была замужем тридцать лет, вырастила двоих детей. Когда терапевт спросил её о жизни до болезни, она описала её как «нормальную» и «хорошую».

Но по мере того как разговор углублялся, стала проявляться иная картина. Муж Джулии был человеком властным и критичным, который годами обесценивал её – не криком и не кулаками, а холодным презрением, молчанием и едкими замечаниями. Она никогда не спорила с ним, потому что «это бесполезно» и «только хуже будет». Её взрослые дети привыкли, что мама всегда доступна, всегда поможет, никогда не откажет – и пользовались этим, не особенно задумываясь о её чувствах.

Когда терапевт спросил Джулию, злится ли она на мужа и детей, она искренне удивилась вопросу. «На что злиться? Они же не со зла. И вообще, я сама виновата – надо было...» Она не смогла закончить фразу, потому что слёзы, которые она давила много лет, наконец прорвались.

Джулия не «заработала» рак своим характером. Рак возник по своим причинам – генетическим, гормональным, случайным. Но тридцать лет жизни в режиме постоянного самоподавления, тридцать лет невыраженного гнева и непризнанной боли создали в её теле хроническую стрессовую среду, которая, возможно, повлияла на то, как её иммунная система реагировала на возникающие аномальные клетки.

Подвал психики: что скрывается за «милым» фасадом

Чтобы глубже понять механизм типа С, обратимся к концепции, которую предложил Карл Густав Юнг почти сто лет назад, – концепции Тени.

Тень, в понимании Юнга, – это не зло и не демон. Это «изнанка психики», та часть личности, которую мы не хотим признавать, считаем неприемлемой, постыдной или «плохой».

Тень не рождается вместе с нами – она формируется в процессе воспитания и социализации. Ребёнок усваивает, что быть «хорошим» выгодно, а проявление агрессии, жадности, сексуальности или эгоизма ведёт к отвержению. В результате личность раскалывается надвое.

Одобряемые черты формируют то, что Юнг называл Персоной, – социальный фасад «приличного человека», маску, которую мы показываем миру. А отвергаемые черты вытесняются в Тень – своего рода «подвал психики», куда складывается всё неприемлемое.

Но вот что важно: Тень – это не мусорная свалка. Это резервуар огромной энергии. В ней живут инстинкты агрессии, сексуальности, жажды власти и свободы. Когда человек подавляет эти импульсы ради сохранения безупречной Маски, он тратит колоссальное количество сил на то, чтобы держать «дверь в подвал» закрытой. Это создаёт хроническое внутреннее напряжение – и часто чувство, что живёшь «не своей жизнью».

Юнгу принадлежит фраза, которая точно описывает судьбу непрожитой жизни:

«Пока вы не сделаете бессознательное сознательным, оно будет управлять вашей жизнью, и вы назовёте это судьбой».

Что происходит с энергией, которая заперта в подвале? Психическая энергия не может просто исчезнуть. Если она не реализуется вовне – через действие, творчество или эмоцию – она регрессирует внутрь тела.

Ученица Юнга Элида Эванс, работавшая с онкологическими пациентами, предположила, что рак можно рассматривать как «хаотичную, недифференцированную, архаичную энергию роста», которая, не найдя психического или творческого выхода, реализуется соматически – в форме бесконтрольного деления клеток. Юнг поддержал эту идею и написал предисловие к её книге.

Позднее психоаналитик Джойс МакДугалл развила эту мысль, введя понятие «архаичной истерии». Когда человек не способен переработать душевную боль ментально – осознать её, выразить словами, прожить эмоционально – он «выбрасывает» конфликт в тело. Тело начинает «кричать» о боли, которую не может выразить голос. Иногда этот крик принимает форму соматического симптома. Иногда – опухоли.

Теперь становится яснее, почему «хороший человек» – личность типа С – находится в зоне повышенного риска. Его безупречная социальная Маска (патологическая уступчивость, альтруизм, избегание конфликтов) поддерживается за счёт тотального подавления Тени – гнева, агрессии, собственных желаний. Энергия, необходимая для сдерживания этих мощных аффектов, не исчезает. Она перенаправляется внутрь, вызывая хроническое напряжение вегетативной нервной системы.

