

Габор Мате

КОЛИ ТІЛО КАЖЕ “НІ”



Ціна
прихованого
стресу

СМАКІ
видавництво

Габор Мате

**КОЛИ
ТІЛО
КАЖЕ «НІ»**

Ціна прихованого стресу

Переклад з англійської

СМАКІ
В И Д А В Н И Ц Т В О

Дніпро

2022

УДК 615.851.1:159.944.4М34

Переклад з англійської *Юлія Пономаренко*

Літературна редакторка *Галина Луценко*

Наукові редакторки *Лариса Волошина, Наталія Фельбаба*

Дизайн обкладинки *Марина Дяченко*

Мате, Г.

М34 Коли тіло каже «ні»: ціна прихованого стресу / пер. з англ. Ю. Пономаренко. – Дніпро : Вид-во Смакі, 2022. – Електронне видання.
ISBN 978-617-95072-8-1 (укр.)

Ця книга написана на захист дитини. Доктор Карлос Гонсалес опонує так званим фахівцям, які знають, як виховувати дітей, домагаючись від них хорошої поведінки. Автор показує, що мета батьків полягає не в тому, щоб привчити дітей до ідеальної дисципліни і прищепити їм низку корисних навичок, а в тому, щоб задовольнити їхню природну потребу в прив'язаності, в емоційному і фізичному контакті.

У книзі детально розглядаються питання, які часто турбують молодих батьків: чому малюки просяться на руки, чому вони не люблять спати одні,

коли ж дитина стане самостійною, чи потрібно хвалити і карати дітей, чи варто віддавати дитину в дитячий садок, що таке соціалізація і багато інших.

УДК 615.851.1:159.944.4

This translation published by arrangement with Alfred A. Knopf Canada, a division of Penguin Random House Canada Limited

Усі права застережені.

ISBN 978-617-95072-8-1 (укр.)

ISBN 978-0-676-97312-9 (англ.)

© 2003, Gabor Maté

© Юлія Пономаренко, переклад з англійської мови, 2022.

© Видавництво «Смакi», 2022

Я присвячую цю книгу пам'яті моєї матері, Джудіт Льові, 1919–2001. А також пам'яті доктора Ганса Сельє, який жив у XX столітті, проте був людиною епохи Відродження, і чий наукові експерименти й людська мудрість продовжують сяяти.

Сутність наукового відкриття полягає, імовірно, не в здатності побачити щось нове, а у встановленні твердого зв'язку між уже знайомим та донині невідомим. Саме цей процес пов'язування забезпечує істинне розуміння та справжній прогрес.

ДОКТОР ГАНС СЕЛЬЄ, «Стрес життя»

До читача

Люди завжди інтуїтивно розуміли, що тіло й розум не відокремлені одне від одного. Сучасність принесла нам прикрий розрив між тим, що ми знаємо всім своїм єством і тим, що вважає за правду наш інтелект. Із цих двох видів знання найчастіше перемагає останнє, вужче мислення, що призводить до нашої поразки.

Тому можливість познайомити читача з відкриттями сучасної науки, які знову підтверджують, що наша давня інтуїція не помилялася, є для мене великою радістю та привілеєм. Це і є основною метою цієї книги. Друга мета — показати наше суспільство, сповнене стресу, у дзеркалі, щоби ми могли побачити, як безліччю неусвідомлених шляхів ми допомагаємо розвиватися хворобам, що нас уражають.

Це не книжка порад та рекомендацій, але я щиро сподіваюся, що вона служитиме читачам каталізатором внутрішніх змін. Приписи та поради приходять ззовні, а зміна трапляється всередині. Кожного року з'являється багато книжок із простими порадами чи рецептами того чи іншого типу — фізичними, емоційними, духовними. Я не мав наміру написати ще одну таку книжку. Приписи зазвичай радять щось виправити, тоді як трансформація приносить зцілення — тобто відновлення цілісності того, що вже є. Хоча поради й рецепти можуть бути корисними, усе ж найціннішим для нас є відкриття себе, своєї сутності, розуміння роботи наших розуму та тіла. Відкриття може трансформувати, якщо його надихає пошук правди. Ті, хто шукає тут знання про зцілення, можуть знайти його на першій же сторінці, у першій історії життя і хвороби. Великий психолог Волтер Кеннон сказав, що в наших тілах є мудрість. Я сподіваюсь, що книжка «Коли тіло каже “ні”» допоможе людям налаштувати зв'язок із цією внутрішньою мудрістю.

Деякі історії життя я взяв з опублікованих біографій та автобіографій відомих людей. Але здебільшого факти узяті з моєї медичної практики та з інтерв'ю із людьми, що погодилися поділитися своїми особистими та медичними історіями. З міркувань конфіденційності, імена (й інші обставини в деяких прикладах) були змінені.

Для уникнення обтяжливої академічності, примітки трапляються зрідка. Покликання на літературу до кожного розділу наведені наприкінці книжки.

Примітки мої, якщо не зазначено інше.

Я буду радий коментарям, надісланим на електронну адресу gmate@telus.net.

Бермудський трикутник

Мері, худорлявій індіанці з помітно м'яким характером, було трохи за сорок. Вісім років вона та її сім'я — чоловік і троє дітей — були моїми пацієнтами. У неї була сором'язлива, трохи винувата усмішка. Її було легко розсмішити. Коли її завжди жваве обличчя прояснювалося, неможливо було не усміхнутися у відповідь. Моє серце досі теплішає та стискається від суму, коли я пригадую її.

Доки не почалася хвороба, що згодом забрала її життя, вона майже не розповідала про себе. Початок виглядав досить безневинно: вона вколола палець швейною голкою. Однак рана не загоювалася кілька місяців. Обстеження виявило хворобу Рейно, за якої звужуються кровоносні судини рук, зменшуючи надходження кисню до тканин кінчиків пальців. Це може спричинити гангрену, що, на жаль, і трапилося з Мері. Незважаючи на кілька госпіталізацій і хірургічних втручань, за рік вона вже молила про ампутацію, щоби припинити страшний пульсуючий біль у пальці. Коли її бажання виповнилося, хвороба вже лютувала у всьому тілі, і навіть сильні наркотики не допомагали подолати постійний біль.

Хвороба Рейно виникає як сама собою, так і в результаті інших розладів. У курців вона трапляється частіше, а Мері з підліткового віку багато курила. Я сподівався, що коли вона кине курити, нормальний кровообіг відновиться. Після кількох спроб вона, нарешті, змогла це зробити. Але, на жаль, хвороба Рейно була передвісником серйознішої біди: у Мері виявили склеродермію — одну з аутоімунних хвороб, до яких належать також ревматоїдний артрит, виразковий коліт, системний червоний вовчак (СЧВ) та багато інших захворювань, які за походженням не завжди вважають аутоімунними, наприклад, розсіяний склероз, діабет та, можливо, навіть хвороба Альцгеймера. Усі ці захворювання поєднує те, що імунна система атакує клітини власного організму, спричиняючи пошкодження суглобів, сполучної тканини або майже будь-яких тканин та органів: очей, нервової системи, шкіри, кишківника, печінки, мозку. За склеродермії (від грецького слова, що означає «затвердіння шкіри») суїцидальні атаки імунної системи призводять до втрати еластичності шкіри, стравоходу, серця, тканини легень та інших органів.

Що ж спричиняє цю громадянську війну в організмі?

Підручники з медицини розглядають виключно біологічний підхід. У деяких поодиноких випадках згадують токсини, але переважно головним чинником вважають генетичну схильність. Цей вузький фізичний підхід віддзеркалює й медична практика. Ні медичні спеціалісти, ні я, як її сімейний лікар, ніколи не

замислювалися над тим, які події або переживання в житті Мері могли стати причиною її хвороби. Ніхто не поцікавився її психологічним станом перед початком хвороби та тим, як він міг вплинути на її розвиток та кінцевий результат. Ми просто намагалися подолати симптоми, коли вони з'являлися: протизапальні, знеболювальні, операції для видалення гангренозної тканини та покращення кровообігу, фізіотерапія для відновлення рухливості.

Одного дня, несподівано для себе самого, прислухавшись до своєї інтуїції, яка тихо шепотіла, що Мері необхідно виговоритися, я запропонував їй годину консультації, щоби вона мала можливість щось розповісти мені про себе та своє життя. Коли вона почала говорити, це було одкровення. За її м'яким і сором'язливим характером ховався величезний тягар пригнічених почуттів. У дитинстві Мері зазнала жорстокості та образ, її покинули, вона переходила з одного притулку до іншого. Вона пригадала, як у сім років сиділа в кутку на горищі, гойдала на руках молодшу сестру, а п'яні прийомні батьки кричали та сварилися внизу. «Я постійно була така налякана, — розповідала вона, — але мені було сім, я була старшою й мала захищати сестер. Тільки мене нікому було захистити». Вона нікому не розкривала цих травм, навіть чоловікові, з яким прожила двадцять років. Вона навчилася ховати свої почуття від усіх, навіть від себе. Бути відкритою, допитливою, вразливою в дитинстві для неї було б надто ризиковано. Задля безпеки, їй доводилося завжди розуміти почуття інших людей, але не свої власні. Вона потрапила в пастку, виконуючи роль, до якої її примусили в дитинстві, не усвідомлюючи, що вона теж заслуговує на турботу, має право бути почутою, варта уваги.

Мері описала себе як людину, яка не може сказати «ні», відмовитися від нав'язливого прагнення завжди брати на себе турботу про інших. Навіть коли її хвороба стала дуже серйозною, найбільше її хвилювали чоловік та майже дорослі діти. Можливо, склеродермія була способом її тіла, нарешті, відкинути цю надмірну відповідальність?

Можливо, її тіло робило те, що не міг зробити її розум: відкидало безжалісні вимоги, які були спочатку висунуті до дитини, а тепер вона висувала до себе сама — вимога ставити інших вище за себе. У 1993 році в першій статті про Мері у своїй колонці для журналу *The Globe and Mail* я висловив це припущення: «Якщо нам не дають можливості навчитися казати “ні” — писав я, — то наше тіло скаже це за нас». Також я навів кілька цитат із медичної літератури, які висвітлювали негативний вплив стресу на імунітет.

Припущення, що чинником ризику виникнення склеродермії або інших хронічних захворювань, може бути те, як люди поведуться зі своїми емоціями, для деяких медиків є справжнім прокляттям. Спеціалістка з ревматичних захворювань однієї великої канадської лікарні написала різкого листа

редактору журналу, засуджуючи як мою статтю, так і журнал, що насмілився її надрукувати. Вона заявляла, що я недосвідчений і не провів жодних досліджень.

Те, що медик-спеціаліст заперечував зв'язок між тілом та розумом, мене не здивувало. Дуалізмом — розділенням на дві частини того, що є єдиним цілим — просякнуті всі наші переконання щодо здоров'я та захворювань. Ми намагаємося зрозуміти роботу організму окремо від розуму. Ми намагаємося описувати людину — як здорову, так і ні — так, ніби вона існує окремо від середовища, у якому росте, розвивається, живе, працює, грає, любить та помирає. Такими є приховані вкорінені упередженості сучасної медичної науки, що їх засвоюють більшість медиків під час навчання й потім впроваджують у свою медичну практику.

На відміну від інших дисциплін, медицині ще належить засвоїти важливий урок теорії відносності Ейнштейна: розташування спостерігача впливає на явище, за яким спостерігають, і змінює результат спостереження. Як зазначив один із перших дослідників стресу чесько-канадський вчений Ганс Сельє, неусвідомлені припущення вченого як визначають, так і обмежують те, що він або вона виявлятиме. «Більшість людей досі не усвідомлюють, якою мірою дух наукових досліджень та їхні результати залежать від особистих припущень дослідника, — пише він у книжці “Стрес життя”. — В епоху, яка настільки залежить від науки та вчених, це фундаментальне положення заслуговує на особливу увагу»^[1]. У цьому чесному та самовикривальному ствердженні Сельє, який сам був лікарем, висловив істину, яку мало хто розуміє навіть зараз, чверть століття по тому.

Що досвідченішим стає лікар, то більше він знає про окрему систему організму або його орган, і тим менш схильний брати до уваги людину, якій належить ця система або орган. Майже всі люди, бесіди з якими ви знайдете в цій книжці, визнали, що ані спеціалізовані лікарі, ані сімейні і терапевти ніколи не пропонували їм обговорити їхнє особисте життя. Якщо й були такі спроби, пацієнти відчували, що такі діалоги не вітаються в медичній спільноті. Говорячи з моїми колегами про одних і тих самих пацієнтів, я зрозумів, що навіть після багатьох років лікування та спілкування з пацієнтом лікар може не мати жодного уявлення щодо його життя та досвіду поза вузькими рамками хвороби.

У цій книжці я маю намір написати про те, як впливає на здоров'я стрес, особливо прихований, який починається в дитинстві кожного з нас і вкорінений настільки міцно та глибоко, що ми вважаємо його частиною нашої істинної сутності. І хоча я намагався представити тут стільки наукових доказів, скільки це доцільно в книжці для широкої публіки, усе ж основу її — принаймні, для

мене — складають особисті історії, якими я маю можливість поділитись із читачами. Однак, може статися, що люди, які звикли до абстрактної логіки, вважатимуть такі історії не переконливими.

Лише інтелектуальний луддит здатний заперечувати величезні переваги, які людство здобуло від скрупульозного застосування наукових методів. Однак не будь-яку важливу інформацію можна підтвердити в лабораторії або за допомогою статистичного аналізу. Не всі аспекти захворювання зводяться до фактів, які можна перевірити через подвійне сліпе дослідження або найточніші наукові методи. «Медицина може стільки ж сказати про реальну суть зцілення, страждання та вмирання, скільки й хімічний аналіз — про естетичну цінність керамічного виробу», — пише Іван Ілліч у книзі «Межі медицини. Медична Немезида». Виключаючи людські переживання та прозріння, ми прирікаємо себе до вкрай вузького й обмеженого шляху.

Ми дещо прогавили. У 1892 році один із найкращих лікарів того часу канадець Вільям Ослер припустив, що ревматоїдний артрит — захворювання, що пов'язане зі склеродермією — прямо стосується стресу. Сьогодні ревматологія практично повністю ігнорує цю мудрість, незважаючи на численні підтвердження, накопичені за 110 років із часу публікації його праці. Ось куди приводить медичну практику вузький науковий підхід. Зробивши сучасну медицину головним суддею наших страждань, ми поспішили відмовитися від прозрінь минулих віків.

Як зазначив американський психолог Росс Бак, до появи новітніх медичних технологій та наукової фармакології лікарі традиційно покладалися на ефект плацебо. Їм потрібно було пробудити в кожному пацієнті впевненість у власній внутрішній здібності до зцілення. Для ефективного лікування лікар мав вислухати пацієнта, встановити з ним добрі стосунки, і крім того, довіряти власній інтуїції. Це саме ті якості, які лікарі практично втратили, коли почали майже виключно покладатися на «об'єктивні» виміри, діагностику на основі технологій та «наукові» лікувальні методи.

Тож докори від ревматологині не здивували. Більшим потрясінням був інший лист до редактора, що надійшов кілька днів по тому — від Ноеля Б. Гершфілда, клінічного професора медицини в університеті Калгарі. «Нова наука психонейроімунологія дозріла до того ступеня, коли з'явилися переконливі докази тісного зв'язку між мозком та імунною системою, висунуті вченими багатьох сфер... Емоційна поведінка людини та її відповідь на тривалий стрес дійсно можуть бути чинниками багатьох захворювань, якими займається медицина, але походження яких досі були невідомі: склеродермія, здебільшого ревматичні розлади, запальні розлади кишківника, діабет, розсіяний склероз і

тисячі інших захворювань, представлені в будь-якій спеціальній галузі медицини...»

Існування нової галузі медицини, згаданої в цьому листі, було для мене дивовижним відкриттям. Що таке *психонейроімунологія*? Як я дізнався, це не що інше, як наука про взаємодію між розумом та тілом — про нероздільну єдність емоцій та фізіології в розвитку людини впродовж усього її життя, у здоров'ї або хворобі. Це складне й довге слово просто означає дисципліну, що вивчає, якими способами психіка — розум та емоції — глибоко взаємодіє з нервовою системою, та як обидві складові зі свого боку встановлюють важливий зв'язок з імунітетом. Дехто називає цю дисципліну *психонейроімуноендокринологією*, щоби підкреслити, що ендокринна, тобто гормональна система теж є частиною єдиної реакції всього тіла. Новітні дослідження тільки показують, як працюють усі ці зв'язки аж до клітинного рівня. Ми відкриваємо наукове підґрунтя того, що знали раніше, а потім, на превеликий жаль, втратили.

Багато лікарів упродовж століть доходили висновку, що емоції глибоко пов'язані з виникненням захворювань та відновленням здоров'я. Вони проводили дослідження, писали книги, кидали виклики пануючій у медицині ідеології, але раз за разом їхні ідеї, дослідження та прозріння зникали у своєрідному медичному Бермудському трикутнику. Розуміння зв'язку між тілом та розумом, надбане минулими поколіннями лікарів та науковців, безслідно зникло, наче його ніколи й не було.

Передовиця в серпневому випуску *New England Journal of Medicine* за 1985 рік самовпевнено декларує: «час визнати, що наша віра у хворобу як пряме віддзеркалення психічного стану — це переважно просто бабусині поради»^[2].

Такі заперечення більше не переконують. Психонейроімунологія, нова наука, про яку згадує доктор Гершфілд у листі до *The Globe and Mail*, уже дійшла до власних висновків, навіть якщо їм ще належить пробитися до світу медичної практики.

Достатньо недовго пошукати в медичних бібліотеках та на онлайн-платформах, щоби побачити припливну хвилю науково-дослідних робіт, статей та посібників, що обговорюють нову сферу знань. До багатьох людей інформацію передали науково-популярна література й журнали. Широкий загаль, який часто може випереджати професіоналів та менше прикутий до консервативних думок, вважає не таким уже й загрозливим припущення, що нас не можна так легко розділити, і що дивовижний та цілісний організм людини є більше, ніж просто сума його частин.

Наш імунітет не існує окремо від повсякденного життя. Наприклад, дослідження показали, що звичайний імунний захист здорової молодої людини

був послаблений у студентів-медиків під тиском випускних іспитів. До того ж, найсамотніші студенти зазнали найнегативнішого впливу на свій імунітет. Самотність корелює зі зниженням імунітету й у групі пацієнтів психіатричної лікарні. Навіть якщо б не було ніяких інших досліджень — хоча їх було безліч — довготривалі наслідки хронічного стресу однаково мали б розглянути. Стрес через іспити очевидний, та все ж короткостроковий, а багато людей мимоволі проводять усе своє життя нібито під наглядом могутнього та суворого екзаменатора, якому треба догоджати за будь-яку ціну. Багато з нас живуть може й не на самоті, але в незадовільних стосунках, у яких наші найглибші потреби не визнають і не поважають. Ізоляція та постійний стрес уражають навіть тих, хто вважає своє життя цілком задовільним.

Як стрес може перетворитися на захворювання? Стрес — це складний каскад фізичних та біохімічних реакцій на потужний емоційний подразник. З фізіологічної точки зору, емоції самі — це електричні, хімічні, гормональні викиди нервової системи людини. Емоції впливають на функціонування основних органів, цілісність імунного захисту та на роботу багатьох циркулюючих біологічних речовин, які допомагають керувати загальним фізичним станом організму — а все це так само впливає на емоції. Коли людина пригнічує емоції, як довелося робити в дитинстві Мері заради власної безпеки, це роззброює захисні сили організму проти хвороб. Пригнічення — відмежування емоцій від свідомості та переведення їх у сферу несвідомого — дезорганізує та порушує роботу фізіологічних захисних сил, так що в деяких людей цей захисний механізм збивається, руйнуючи, а не обороняючи, здоров'я.

Упродовж семи років, працюючи медичним координатором у відділенні паліативної допомоги Ванкуверської лікарні, я бачив багато пацієнтів із хронічними захворюваннями, чії емоційні історії нагадували історію Мері. Схожу динаміку та способи подолання емоцій мали й люди, що приходили до нас по паліативну допомогу, маючи рак або нейродегенеративні процеси, такі як бічний аміотрофічний склероз (БАС, або хвороба Лу Геріга, що назвали на честь великого американського бейсболіста, у якого діагностували її). У моїй приватній медичній практиці я спостерігав такі ж самі моделі в пацієнтів, які зверталися до мене з розсіяним склерозом, запальними процесами кишечника, такими як виразковий коліт та хвороба Крона, синдромом хронічної втоми, аутоімунними розладами, фіброміалгією, мігренню, хворобами шкіри, ендометріозом та багатьма іншими. Майже ніхто з моїх пацієнтів не міг сказати «ні» у важливих сферах свого життя. Навіть якщо особистість і життєві обставини деяких із них на перший погляд дуже відрізнялися від тих, що були в Мері, пригнічення емоцій було присутнє завжди.

Одним із невиліковно хворих пацієнтів, якими я опікувався, був чоловік середнього віку, керівник компанії, що продавала акулячий хрящ як ліки від раку. Коли його направили до нашого відділення, його нещодавно діагностований рак уже поширився по всьому організму. Цей чоловік продовжував вживати акулячий хрящ до самого дня своєї смерті, але не тому, що він вірив у його цінність. Хрящ страшенно смердів — неприємний сморід відчувався навіть на відстані, і я уявляю, який він був на смак. «Я його терпіти не можу, — сказав він мені, — але мої партнери були б дуже розчаровані, якби я припинив його приймати». Я переконав його, що він мав повне право прожити свої останні дні, не відповідаючи за розчарування партнерів.

Говорити про те, що є прямий зв'язок між тим, як люди вимушені проживати своє життя, та їхніми хворобами — це дуже делікатна проблема. Зв'язок між поведінкою та подальшим захворюванням, скажімо, у випадку з курінням та раком легень очевидний усім — за винятком, мабуть, виробників сигарет. Але набагато важче довести роль емоцій у появі розсіяного склерозу або раку молочної залози, або артриту. Окрім того, що пацієнт уже вражений хворобою, він ще почувається винним за те, що є таким, яким є. «Навіщо ви пишете цю книгу?» — спитала 52-річна професорка університету, яка проходила лікування від раку молочної залози. Голосом, у якому бринів гнів, вона сказала мені: «Я захворіла на рак через свої гени, а не через свою поведінку».

«Погляд на хворобу та смерть як на особисту невдачу — це дуже невдалий спосіб звинувачення жертви, — наголосили в редакційній статті журналу *New England Journal of Medicine* у 1985 році. — Коли пацієнти вже обтяжені хворобами, вони не мають приймати на себе ще й додатковий вантаж відповідальності за наслідки».

Ми ще повернемося до цього неприємного питання про ймовірну провину. Поки що я хочу тільки зауважити, що йдеться не про провину та невдачу. Ці терміни тільки затьмарюють картину. Як ми побачимо, звинувачення того, хто страждає, — не тільки безглузде з моральної точки зору, а й абсолютно необґрунтоване з погляду науки.