Чем идеальнее фасад – тем разрушительнее война, идущая в подвале.

И здесь юнгианская психология смыкается с современной нейроиммунологией. Состояние перманентного внутреннего стресса – той самой «войны в подвале» – истощает иммунные ресурсы. В частности, оно подавляет активность натуральных киллеров (НК-клеток), которые должны уничтожать раковые клетки на ранних стадиях их появления. Организм ежедневно производит тысячи потенциально злокачественных клеток – и в норме иммунная система справляется с ними. Но если НК-клетки подавлены хроническим стрессом, они перестают выполнять свою функцию.

Так создаётся то, что исследователи называют «пермиссивной средой» – средой, которая «разрешает» опухоли развиваться. Не вызывает рак напрямую, но убирает барьеры, которые должны были его остановить.

Это объясняет, почему рак – не просто «болезнь подавленных эмоций», как иногда упрощают. Эмоции сами по себе не вызывают мутации. Но хроническое подавление эмоций создаёт в теле условия, при которых мутировавшие клетки получают шанс выжить и размножиться.

И ещё один важный аспект: подавленные эмоции не исчезают – они ищут выход. Если человек не позволяет себе злиться на обидчика, гнев может обернуться против самого себя.

Аутоагрессия. Самонаказание. Ощущение, что не заслуживаешь заботы, здоровья, жизни. Это тоже часть картины типа С – и это тоже влияет на биологию.

Что делать с этим знанием?

Первый и главный вывод – осознание. Многие люди типа С не понимают, что с ними что-то не так, потому что их способ существования социально одобряем. Общество любит «удобных» людей, которые не создают проблем, не конфликтуют, не требуют внимания к своим потребностям. Женщин особенно воспитывают быть такими – отсюда, возможно, тот факт, что черты типа С чаще встречаются у женщин.

Осознать свой паттерн – значит увидеть, что «милость» может быть формой самоотречения, что «бесконфликтность» может быть неспособностью защищать себя, что «забота о других» может маскировать ужас перед необходимостью позаботиться о себе. Это значит заглянуть в подвал и увидеть, что там живёт – не чтобы выпустить чудовищ на волю, а чтобы признать их частью себя.

Второй вывод – возможность изменения. Паттерны типа С укоренены глубоко, но они не высечены в камне. Психотерапия – особенно та, что работает с эмоциями и телом, а не только с мыслями – может помочь человеку заново научиться чувствовать гнев, выражать потребности, защищать границы. Это болезненный и долгий процесс, но он возможен.

В контексте онкологического заболевания такая работа имеет двойную ценность. С одной стороны, она улучшает качество жизни здесь и сейчас: человек, который умеет защищать себя, меньше страдает от токсичных отношений и выгорания. С другой стороны, она может влиять на биологию – через снижение хронического стресса, через изменение гормонального фона, через перепрограммирование экспрессии генов в иммунных клетках.

Существует исследование, которое красиво демонстрирует эту связь.

В конце восьмидесятых годов Дэвид Шпигель из Стэнфорда провёл эксперимент с женщинами, страдающими метастатическим раком молочной железы. Половина из них посещала еженедельную группу поддерживающе-экспрессивной терапии, где их поощряли открыто говорить о страхах, выражать гнев на болезнь и на несправедливость судьбы, поддерживать друг друга. Другая половина получала стандартное лечение без психологического компонента.

Первоначальные результаты показали шокирующую разницу: женщины в терапевтической группе жили в среднем на восемнадцать месяцев дольше. Это вызвало волну энтузиазма и породило надежду, что психотерапия может быть мощным инструментом продления жизни.

История, однако, оказалась сложнее. Последующие попытки воспроизвести эти результаты в других исследованиях дали смешанные итоги: некоторые подтвердили преимущество в выживаемости, другие – нет. Сам Шпигель в более позднем исследовании не смог повторить свои ранние находки.

Означает ли это, что психотерапия бесполезна? Нет. Даже скептические обзоры признают, что она достоверно улучшает качество жизни, снижает боль, уменьшает тревогу и депрессию. А связь с выживаемостью, похоже, зависит от множества факторов: типа рака, стадии болезни, исходного уровня дистресса, качества терапевтической программы.

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.