Редакція *New England Journal of Medicine* переплутала поняття провини та відповідальності. Усі ми страшенно боїмося бути *винними*, але хотіли б бути *відповідальнішими* — тобто, здатними свідомо впливати на обставини нашого життя, а не просто якимось реагувати на них. Ми хочемо бути авторитетною особою у своєму власному житті: відповідальною, здатною приймати адекватні впливові рішення. А без свідомості не буває справжньої відповідальності. Одним зі слабких місць західної медицини є те, що ми зробили лікаря єдиною відповідальною особою, у той час як пацієнти надто часто лише приймають ліки й лікування. Люди позбавлені можливості бути по-справжньому

відповідальними. Нікого з нас не можна звинувачувати, що ми стаємо жертвами хвороби чи смерті. Це може статись із будь-ким у будь-який момент, але що більше ми про себе знаємо, то менше ми схильні бути пасивними жертвами.

Зв'язок між тілом і розумом треба побачити не тільки для того, щоби розуміти захворювання, а й щоби розуміти здоров'я. Доктор Роберт Маундер із психіатричного факультету університету Торонто писав про взаємодію тіла та розуму у хворобі. «Спроба визначити та відповісти на питання стресу, — сказав він мені в інтерв'ю, — ймовірніше, приведе до зцілення, ніж його ігнорування». Для зцілення кожен незначний факт, кожна маленька істина може бути вирішальною. Якщо є зв'язок між емоціями та фізіологією, *не розповідати* про це людям — значить позбавляти їх потужного інструменту.

І тут ми стикаємось із неточністю мови. Навіть говорити про зв'язок між тілом та розумом — значить визнавати, що це якось пов'язані між собою дві окремі сутності. Але в житті немає цього розмежування: немає розуму без тіла, як і немає тіла без розуму. Реальний стан речей краще передається запропонованим словом «розумтіло».

Філософія «розумтіла» не нова навіть на Заході. В одному з Платонових діалогів Сократ цитує фракійського лікаря, який критикує своїх грецьких колег: «Це є причиною того, що лікарі Еллади не знають, як лікувати багато хвороб: вони не бачать цілісності. Бо великою помилкою в лікуванні людського тіла в наші дні є відділення тіла від розуму»^[3]. Не можна відділити розум від тіла, казав Сократ майже за два з половиною тисячоліття до появи психонейроімуноендокринології!

Книжка «Коли тіло каже “ні”» не тільки підтверджує здогади, які я озвучив у своїй статті про склеродермію Мері. Я багато чого дізнався за цей час і глибоко оцінив зусилля сотень лікарів, вчених, психологів та дослідників, які нанесли на наукову мапу досі невідомі території, що стосуються розуму-тіла. Робота над цією книжкою також була моїм внутрішнім дослідженням власних шляхів пригнічення емоції. До цієї особистої подорожі мене спонукала моя відповідь на питання консультанта агенції з питань раку Британської Колумбії, куди я прийшов, щоби дізнатися про зв'язок між пригніченням емоцій та раком. У багатьох людей зі злоякісними пухлинами, здавалось, є автоматичне невизнання психічного або фізичного болю, неприємних емоцій, таких як гнів, смуток або неприйняття. «Як, власне, це стосується саме вас? — спитав мене консультант. — Що привертає вас до цієї теми?»

Це питання нагадало мені випадок, що стався сім років тому. Одного вечора я навідався до моєї 76-річної матері, яка жила в будинку для літніх людей. У неї була прогресуюча м'язова дистрофія — виснаження м'язів, що передається

в спадок у нашій родині. Нездатна навіть сидіти без сторонньої допомоги, вона не могла більше жити вдома. Її три сини та їхні сім'ї регулярно відвідували її до дня смерті, яка сталася невдовзі після того, як я почав писати цю книжку.

Йшовши коридором будинку, я трохи накульгував. Вранці я переніс операцію на розірваному колінному хрящі — наслідок ігнорування того, про що мовою болю говорило мені моє тіло щоразу, як я робив пробіжку по бетонній дорозі. Але, відкривши двері до маминої кімнати, я автоматично перестав накульгувати і жваво підійшов до ліжка, щоби привітати її. Імпульс приховати кульгавість був несвідомим, усе сталося раніше, ніж я встиг подумати. Тільки пізніше я замислився над тим, що саме змусило мене до цього нікому не потрібного вчинку, адже моя мама спокійно сприйняла б той факт, що її 51-річний син ще трохи накульгує через дванадцять годин після операції на коліні.

Що ж трапилось? Мій автоматичний імпульс захистити маму від мого болю навіть у такій незначній ситуації був глибоко вкоріненим рефлексом, який ніяк не стосувався сьогоденних потреб когось із нас. Це пригнічення було пам'яттю — відтворенням динаміки, що врізалася в мій мозок раніше, ніж я міг це усвідомити.

Я прожив перший рік свого життя в Будапешті під час окупації його нацистами й пережив нацистський геноцид. Коли мені було п'ять місяців, моїх дідуся та бабусю по материній лінії вбили в Аушвіці; мою тітку депортували, і ми не мали від неї звістки; мій тато перебував у примусовому батальйоні на службі німецької та угорської армій. У ці місяці ми з мамою ледве вижили в єврейському гетто в Будапешті. На кілька тижнів вона мала розлучитися зі мною, тому що це був єдиний спосіб врятувати мене від голоду та хвороб. Не важко уявити, що в тому психічному стані й під впливом нелюдського стресу, з яким вона стикалася щодня, моя мама лише зрідка була здатна ніжно усміхнутися та приділити нероздільну увагу, які так потрібні немовляті, що розвивається, для того, щоби залишити в ньому відчуття безпеки та безумовної любові на все життя. Пізніше мати розповідала мені, що насправді її відчай був таким сильним, що іноді тільки потреба піклуватися про мене змушувала її вставати з ліжка. Я рано навчився того, що за увагу треба боротись, що я маю якнайменше обтяжувати мою матір, і що краще пригнічувати свій біль та тривогу.

У здорових стосунках матері й дитини матір здатна піклуватися про своє дитя без додаткових зусиль із його боку. Моя мати не могла ось так безумовно піклуватися про мене — й оскільки вона не була ані святою, ані досконалою, цілком ймовірно, що вона не робила б це абсолютно ідеально, навіть якщо ці жахи не спіткали б нашу сім'ю.

Саме в цих обставинах я став захисником матері, перш за все, я захищав її від свого власного болю. Усе почалося з автоматичного механізму пристосування, і пізніше закріпилось у шаблон поведінки, який через п'ятдесят один рік змусив мене приховати від матері незначний фізичний дискомфорт.

Я не думав про книгу «Коли тіло каже “ні”» з цього боку. Я задумав її як інтелектуальний пошук, як дослідження цікавої гіпотези, що допоможе пояснити людське здоров'я та хвороби. Це була стежка, яку протоптали до мене інші, але на ній завжди було щось іще, що можна дослідити. Запитання консультанта змусило мене постати перед проблемою пригнічення емоцій у моєму власному житті. Як я зрозумів, моя прихована тоді кульгавість була лише одним із багатьох прикладів.

Отже, у цій книжці я описував не тільки те, про що дізнався від інших людей та з професійних журналів, але й те, що я спостерігав у собі. Динаміка пригнічування діє в кожному з нас. Усі ми тією чи іншою мірою зраджуємо або заперечуємо самих себе, переважно не усвідомлюючи цього, як тоді, коли я «свідомо» вирішив приховати свою кульгавість. Коли йдеться про здоров'я та хвороби, це лише питання міри, а також наявності інших чинників, що теж несуть ризик захворювання — наприклад, спадковості чи шкідливості довкілля. Отже, демонструючи, що свідоме пригнічення — це основна причина стресу і значний чинник, що спричиняє хвороби, я не вказую пальцем на інших, кажучи, що «вони самі винні у своїх хворобах». Мета цієї книжки — не збільшувати провину та сором, яких і без того багато в нашому суспільстві, а сприяти пізнанню та зціленню. Можливо, я надто чутливий до проблеми провини, як і багато інших людей. Сором — це найглибша з «негативних емоцій», і ми намагаємось за будь-яку ціну уникати його. На жаль, наш незмінний страх перед відчуттям сорому заважає нам бачити реальність.

Незважаючи на зусилля багатьох лікарів, Мері померла у ванкуверській лікарні від ускладнень склеродермії через вісім років після встановлення діагнозу. Хоча серце в неї було вже слабке, а дихання утруднене, вона до кінця зберігала свою ніжну усмішку. І час від часу, навіть у останні дні в лікарні, вона просила мене призначати довгі приватні візити. Вона просто хотіла поговорити — про серйозні питання або дрібниці. «Ви єдиний, хто коли-небудь справді чув мене», — якось сказала вона.

Іноді я намагаюсь уявити, яким могло би бути життя Мері, якби в неї був той, хто чув, бачив та розумів би її, коли вона була маленькою дитиною, над якою знущались, переляканою дівчинкою із відчуттям відповідальності за своїх сестричок. Може, якби хтось постійно й надійно був поруч із нею, вона би навчилася цінувати себе, виражати свої почуття, проявляти свій гнів, коли

люди фізично або емоційно порушували її особисті межі. Якби такою була її доля, чи була б вона й досі жива?

Хороша дівчинка, яких не буває на світі

Сказати, що весна та літо 1996 року були важкими для Наталі, — це не сказати нічого. У березні її шістнадцятирічного сина виписали з центру реабілітації наркозалежних, де він провів шість місяців. Перед цим він два роки вживав алкоголь та наркотики, і його час від часу відраховували зі школи. «Нам пощастило, що ми влаштували його до програми стаціонарного лікування, — каже 53-річна Наталі, колишня медсестра. — Але щойно він повернувся, спершу поставили діагноз моєму чоловікові, а потім — мені». У липні Біллу, її чоловікові, видалили злоякісну пухлину кишечника. Після операції їм сказали, що рак поширився на печінку.

Час від часу Наталі відчувала втому, запаморочення та дзвін у вухах, але її симптоми були короткочасні і припинилися без лікування. За рік до діагнозу вона почувалася більш утомленою, ніж завжди. У червні напад запаморочення змусив її зробити комп'ютерну томографію, результат був негативним. Два місяці по тому за допомогою МРТ мозку в Наталі виявили аномалії, характерні для розсіяного склерозу: запалені зони пошкодженого, вкритого рубцями, мієліну — жирової оболонки нервових клітин.

Розсіяний склероз (від грецького слова, що означає «твердіти») — найпоширеніша з так званих демієлінізуючих захворювань, що порушують функціонування клітин центральної нервової системи. Його симптоми залежать від того, де виникають запалення та рубці. Зазвичай основні зони ураження — це спинний мозок, стовбур головного мозку та оптичний нерв — оберемок нервів, що передають до мозку візуальну інформацію. Симптомами ураженого спинного мозку є оніміння, біль та інші неприємні відчуття в кінцівках або тулубі. Можуть бути також мимовільні скорочення м'язів або слабкість. Втрата мієліну в нижній частині мозку спричиняє двоїння в очах або проблеми з мовленням чи рівновагою. Пацієнти з оптичним невритом — запаленням оптичного нерву — страждають від тимчасових втрат зору. Також поширеним симптомом є знесилення — відчуття величезного виснаження, значно більшого, ніж звичайна втома.

Восени та взимку, поки Наталі доглядала за своїм чоловіком після операції на кишечнику та дванадцятижневої хіміотерапії, її запаморочення час від часу повторювались. Після одужання Білл деякий час знову працював агентом із нерухомості. А потім, у травні 1997 року, він переніс другу операцію — видалення пухлини в печінці.

«Після операції, коли йому видалили 75 % печінки, у Білла утворився тромб ворітної вени¹. Він міг померти від нього, — каже Наталі. — Він став дуже збентеженим і дратівливим». Білл помер у 1999 році, але до того він піддав свою дружину більшому емоційному стражданню, ніж вона могла винести.

¹Ворітна вена — це головна судина, що постачає кров від черевних органів до печінки.

У Колорадо дослідники розглянули сто пацієнтів із типом розсіяного склерозу, який називають рецидивуюче-ремітуючим — його спалахи чергуються з періодами відсутності симптомів. Саме такий тип був у Наталі. Пацієнти, що перенесли надзвичайний стрес — значні труднощі у відносинах або фінансову нестабільність — мали майже вчетверо вищий ризик загострення^[1].

«На Різдво 1996 року в мене ще часто траплялися запаморочення, але після нього — у мене було все гаразд, — розповідає Наталі. — Тільки хода в мене була трохи не така, як раніше. І попри всі проблеми з Білловою операцією на печінці — з липня по серпень я чотири рази відвозила його до реанімації — я почувалася добре. Здавалося, Білл приходить у норму, і ми сподівалися, що більше не буде ніяких ускладнень. І тут у мене трапилося загострення». Напад стався тоді, коли Наталі думала, що може трохи розслабитись, що її невідкладна допомога більше не потрібна.

— Мій чоловік був людиною такого типу, який вважав, що він не повинен робити те, чого він не хоче. Він завжди був таким. Під час хвороби він вирішив, що точно нічого не робитиме. Він сидів на дивані та клацав пальцями так, що всі підстрибували. Навіть дітей це дратувало. Зрештою восени, коли йому покращало, я відправила його за місто з кількома друзями. Я сказала: «Йому потрібно кудись вибратись».

— А що було потрібно *вам*? — спитав я.

— Я була сита по саме горло. Я сказала: «Відвезіть його на кілька днів пограти в гольф», і його друг забрав чоловіка. А через дві години я відчула, що в мене загострення.

Чого цей досвід міг її навчити? «Ну, — нерішуче каже Наталі, — того, що я маю знати, коли треба вимкнути режим допомоги всім навколо. Але я не можу — якщо комусь потрібна допомога, я повинна це зробити».

— Незважаючи на те, що коїться з вами?

— Так. П'ять років минуло, а я все ще не навчилася зупиняти себе. Моє тіло часто каже мені «ні», але я продовжую. Це мене нічого не вчить».

Упродовж її подружнього життя в тіла Наталі було багато причин казати «ні». Білл був гірким п'яницею й часто ганьбив її. «Коли він випивав трохи більше, ніж треба, він ставав лютим, — пригадує вона. — Агресивним, нестриманим,

втрачав самоконтроль. Якщо на вечірці його щось дратувало, він починав зриватися на людей без жодної причини. Я просто йшла звідти, а він потім був злий на мене, що я його не підтримала. Коли в мене діагностували розсіяний склероз, уже через сорок вісім годин я була впевнена, що Білла не буде поруч зі мною в складні часи».

Білл повернувся додому після гольфової відпустки жвавим та бадьорим і почувався так кілька місяців. У нього з'явилась інша жінка, що була другом сім'ї. «А я думала — ось дивись, що я для тебе зробила. Я поставила під загрозу власне здоров'я, я все літо була поруч із тобою. Сімдесят дві години я сиділа в лікарні, чекаючи, що скажуть лікарі — чи ти одужаєш, чи ні. Потім ти повернувся, і я доглядала тебе — й ось як ти мені відплатив. Ти мені плюнув в обличчя».

Припущення, що стрес підвищує ризик виникнення розсіяного склерозу, не нове. Першим повну клінічну картину розсіяного склерозу дав французький невролог Жан-Мартін Шарко. У своїй лекції 1968 року він зазначив, що в його пацієнтів «довготривале відчуття скорботи або розчарування» пов'язані з появою симптомів. П'ять років по тому британський лікар також описав історію хвороби, пов'язану зі стресом. «З етіологічної точки зору важливо згадати ще одне зізнання, яке бідна хвора зробила своїй медсестрі в конфіденційнішій розмові про свій стан: причиною її хвороби стало те, що вона застала свого чоловіка в ліжку з іншою жінкою»^[2].

Працюючи над цією книжкою, я поговорив із дев'ятьма хворими на розсіяний склероз, вісім із яких — жінки. (Серед хворих на РС жінки складають 60 %). В історіях усіх цих людей присутні такі ж емоційні моделі, як і в історії Наталі — хоч іноді не такі драматичні.

Докази, зібрані в моїх інтерв'ю, узгоджуються з результатами опублікованих досліджень. «Багато дослідників цієї хвороби озвучили надбаний із практичного досвіду висновок, що емоційний стрес може бути якимось дотичним до її виникнення», — зазначено в дослідницькій статті 1970 року^[3]. Медичні дослідники давно вважають можливими чинниками природного розвитку цієї хвороби занадто тісну емоційну залученість із кимось із батьків, брак психологічної незалежності, величезну потребу в любові та ніжності та нездатність відчувати і виражати гнів. Дослідження в 1958 році виявило, що майже в 90 % випадків «перед першою появою симптомів... пацієнт переживав у своєму житті травматичні події, які загрожували його “системі безпеки”»^[4].

Дослідження 1969 року вивчали роль психологічних процесів у захворюванні в 32 пацієнтів з Ізраїлю та Сполучених Штатів. Вісімдесят два відсотки цих хворих на РС пережили появу симптомів на хвилі нещодавніх стресових подій. Причини стресу дуже різні, від смерті когось із близьких до загрози втрати

джерела прибутку, або події в сім'ї, які назавжди змінили життя, що потребувало більшої гнучкості та адаптивності, ніж були в пацієнта. Одним із таких стресів був тривалий подружній конфлікт, іншим — підвищення відповідальності на роботі. Автор статті пише: «Спільною характерною рисою є поступове усвідомлення нездатності впоратись із важкою ситуацією... що спричиняє відчуття неспроможності та невдачі»^[5]. Подібні стреси є в будь-якій культурі.

Інше дослідження порівнює пацієнтів, хворих на РС, зі здоровою «контрольною» групою. Надзвичайно загрозливі події спостерігались у групі хворих у десять разів частіше, подружні конфлікти — у п'ять разів частіше^[6].

З восьми жінок, хворих на РС, з якими я розмовляв, тільки в однієї збереглися перші довготривалі стосунки, інші ж були розлучені або розійшлися. Чотири з них незадовго до захворювання пережили фізичну або психологічну жорстокість із боку партнера. У решти з них були емоційно холодні або віддалені від них партнери.

Коли в журналістки Лоїс у 1974 році виявили розсіяний склероз, їй було двадцять чотири. Через кілька місяців після короткочасного епізоду двоїння в очах вона відчула поколювання в ногах. Два роки перед тим вона провела в маленькому індіанському поселенні в Арктиці з чоловіком, який був художником, старшим за неї на дев'ять років, і якого вона тепер описує як психічно нестабільного. Пізніше його госпіталізували з маніакально-депресивним розладом. «Я його боготворила, — згадує вона. — Він був дуже талановитий, а я думала, що нічого не вмію. Можливо, я його ще і трохи побоювалась».

Лоїс було надзвичайно важко жити в Арктиці. «Для дівчини з хорошої сім'ї з західного узбережжя це було все одно, що переїхати в Тімбукту. Кілька років по тому я ходила до психолога, і він сказав: “Вам пощастило, що ви вибралися звідти живою”. Там було багато пияцтва, смертей та вбивств, ізоляваності. Туди немає дороги. Я фізично боялася свого партнера, його критики і гніву. Це був просто літній роман, який мав закінчитися через кілька місяців, але він тривав два роки. Я трималася за ці відносини, як могла, але згодом він все-таки вигнав мене».

Умови проживання були погані. «У нас був туалет на вулиці, і в 40–50-градусний мороз це було жахливо. Потім він поступився і придбав “відро для меду”, як це називали місцеві, куди я могла попісяти вночі — адже жінки пісяють частіше, ніж чоловіки, так?»

— Це була поступка? — питаю я.

— Так, справді. Його треба було виносити, щоб опорожнити, і він не хотів цього робити. Одного разу він просто викинув його на сніг і сказав мені йти надвір. Я також мала носити воду — у нас не було водопроводу. У мене не було вибору. Якщо я хотіла залишатися з ним, я мала з цим миритись.

Пам'ятаю, я казала йому, що головне, чого я від нього хотіла — це повага. Не знаю, чому, але це було для мене страшенно важливо. Я так цього хотіла, що згодна була багато з чим миритись.

Лоїс каже, що відчайдушне бажання визнання було притаманне їй і в дитинстві, особливо у відносинах із матір'ю. «Я перенесла на нього схильність моєї матері завжди контролювати мене... вибирати за мене одяг, прикрашати мою кімнату, і взагалі казати мені, що я маю робити. Я була маленькою дівчинкою, надто хорошою, таких не буває. Це значить — щоби тебе приймали та схвалювали, ти маєш долати свої бажання та потреби. Я завжди намагалася бути такою, якою хотіли мене бачити батьки».

Барбара — психотерапевтка з дуже гарною професійною репутацією, у якої багато пацієнтів із хронічними захворюваннями. Вона сама також хворіє на розсіяний склероз. Вона рішуче заперечує припущення, що пригнічення емоцій у дитинстві пов'язане з бляшками запалення та рубців розсіяного склерозу.

РС з'явився в Барбари вісімнадцять років тому. Перші симптоми виникли незабаром після того, як вона запросила до себе на два тижні чоловіка, що страждав на соціопатію, з яким вона працювала раніше у виправній установі. «Він пройшов довгу терапію, — сказала вона, — і моєю метою було дати йому можливість почати життя знову».

Натомість клієнт приніс хаос і розруху в її дім та шлюб. Я спитав Барбару, чи не бачить вона в цьому запрошенні людини з великими проблемами у свій дім ознаку її власної серйозної проблеми з межами.

«Ну, і так, і ні. Я думала, усе буде добре, адже це було тільки на два тижні. Але, звичайно, я ніколи не повторила б цього. Тепер я так добре знаю свої межі, одна клієнтка навіть називає мене “королевою меж” — до речі, теж психотерапевтка, тож ми жартуємо на цю тему. На жаль, я заплатила за це велику ціну. Іноді я думаю, що мій РС — це покарання за мою нерозсудливість».

Пов'язуючи хворобу з покаранням, ми порушуємо важливу проблему, оскільки пацієнти з хронічними захворюваннями часто відчують звинувачення з боку інших, або самі звинувачують себе в тому, що вони заслуговують на своє нещастя. Якщо теорія пригнічення/стресу справді натякала б на те, що хвороба — це покарання, на місці Барбари я б теж її заперечував. Але пошук наукового пояснення несумісний із засудженням або моралізаторством.

Стверджувати, що невдале рішення запросити до себе в дім обтяжену проблемами людину спричинило стрес і вплинуло на появу хвороби — це значить просто визначити зв'язок між стресом та хворобою. Це значить обговорити можливі наслідки — не , а фізіологічну реальність.

Барбара наполягає, що мала абсолютно здорові відносини взаємної любові зі своїми батьками. «Нам із мамою було дуже добре. У нас завжди були дуже близькі стосунки».

— Межі вивчаються в дитинстві, — кажу я. — Чому вам довелося вивчати їх пізніше й у такий важкий спосіб?

— Я розуміла, що таке межі, а моя мама — ні. Це було головною причиною більшості наших сварок — її нездатність зрозуміти, де закінчується вона й починаюсь я.

Запрошення додому психічно нестабільної людини з небезпечною поведінкою в дослідженні зазначили б як головний чинник стресу. Але хронічний стрес, зумовлений слабкими межами особистості, що передував йому — не так легко визначити. Розмиття психологічних меж у дитинстві стає значним джерелом майбутніх психологічних стресів у дорослому віці. Для людей із нечіткими психологічними межами дозволяти іншим посягати на свою особистість — невід'ємна частина їхнього життя. Через це вони живуть у постійному стресі, і це негативно впливає на їхні гормональну та імунну системи. Однак вони навчаються уникати прямого усвідомлення цього зв'язку.

«Причина, або причини розсіяного склерозу досі невідомі», — зазначає поважний підручник із терапії^[7]. Здебільшого дослідження спростовують можливість інфекційного походження, хоча вірус може бути присутній. Можливо, на це впливає генетика, адже кілька расових груп, здається, ним не хворіють — наприклад, інуїти в Північній Америці та племена банту в південній Африці. Але лише генами не можна пояснити, хто саме захворіє й чому це станеться. «Можна унаслідувати генетичну схильність до хвороби, *але не саму хворобу*», — пише невролог Луїс Дж. Рознер, колишній голова Клініки розсіяного склерозу Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі. «І навіть люди, у яких є необхідні гени, не обов'язково мають РС. Експерти вважають, що розвиток цієї хвороби провокують чинники оточення»^[8].

Ускладнюють пошук дослідження МРТ та розтинів, які виявляють характерні для РС ознаки демієлінізації центральної нервової системи в людей, які не мали ніяких явних симптомів розсіяного склерозу. Чому деякі люди з цими патологіями в нервовій системі уникають прямого розвитку хвороби, а інші — ні?

Що це можуть бути за «чинники оточення», на які покликається доктор Рознер?

Прекрасний з усіх інших боків підручник доктора Рознера з розсіяного склерозу загалом заперечує вплив емоційного стресу на розвиток хвороби. Натомість він вважає, що найкращим поясненням хвороби є її аутоімунність. «У людини розвивається алергія на її власні тканини, — пише він, — та продукуються антитіла, що атакують здорові клітини». Він ігнорує безліч медичної літератури, яка пов'язує власне аутоімунні процеси зі стресом та особистістю — цей важливий зв'язок, який ми докладніше розглянемо в наступних розділах.

У 1994 році неврологічний відділ лікарні Чиказького Університету провів дослідження взаємодії нервової та імунної систем та їх можливої ролі в розвитку РС^[9]. Науковці продемонстрували на щурах, що коли реакція «бийся або тікай» заблокована, штучно спричинене аутоімунне захворювання погіршується. Проте без втручання здатність тварини нормально реагувати на стрес захищає її.

Пацієнти з РС, описані в літературі зі стресу, та всі ті, у кого я брав інтерв'ю, були поставлені в умови, схожі на умови експериментів із бідолашними лабораторними тваринами в чиказькому дослідженні: через події в дитинстві їм довелося пройти через гострий і хронічний стрес, а їхня здатність відтворювати реакцію «бийся або тікай» була порушена. Основною проблемою є не зовнішній стрес, тобто згадані в дослідженнях життєві події, а зумовлена середовищем внутрішня безпомічність, що не давала можливості ані битися, ані тікати. Спричинений цим стрес пригнічується та стає невидимим. І згодом незадоволені власні потреби або необхідність постійно задовольняти потреби інших більше не переживають як стрес. Такий стан речей видається нормою. Людина роззбросна.

Веронік тридцять три роки; три роки тому їй встановили діагноз «розсіяний склероз». «У мене був сильний напад, — розповідає вона, — хоча я не знала, що це напад... біль у стопах, оніміння та поколювання майже до плечей та знову вниз упродовж понад трьох днів. Я подумала — круто, я щипала себе й нічого не відчувала! Спочатку я нікому про це не говорила». Нарешті друг переконав її звернутися по медичну допомогу.

— Ви відчували оніміння та біль від стоп до плечей і нікому про це не сказали? Чому?

— Я не думала, що це варто чиеїсь уваги. І якщо я сказала б комусь, наприклад, батькам, вони б засмутились.

— Але якщо хтось інший відчував би біль та оніміння від стоп до грудної клітки, чи проігнорували б ви це?

— Ні, я послала б його до лікаря.

— Чому ви поводитеся із собою гірше, ніж вчинили б з іншою людиною? Як ви гадаєте?

— Не знаю.

Дуже показовою є відповідь Веронік на моє запитання про можливі стресові події перед появою розсіяного склерозу. «Були стресові події, але не всі були такі вже й погані», — каже вона.

«Я — прийомна дитина. Після п'ятнадцяти років тиску з боку моєї прийомної матері я, нарешті, почала розшукувати мою біологічну сім'ю, всупереч своєму бажанню. Але здатися й виконати вимоги моєї мами завжди легше, ніж сперечатися — завжди!

Я знайшла їх, ми зустрілися, і моє перше враження було — ох, не може бути, що в нас та сама кров. Для мене було стресом дізнатися про історію своєї сім'ї, і мені зовсім не потрібно було знати, що я, можливо, народилася в результаті кровозмісного зґвалтування. Так воно виглядало, хоча ніхто не розповів мені всієї історії повністю, а моя біологічна мати промовчала.

У той час у мене не було роботи і я очікувала на допомогу з безробіття. І до того ж кілька місяців тому я вигнала свого хлопця, тому що він був алкоголіком, і я не могла цього більше терпіти. Моє душевне здоров'я було важливішим».

Ось так виглядають події, які молода жінка назвала «не такими вже й поганими»: тривале наполягання прийомної матері знайти, попри власне бажання Веронік, її біологічну сім'ю та зустрітися з ними; припущення, що її зачаття могло бути результатом кровозмісного зґвалтування (двоюрідним братом біологічної матері Веронік, якій тоді було шістнадцять); фінансові труднощі; розрив відносин із хлопцем-алкоголіком.

Веронік ототожнює себе з прийомним батьком. «Він мій герой, — каже вона. — Він завжди підтримує мене».

— Чому ви не пішли до нього по допомогу, коли відчували тиск із боку матері?

— Я ніколи не могла поговорити з ним наодинці. Тільки через неї.

— А що він із цим робив?

— Нічого. Але я бачила, що йому це не подобається.

— Радий, що ви близькі з батьком. Але, може, вам захочеться знайти нового героя — такого, який покаже приклад впевненості в собі. Для того, щоби зцілитися, ви, можливо, спробуєте стати своїм власним героєм.

Обдарована британська віолончелістка Жаклін дю Пре померла 1987 року у віці сорока двох років від ускладнень розсіяного склерозу. Коли її сестра Гіларі

припустила, що хворобу Джекі міг спричинити стрес, невролог рішуче запевнив її, що стрес тут ні до чого.

Погляди традиційної медицини з того часу майже не змінилися. «Стрес не спричиняє розсіяний склероз, — написано в нещодавно опублікованій брошурі Клініки розсіяного склерозу в Торонто, — хоча пацієнтам із РС наполегливо рекомендують уникати стресів». Це твердження вводить в оману. Звичайно, стрес, як і будь-який окремий чинник, *не спричиняє* РС. Без сумніву, поява РС залежить від кількох взаємопов'язаних чинників. Але чи насправді стрес не можна назвати головним чинником зародження цієї хвороби? Результати досліджень та розглянуті життєві історії впевнено припускають, що можна. Історія Жаклін дю Пре, чиї хвороба та смерть є ілюстрацією руйнівних наслідків стресу та емоційного пригнічення, доводить це.

Люди часто плакали на концертах дю Пре. Кажуть, що її взаємодія з аудиторією була захоплюючою й зачаровувала кожного, хто її чув. Її гра була пристрасною, іноді нестерпно напруженою. Вона влучала прямо в серце. На відміну від особистого життя, на сцені вона була абсолютно розкутою: її волосся злітало, тіло розгойдувалось — це було більше схоже на шаленство рок-музиканта, ніж на класичний концерт. «Вона здавалася милою, скромною дояркою, — згадує очевидець, — але з віолончеллю в руках вона була як одержима»^[10].

Її виконання на деяких записах, особливо віолончельного концерту Елгара, лишається неперевершеним, і ймовірно, залишиться таким. Цей концерт — останній великий твір видатного композитора, написаний ним у стані смутку і зневіри на початку Першої світової війни. «Усе хороше й добре, чисте і свіже відійшло в далечінь і ніколи не повернеться», — написав Едвард Елгар у 1917 році. Йому було за шістдесят, він був на схилі свого життя. «Здатність Джекі відтворити емоції чоловіка на порозі своєї старості було одним із її неймовірних та несподіваних талантів», — пише її сестра Гіларі дю Пре у своїй книжці «Геній у сім'ї»^[11].

Неймовірних — так. Несподіваних? Можливо, ні. Мабуть, не усвідомлюючи цього, Жаклін дю Пре у свої двадцять теж була на схилі свого життя. До хвороби, яка зупинить її сценічну кар'єру, залишалось лише кілька років. У її невиражених емоційних переживаннях у надлишку були присутні втрата, жаль та зречення. Вона розуміла Елгара, тому що поділяла його страждання. Її завжди хвилював його образ. «У нього було жалюгідне життя, Гіл, — казала вона сестрі, — і він був хворий, але, незважаючи на це, у нього була сяюча душа, і я відчуваю це в його музиці».

Насправді вона описувала себе — з раннього дитинства. Мати Джекі, Айріс, пережила втрату свого чоловіка іще в пологовому будинку з новонародженою

Джекi. З того часу відносини Джекi з матір'ю були симбіотичною залежністю, від якої жодна з них не могла звільнитись. Дитині не дали змоги ні бути дитиною, ні стати дорослою людиною.

Джекi була чутливою дитиною, тихою й сором'язливою, іноді трохи пустотливою. Про неї казали, що вона була спокійною й безтурботною — окрім моментів, коли брала в руки віолончель. Вчитель музики пригадує, що в шість років вона була «неймовірно чемною й дуже вихованою». Вона показувала світу своє приємне й поступливе обличчя. Секретар школи для дівчат, яку відвідувала Джекi, пам'ятає її як щасливу й життєрадісну дитину. Однокласник у старшій школі назвав її «дружелюбною, веселою дівчиною, яка добре вписувалась у клас».

Внутрішня реальність Джекi була зовсім іншою. Гіларі пам'ятає, що одного дня Джекi розридалась: «Я нікому не подобаюсь у школі. Це жахливо. Вони дражнять мене». В інтерв'ю Жаклін описує себе як «одну з таких дітей, яких терпіти не можуть інші. Вони збиралися групами і виспівували про мене всякі жахіття». Вона була сором'язливою, незграбною юначкою, не цікавилася навчанням, у неї було небагато тем для розмови. За словами її сестри, їй завжди було важко виражати свої думки словами. «Уважні друзі помічали сірі хмари меланхолії, що зароджувалися за її сонячною зовнішністю», — пише її біографка Елізабет Вілсон, авторка книжки «Жаклін дю Пре»^[12].

Усе своє життя аж до хвороби Жаклін приховувала свої почуття від матері. Гіларі пише про моторошний спогад із дитинства: напружене обличчя Джекi та її гарячковий шепіт: «Гіл, не розповідай мамі, але... коли я виросту, то не зможу ходити та рухатись». Як пояснити це жахливе самопроорокування? Як щось надприродне або як точне відображення того, як у глибині підсвідомості дівчинка Джекi вже відчувала себе скутою, неспроможною жити незалежно, ніби життєво важливе єство її буття було паралізоване. І чому «не кажи мамі»? Зречення людини, що вже усвідомлювала марність спроб поділитися своїми болем, страхом і тривогою — тобто, тіньовою стороною її особистості — з матір'ю, неспроможною таке прийняти. Значно пізніше, коли почався розсіяний склероз, обурення проти матері, яке вона стримувала все життя, прорвалося вибухами неконтрольованого, жорстокого гніву. Слухняна дитина перетворилася на ненависну, ворожу дорослу.

Як би сильно Жаклін не любила віолончель, щось у ній чинило спротив ролі віртуозної віолончелістки. Ця сторона її особистості значно випереджала її істинну суть. До того ж музика стала для неї єдиним засобом виражати свої емоції та привертати увагу матері. Розсіяний склероз міг бути її способом позбавитися цієї ролі — способом її тіла сказати «ні».

Жаклін не могла напряду відмовитися від того, щоби виправдовувати очікування світу. У вісімнадцять років, будучи під пильним поглядом суспільства, вона з тугою заздрила іншій молодій віолончелістці, яка на той час переживала кризу. «Цій дівчині пощастило, — сказала вона подрузі, — вона може кинути музику, якщо захоче. А я ніколи не зможу її кинути, тому що багато людей вклали в мене надто великі кошти». Віолончель давала їй змогу сягати неймовірних висот і водночас заковувала її в кайдани. Налякана непосильною платою за свою музичну кар'єру, вона все ж поступалася вимогам свого таланту та потребам сім'ї.

Гіларі говорить про сестрин «голос віолончелі». Оскільки прямий шлях вираження емоцій був для Джекі зачинений ще з раннього дитинства, віолончель стала її голосом. У свою музику вона вкладала весь біль, напругу, спротив, весь свій гнів. Як проникливо зауважив один із її вчителів, вона змушувала інструмент відображати через гру її внутрішню агресію. Коли вона занурювалася в музику, у ній сповна оживали емоції, що були ослаблені або зовсім відсутні в інших сферах її життя. Ось чому так важко було відірвати від неї погляд і так боляче було її слухати — «майже страшно», за словами російського віолончеліста Міші Майського.

Через двадцять років після дитячого дебюту вже хвора на РС Джекі розповіла друзів, що вона відчувала, уперше опинившись на сцені. «Ніби до цього моменту вона мала перед собою цегляну стіну, що блокувала її спілкування із зовнішнім світом. Але в мить, коли вона почала грати для аудиторії, ця стіна ніби зникла, і вона, нарешті, змогла говорити. Це відчуття більше ніколи не залишало її під час виступів». Дорослою вона написала у своєму щоденнику, що ніколи не вміла виражатися словами, тільки через музику.

Останній період життя Жаклін дю Пре перед тим, як розсіяний склероз припинив її гру, був сповнений відносинами з її чоловіком, Даніелем Баренбоймом. Чарівний, освічений, космополітичний єврей родом з Аргентини, Баренбойм був надною зіркою на музичному небосхилі. Дуже популярний концертний піаніст та камерний музикант, він почав здобувати славу і як диригент. Коли дю Пре та Баренбойм зустрілися, музичне спілкування між ними було стихійним, пристрасним, навіть містичним. Кохання та шлюб були неминучі. Це було схоже на казку; вони стали зоряною парою музичного світу.

На жаль, у шлюбі Джекі могла бути собою не більше, ніж у своїй родині. Люди, що її знали, скоро помітили, що в неї з'явився дивний «ледь вловимий» середньо-атлантичний акцент. Це несвідоме засвоєння манери мовлення свого чоловіка свідчило про злиття її ідентичності з іншою, домінуючою. Гіларі пише, що Джекі вкотре підлаштовувалася під очікування та потреби інших:

«Незахищені простори її особистості майже не мали способів проявлятись, окрім сумісного творення музики. Їй довелося бути тією Джекi, якої вимагали обставини».

Коли почали з'являтися втома та запаморочення — симптоми її ще не діагностованої неврологічної хвороби, — спрацювала її довічна звичка стримано мовчати. Замість того, щоби повідомити чоловікові, вона приховала свої проблеми, удавши, що її уповільнення пов'язане з іншими причинами.

«Ну, я можу тільки сказати, що не відчуваю від цього ніякого стресу, — сказала Джекi якось на початку свого шлюбу, коли Гіларі спитала її, як їй вдається долати напругу професійних і водночас інтимних стосунків зі своїм чоловіком. — Я вважаю себе дуже щасливою людиною. Я люблю свою музику й кохаю свого чоловіка, і, здається, маю достатньо часу для обох». Невдовзі потому вона покинула й чоловіка, і кар'єру. Вона раптом повірила в те, що чоловік стояв між нею та її справжньою суттю. Розрив був швидким; вона розіграла свою трагедію через роман із шурином, що було ще одним доказом її невизначених меж особистості. Впавши в глибоку депресію, деякий час вона не хотіла мати ніякого стосунку до віолончелі. Невдовзі після того, як вона повернулася до чоловіка й до музики, у неї виявили РС.

Віолончель Жаклін дю Пре залишалась її єдиним голосом. Гіларі називала її спасінням своєї сестри. Однак інструмент не був її спасінням. Він працював для аудиторії, а не для неї. Люди обожнювали її пристрасну гру, але жодна посправжньому важлива для неї людина не слухала її саму. Слухачі плакали, критики прославляли її, але ніхто її не чув. Найтрагічніше те, що вона сама була глухою до своєї істинної суті. Мистецтво саме собою — одна з форм відображення емоцій, але не спосіб їх переживати.

Після смерті сестри Гіларі слухала запис BBC 1973 року концерту Елгара, диригентом був Зубін Мета. Це був останній публічний концерт Джекi, він пройшов у Британії. «Кілька секунд налаштування, коротка пауза, і вона починає. Раптом я підскочила. Вона уповільнює темп. Ще кілька тактів, і це стало ясно. Я точно знала, що відбувається, Джекi знову говорила своєю віолончеллю. Я ясно чула, що вона говорить... Я майже бачила сльози на її щоках. Вона прощалася із собою, грала свій власний реквієм».

Стрес та емоційна грамотність

Від зародження життя в доісторичному океані між живою матерією та її неживим оточенням, а також між будь-якими живими істотами є постійна та вічна взаємодія», — пише Ганс Сельє в книжці «Стрес життя»^[1]. Взаємодія з іншими людьми, а саме — емоційна взаємодія, майже щомиті в міріади непомітних способів впливає на наше біологічне функціонування. Вона є важливим чинником нашого здоров'я, як ми побачимо далі в цій книжці. Розуміння складного балансу між психологічним станом, емоційним середовищем та фізіологією має критичне значення для нашого добробуту. «Це може здаватися дивним, — пише Сельє. — Ви можете думати, що між поведінкою наших клітин, наприклад, при запаленні, та нашим повсякденним життям немає жодного зв'язку. Але я з цим не згоден»^[2].

Незважаючи на шість десятиліть наукових пошуків із публікації новаторської роботи Сельє, до повного визнання впливу емоцій на фізіологію ще далеко. Медичний підхід до здоров'я та хвороб ще й досі припускає, що розум і тіло можна розділяти й розглядати окремо одне від одного та від середовища, у якому вони існують. Цю ж помилку містить і надто вузьке та спрощене визначення стресу.

З медичної точки зору стрес виглядає як досить загрозлива, але окрема подія, наприклад, раптове безробіття, розлучення, смерть коханої людини. Для багатьох людей це дійсно потенційні чинники стресу, але в людському житті є хронічні повсякденні стреси, які підступніші та шкідливіші в довготривалій перспективі. Ці внутрішні стреси з часом беруть своє, хоча й можуть виглядати зовсім буденно.

У тих, хто з раннього дитинства звик до високого рівню внутрішнього стресу, саме відсутність стресу може спричинити напругу, нудьгу, відчуття безглуздості життя. Ганс Сельє помітив, що люди можуть стати залежними від власних гормонів стресу, адреналіну та кортизолу. Такі люди відчувають, що прагнуть стресу, тоді як його відсутність — це те, чого треба уникати.

Коли люди описують свої стресові стани, вони зазвичай мають на увазі нервову напругу, яку вони відчувають через надмірні вимоги — як правило, на роботі, у сім'ї, в особистих стосунках, у сфері фінансів або здоров'я. Але стрес — це не відчуття нервової напруги, строго кажучи, людина, що переживає стрес, не завжди її відчуває. За визначенням, стрес не є питанням суб'єктивних почуттів. Це вимірна низка об'єктивних фізіологічних подій в організмі людини, які стосуються мозку, гормональної системи, імунітету та багатьох інших органів

та систем. Як люди, так і тварини можуть переживати стрес, не усвідомлюючи цього.

«Стрес — це не просто нервова напруга, — наполягає Сельє. — Стресові реакції трапляються в нижчих тварин і навіть у рослин, які не мають нервової системи... Насправді, стрес може статися в непритомних пацієнтів у стані глибокої анестезії, і навіть у клітинних культурах, що вирощуються поза організмом»^[3]. Абсолютно притомна, але охоплена підсвідомими емоціями або відрізана від тілесних відчуттів людина також може мати активну стресову реакцію. Як показують дослідження людської поведінки та експерименти над тваринами, реакція стресу може запуститися навіть без жодного прояву в поведінці та суб'єктивного відчуття людини.

Отже, що таке стрес? Саме Сельє запропонував це слово й потім з удаваною гордістю описував, як *der stress*, *le stress* та *lo stress* увійшли відповідно в німецьку, французьку та італійську мови. Він розумів стрес як біологічний процес, досить широкий спектр подій в організмі, що не залежать від причини та суб'єктивного усвідомлення. Стрес складається з внутрішніх змін, як видимих, так і невидимих, які трапляються, коли організм сприймає загрозу життю або здоров'ю. Хоча нервова напруга часто є компонентом стресу, можна переживати стрес і без неї. І навпаки, можна відчувати нервові напруження й без активації механізму стресу.

У пошуках слова для позначення фізичних змін, які він спостерігав у своїх експериментах, Сельє «наштовхнувся на дуже поширене, особливо в інженерії, англійське слово *стрес*, яке вживають для позначення стану напруги, що виникає, коли сила діє всупереч якомусь опору». Він наводить приклади змін у результаті напруги в розтягнутій гумовій стрічці або в сталевій пружині. Іноді ці зміни можна побачити неозброєним оком, а в деяких випадках — лише в мікроскопі.

Порівняння Сельє ілюструють важливу річ: надмірний стрес трапляється тоді, коли вимоги до організму перевищують його реальні можливості їх виконання. Гумова стрічка тріскається, пружина безповоротно деформується. Реакція стресу можуть спричинити фізична травма, інфекція, поранення. Її також може запустити емоційна травма або загроза емоційної травми, навіть лише уявна. Фізіологічний стрес виникає й тоді, коли людина не усвідомлює цієї загрози, і навіть тоді, коли вона вірить, що це «корисний» стрес.

Сорокасемирічний інженер Алан кілька років тому захворів на рак стравоходу — ковтальної трубки, що переносить їжу від горла до шлунку. Розповідаючи про своє неослабне самозагнання впродовж року перед встановленням діагнозу, він каже про «корисний стрес». Цей «корисний» стрес

не тільки погіршив його здоров'я, але й відвернув його увагу від болісних подій у житті, які самі собою були постійними чинниками фізіологічних порушень у його організмі.

Алану видалили нижню частину стравоходу разом із верхньою частиною шлунку, де утворилася пухлина. Оскільки рак поширився на кілька лімфатичних вузлів поза шлунком, Алан пройшов п'ять курсів хіміотерапії. Білі кров'яні клітини були настільки виснажені, що додатковий курс просто вбив би його.

Алан, який не курив і не пив, був шокований діагнозом, бо завжди вважав, що веде здоровий образ життя. Але тривалий час він думав, що в нього «слабкий шлунок». Він часто страждав від нетравлення та печії — симптому закиду шлункової кислоти в стравохід. Слизова оболонка стравоходу не створена для того, щоби витримувати корозійну дію соляної кислоти, що виділяється в шлунку. М'язовий клапан між цими двома органами та складний неврологічний механізм забезпечують рух їжі з горла вниз до шлунку, не дозволяючи їй підніматись угору. Хронічна печія може зруйнувати слизову оболонку нижньої частини стравоходу, створюючи загрозу злоякісних змін.

Не схильний скаржитись, Алан лише одного разу повідомив про це лікарів. Він швидко думає, швидко говорить, і швидко робить усі справи. Його печія спричинена тим, що він завжди їсть поспіхом, досить розсудливо вважав він. Однак надмірне вироблення кислоти, спричинене стресом, а також порушена нейтралізуюча дія з боку автономної нервової системи також зіграли свою роль. Автономною називається частина нервової системи, яку не контролює свідомість, і яка, на що натякає її назва, відповідає за багато автоматичних функцій організму, таких як ритм серцебиття, дихання, скорочення м'язів у внутрішніх органах.

Я спитав Алана, чи відчував він стрес перед встановленням діагнозу. «Так, у мене був стрес, але є два види стресу. Є хороший стрес, і є поганий». За оцінкою Алана, поганим стресом була повна відсутність близькості в його десятирічному шлюбі із Шеллі. Він вважав це основною причиною того, що в них не було дітей. «У неї просто серйозні проблеми. Через її нездатність до романтичності, інтимності та всього того, що мені потрібно, у період, коли я захворів на рак, моє розчарування від шлюбу дійшло до межі. Я завжди вважав, що це головне». «Хорошим стресом» Алан називав проблеми на роботі. За рік до діагнозу він працював по одинадцять годин на день сім днів на тиждень. Я спитав його, чи казав він коли-небудь «ні» комусь або чомусь.

— Ніколи. Насправді, я люблю, коли мене просять. Майже не пам'ятаю, щоби я колись пошкодував після того, як погодився. Я люблю діяти, люблю брати щось на себе. Усе, що людині треба — це попросити мене, і вона мене отримає.

— А після раку?

— Я навчився відмовляти — я весь час так роблю. Я хочу жити! Думаю, що вміння казати «ні» грає величезну роль у зціленні. Чотири роки тому мені давали 15 %-й шанс на виживання. Я зробив свідомий вибір жити і встановив собі термін від п'яти до семи років.

— Що ви маєте на увазі?

— П'ять років вважають магичною цифрою, але я думаю, що це просто довільний термін. Я вирішив, що змухлюю й додам ще два роки. А потім, через ці сім років...

— Ви хочете сказати, що через сім років повернетеся до свого божевільного життя?

— Так, можливо. Я не знаю.

— Велика помилка!

— Ймовірно; ми про це ще поговоримо. Але зараз я справді гарно поводжуся — я всім відмовляю.

Переживання стресу складається з трьох компонентів. Перший — це подія, фізична або емоційна, яку організм сприймає як загрозову. Це стимул стресу, або *стресор*. Другий елемент — це система обробки, що переживає та інтерпретує значення стресора. У випадку людини система обробки — це нервова система, зокрема, мозок. Останній компонент — це реакція стресу, що складається з різних фізіологічних та поведінкових змін, що регулюють роботу організму з урахуванням отриманої загрози.

Можна одразу помітити, що визначення стресора залежить від системи обробки, яка наділяє його значенням. Удар землетрусу — це пряма загроза для багатьох організмів, але не для бактерій. Втрата роботи — набагато гостріший стрес для найманого працівника, чия сім'я живе від зарплатні до зарплатні, ніж для керівника, який, звільнившись, отримав велику грошову суму.

Не менш важлива й особистість та психологічний стан того, на кого діє стресор. Керівник, що припиняє працювати, може, незважаючи на фінансову стабільність, переживати сильний стрес, якщо його самоповага та відчуття сенсу життя повністю залежали від його посади в компанії — на відміну від його колеги, для кого більшою цінністю є сім'я, соціальні інтереси або духовні пошуки. Втрата роботи може бути для одного значною загрозою, а для іншого — новою можливістю. Немає ні єдиного алгоритму, ні універсального зв'язку між стресором та реакцією стресу. Кожна стресова подія унікальна та її переживають у теперішньому, проте вона також резонує з минулим. Інтенсивність переживання стресу та його довготривалі наслідки залежать від

багатьох чинників, унікальних для кожної людини. Визначення стресу для кожного з нас залежить від вдачі, і навіть більше — від особистої історії.

Сельє визначив, що біологічна реакція стресу переважно залучає три типи тканин та органів: гормональну систему з видимими змінами в надниркових залозах; імунну систему, а саме селезінку, виличкову залозу (тимус) та лімфатичні вузли; а також слизову оболонку травної системи. Розтин щурів показав, що вони мали збільшені надниркові залози, зморщені органи лімфатичної системи і вкриті виразками органи травлення.

Усі ці зміни спричинила робота центральної нервової системи та дія гормонів. У тілі є багато гормонів — розчинних хімічних сполук, що впливають на роботу органів, тканин та клітин. Якщо така сполука виділяється в кровообіг одним органом і впливає на роботу іншого органу, вона називається ендокринним гормоном. Сприймавши загрозу, гіпоталамус у стовбурі головного мозку виділяє кортикотропін-рилізінг-гормон (КРГ), який коротким шляхом прямує до гіпофізу — невеличкої ендокринної залози, що вбудована в кістки біля основи черепа. Отримавши стимуляцію КРГ, гіпофіз виділяє адренкортикотропний гормон (АКТГ).

АКТГ зі свого боку переноситься кров'ю до надниркових залоз — маленьких органів, що ховаються в жировій тканині верхньої частини нирок. Тут АКТГ діє на кору надниркових залоз — тонку оболонку, що сама працює як ендокринна залоза. Під дією АКТГ ця залоза виділяє гормони кортикоїди (кортикоїди — від «cortex», кора), головний із яких — кортизол. Кортизол тим чи іншим чином впливає на всі тканини тіла, від мозку до імунної системи, від кісток до кишечника. Ці події — важлива частина безкінечно складного процесу численних перевірок та врівноважень, за допомогою якої тіло формує відповідь на загрозу. Миттєвий наслідок дії кортизолу — це приглушення реакції стресу, зниження імунної активності, утримання її в безпечних межах.

Функціональний зв'язок між гіпоталамусом, гіпофізом та наднирковими залозами називається віссю ГГН. Вісь ГГН — це головний вузол механізму стресу. Він причетний до багатьох хронічних захворювань, як ми побачимо в наступних розділах. Оскільки в гіпоталамусу двостороння комунікація з усіма центрами головного мозку, задіяними в обробці емоцій, то саме через вісь ГГН емоції напряду впливають на імунітет та інші органи.

Отже, тріада Сельє — збільшені наднирники, зморщення лімфоїдної тканини та виразкові зміни шлунково-кишкового тракту — є результатом посиленої дії АКТГ на наднирники, пригнічування імунітету під дією кортизолу та виразковим ефектом кортизолу на систему травлення. Багато людей, які приймають кортизол при, скажімо, астмі, коліті, артриті або раку мають ризик шлунково-кишкової кровотечі та можуть бути вимушені приймати інші ліки,

що захищають слизову оболонку травної системи. Така дія кортизолу також допомагає зрозуміти, чому хронічний стрес підвищує ризик виразки шлунку або кишківника. Кортизол також має сильний вплив на стоншення кісткової тканини. При депресії люди виділяють велику кількість кортизолу, через що жінки після менопаузи, що переживають стрес та депресію, більш схильні до остеопорозу та переламів стегон.

Цей стислий опис стресу, очевидно, неповний, адже стрес залучає буквально всі органи та тканини тіла. Як зазначив Сельє, «загальний опис реакції стресу має включати не лише мозок, нерви, гіпофіз, надниркові залози, нирки, кровоносні судини, сполучну тканину, щитовидну залозу, печінку та білі кров'яні тіลця, а й має вказувати на множинні зв'язки між ними»^[4]. Стрес також впливає на багато інших тканин та клітин імунітету, що були здебільшого невідомі на той час, коли Сельє проводив свої новаторські дослідження. У миттєвій відповіді на загрозу також беруть участь і серце, легені, скелетні м'язи та емоційні центри мозку.

Ми повинні формувати реакцію стресу, щоби зберегти внутрішню стабільність. Реакція стресу не специфічна. Її може викликати будь-яка атака: фізична, біологічна, хімічна або психологічна, вона також може виникнути у відповідь на будь-яке *відчуття* атаки або загрози, свідоме або несвідоме. Сутність загрози полягає в можливості порушувати гомеостаз організму, досить вузький діапазон умов, у яких цей організм може виживати й діяти. Щоби забезпечити боротьбу або втечу, кров має прилити від внутрішніх органів до м'язів, а серце — калатати частіше. Мозок повинен зосередитися на загрозі й тимчасово забути про голод та сексуальне бажання. Збережені запаси енергії мають мобілізуватись у вигляді молекул цукру. Імунні клітини мають активуватися. Ці завдання регулюють адреналін, кортизол та інші гормони стресу.

Усі ці функції мають утримуватись у певних межах безпеки: надмірна кількість цукру в крові може призвести до коми, надто активний імунітет невдовзі почне виробляти токсини. Отже, реакцію стресу треба розуміти не тільки як відповідь тіла на загрозу, а і як спробу зберегти гомеостаз перед лицем загрози. На присвяченій стресу конференції в Національному інституті здоров'я (США), дослідники використали поняття стабільного внутрішнього середовища, щоби визначити стрес «*як стан дисбалансу або загрози гомеостазу*»^[5]. Згідно з таким визначенням, стресор є «*реальною загрозою або такою, що відчувається, яка може порушити гомеостаз*»^[6].

Що спільного між усіма стресорами? Зрештою, усі вони являють собою відсутність або загрозу втрати того, що організм сприймає як необхідне для виживання. Загроза втрати їжі — це один із найсильніших стресорів. Таким

самим — для людини — є загроза втрати любові. «Без сумніву можна стверджувати, — пише Ганс Сельє, — що найважливішими стресорами для людини є емоційні»^[7].

Дослідницька література визначає три чинники, що завжди ведуть до стресу: *невизначеність, брак інформації та втрата контролю*^[8]. Усі вони присутні в житті того, хто має хронічну хворобу. Деякі люди мають ілюзію контролю, а пізніше дізнаються, що багато років невідомі їм сили керували їхніми рішеннями та поведінкою. Я сам мав такий досвід у своєму житті. Для когось саме хвороба стає тією подією, що руйнує ілюзію контролю.

Габріель п'ятдесят вісім років, вона — активна членкиня спільноти хворих на склеродермію. Її великі від природи очі виглядають ще більшими на худому обличчі, щільно обтягнутому шкірою, а її усмішка — це ледве помітний порух губ, що трохи відкриває ідеально білі зуби. Її вузькі пальці восково напівпрозорі, що притаманне склеродермії, і вони також деформовані ревматоїдним артритом. Кілька пальців перекривлені, суглоби набряклі. Габріель захворіла на склеродермію в 1985 році. Зазвичай це підступне захворювання починається ледь помітно, однак у неї, можливо, унаслідок того, що її склеродермія почалася на тлі поширенішого ревматоїдного артриту, перші симптоми виникли із раптовістю грипу. «Близько року я була дуже, дуже хворою», — пригадує вона.

«Перші п'ять або шість місяців я майже не могла вставати з ліжка. Піднятися та щось зробити вимагало важких зусиль через біль усюди, де є суглоби. Десь три-чотири тижні допомагали протизапальні ліки або Тайленол-3. А потім вони перестали діяти, і довелося міняти їх на інші. Я не могла їсти. За п'ять тижнів я схудла на тридцять фунтів. Моя вага знизилася до дев'яноста одного фунту... У різних статтях я читала, що на склеродермію хворіють ті, хто завжди хоче все контролювати. Усе своє життя я була головною, піклувалася про все. І раптом із цією хворобою я повністю втратила контроль».

Той факт, що життєво необхідний механізм стресу спричиняє захворювання, може здаватися парадоксальним. Щоби розв'язати це видиме протиріччя, треба розрізняти гострий та хронічний стреси. Гострий стрес — це миттєва короткочасна відповідь тіла на загрозу. Хронічний стрес — це активація механізму стресу на довгі періоди часу, коли на організм діє стресор, якого не можна уникнути, тому що його або не усвідомлюють, або не мають над ним контролю.

Збудження нервової системи, викид гормонів та зміни імунітету — це реакція «бийся або тікай», яка допомагає вижити в безпосередній небезпеці. У надзвичайних ситуаціях, для яких вони створені, ці механізми є адаптивними.

Але ті ж самі реакції, якщо викликаються хронічно, призводять до шкідливих і навіть незворотних змін. Хронічно високий рівень кортизолу руйнує тканини. Хронічно високий рівень адреналіну підвищує тиск та шкодить серцю.

Є безліч документів щодо пригнічення імунітету хронічним стресом. В одному дослідженні порівнювали активність імунних клітин, що звуться природними кілерами (або НК-клітинами), у двох груп людей: тих, хто доглядав своїх партнерів із хворобою Альцгеймера, та контрольної групи людей такого ж віку та стану здоров'я. НК-клітини — це перша лінія бійців з інфекціями та раком, бо вони здатні атакувати чужорідні мікроорганізми та руйнувати клітини зі злоякісними мутаціями. Активність НК-клітин у людей, що опікувалися хворими, була дуже пригнічена, навіть у тих, хто втратив своїх партнерів три й більше роки тому. Значно менша імунна активність була й у тих опікунів, які мали низьку соціальну підтримку — так само, як і в самотніх студентів, імунітет яких був вражений найбільше під тиском іспитів.

В інше одному дослідженні оцінювали ефект вакцинації проти грипу в людей, що опікувалися хворими. 80 % людей контрольної групи утворили імунітет проти вірусу, у той час як серед тих, хто доглядав хворих, це змогли зробити тільки 20 %. Стрес невинного піклування про хворого послабив імунітет та залишив людину беззахисною перед вірусом грипу^[9]. Інші дослідження показували також пов'язане зі стресом уповільнене загоєння ран. У тих, хто доглядав хворих на Альцгеймера, рани загоювались у середньому на дев'ять днів довше.

Високий рівень стресу спричиняє підвищення рівня кортизолу, що потрапляє в кров через вісь ГГН, а кортизол пригнічує активність запальних клітин, залучених у процес загоєння рани. Студенти стоматологічного відділення мали рани твердого піднебіння, навмисно нанесені їм перед екзаменом з імунології та на літніх канікулах. У всіх студентів рани швидше загоїлися влітку. Під впливом стресу їхні білі кров'яні тільця виробляли менше речовин, необхідних для зцілення.

Стрес, ослаблений імунітет і захворювання часто взаємопов'язані, що породило концепцію «хвороби адаптації», як назвав її Ганс Сельє. В епоху, коли доісторичні люди стикались із дикою природою з її хижаками та іншими небезпеками, реакція «бийся або тікай» була незамінною. Однак у цивілізованому світі ця реакція виникає в ситуаціях, коли вона не є необхідною й не допомагає виживати, оскільки ми більше не зустрічаємось із тими ж прямими загрозами життю. Фізіологічний механізм стресу часто задіюється недоречно та призводить до хвороби.

Можна подивитися на це інакше. Реакція «бийся або тікай» і сьогодні існує для того ж, для чого її створила еволюція — щоби допомогти нам виживати.

Однак зміна полягає в тому, що ми втратили внутрішнє відчуття, інтуїцію, що діє як система попередження. Тіло генерує реакцію стресу, а розум не усвідомлює загрози. Ми утримуємо себе у фізіологічно стресовій ситуації, дуже погано уявляючи собі або зовсім не усвідомлюючи біди. Як зазначив Сельє, емоційні стреси є найпомітнішими в сучасному житті більшості людей, принаймні в цивілізованому світі. Подібно до того, як лабораторні тварини не здатні втекти із кліток, так і люди теж опиняються в пастці свого способу життя та своїх емоційних моделей, які шкодять їхньому здоров'ю. Здається — що вищий рівень економічного розвитку, то більше ми знеболені від наших емоційних реалій. Ми розучилися відчувати, що відбувається в нашому тілі, і внаслідок цього не здатні діяти в напрямі самозбереження. Фізіологія стресу підточує наше здоров'я не тому, що вона застаріла, а тому що ми, ймовірно, втратили грамотність розпізнавати її сигнали.

Як і стрес, емоція — це поняття, яке ми часто вживаємо, не розуміючи як слід його значення. І, як і стрес, емоції мають кілька складових частин. Психолог Росс Бак виділяє три рівні емоційної реакції, які він називає Емоція I, Емоція II та Емоція III, відповідно до рівня нашого її усвідомлення. Емоція III — це наше суб'єктивне внутрішнє переживання. Це те, як ми відчуваємось. У переживанні Емоції III присутнє усвідомлення емоційного стану — наприклад, гніву, радості, страху, а також супровідні фізичні відчуття в тілі.

До Емоції II належать наші емоційні прояви, як їх бачать інші люди, усвідомлюємо ми це чи ні. Вони відображаються через мову тіла — «невербальні сигнали, манеру поведінки, тон голосу, жести, вираз обличчя, короткі дотики, і навіть ритм дій та пауз між словами. [Вони] можуть мати психологічні наслідки — часто неусвідомлені учасниками спілкування»^[10]. Доволі часто людина гадки не має про емоції, які вона проявляє, хоча їх легко читають інші. Вираження Емоцій II — це те, що впливає на інших людей, незалежно від наших намірів.

Прояви Емоції II в дитини — це також ті емоції, які найменше приймають дорослі, якщо почуття, що виражає дитина, спричиняють у них надто сильну тривожність. Як зазначає доктор Бак, дитина, чиї батьки карають або пригнічують виписк таких емоцій, буде схильна в майбутньому пригнічувати схожі емоції. Подібне обмеження самого себе служить для захисту від сорому та болю неприйняття. За таких умов, як пише Бак, «емоційна грамотність опиниться під загрозою... У майбутньому людина не знатиме, що робити з цими почуттями та бажаннями. Результатом стане деяка безпомічність»^[11].

У літературі достатньо доказів про те, що безпомічність, реальна або така, що відчувається — це потенційний тригер біологічної реакції стресу. Навчена безпорадність — це психологічний стан людини, яка не шукає виходу зі

стресовій ситуації, навіть якщо в неї є фізична можливість. Люди доволі часто опиняються в стані навченої безпорадності — наприклад, коли застрягають у дисфункціональних, навіть жорстоких стосунках, на стресовій роботі або ведуть стиль життя, який позбавляє людину справжньої свободи.

До Емоції I належать спричинені емоційним стимулом фізіологічні зміни, такі як збудження нервової системи, гормональний викид та зміни імунітету, що формують реакцію «бийся або тікай» у відповідь на загрозу. Свідомість не контролює такі реакції, і вони непомітні напряду. Вони просто трапляються. Вони можуть виникнути навіть без суб'єктивного усвідомлення та без емоційного прояву. Адаптивні в гострій стресовій ситуації, вони шкідливі, якщо трапляються хронічно, а в людини немає жодної можливості ні протистояти сприйнятій загрозі, ні уникнути її.

До саморегуляції, пише Росс Бак, «належить досягнення *емоційної грамотності*, яка полягає в здатності адекватно та задовільним способом поводитися зі своїми емоціями та бажаннями»^[12]. Емоційна грамотність передбачає властивості, яких часто не вистачає в нашому суспільстві, де переважна норма поведінки — це «крутість», тобто відсутність емоцій, і де діти часто чують «не будь таким емоційним» і «не будь таким чутливим», і де раціональність переважно вважають бажаною противагою емоційності. Ідеалізований культурний символ раціональності — це містер Спок, емоційно скалічений вулканець із серіалу «Стар Трек».

До емоційної грамотності належать:

- здатність відчувати свої емоції так, щоб усвідомлювати, коли ми переживаємо стрес;
- здатність ефективно виражати свої емоції, а значить наполягати на своїх потребах та зберігати цілісність своїх емоційних меж;
- можливість розрізняти психологічні реакції, доречні нинішній ситуації, від тих, що залишилися від минулого. Те, чого ми хочемо та вимагаємо від світу, має відповідати нашим теперішнім потребам, замість неусвідомлених, не задоволених у дитинстві прагнень. Якщо різниця між минулим та теперішнім розмита, ми переживатимемо поразку чи втрату, або загрозу поразки там, де її немає;
- усвідомлення своїх справжніх потреб, які дійсно треба задовольнити, замість їх пригнічення заради прийняття та схвалення іншими людьми.

У випадку відсутності цих здібностей виникає стрес, і це спричиняє порушення гомеостазу. Хронічне порушення призводить до втрати здоров'я. У кожній

історії хвороби в цій книжці один чи більше компонентів емоційної грамотності поставили під загрозу, зазвичай у спосіб, абсолютно не усвідомлений людиною, що це зробила.

Емоційна грамотність — це те, що ми маємо розвивати, щоби захистити себе від прихованих стресів, які створюють ризики для здоров'я, а також те, що ми маємо відновити, якщо хочемо зцілитись. Виховання емоційної грамотності в дітей — це найкраща профілактика хвороб.

Поховані заживо

Алексі та її чоловікові Пітеру потрібна була друга медична думка. Лікарі винесли їй смертний вирок, і подружжя сподівалося, що я можу його скасувати.

Алексі було трохи за сорок, вона працювала вчителькою в молодшій школі. За рік до нашої зустрічі в неї почали зморщуватися малі м'язи долонь, і їй було важко утримувати щось у руці. До того ж, вона почала часто й несподівано падати. Вона звернулася до доктора Гордона Ньюфелда, відомого фахівця з психології розвитку, з яким вона зустрічалася під час його консультування в шкільній системі. Вважаючи, що це «лише стрес», вона не хотіла шукати медичного пояснення.

Алекса примусила себе й далі виконувати професійні обов'язки; її розклад перевищував усі мислимі межі та сягав далеко за рівень, на якому інші люди зупинилися б, щоби подбати про себе. «Вона працювала неймовірно багато, і була дуже перенапружена, — згадує доктор Ньюфелд. — Я ніколи не бачив, щоби хтось настільки сильно себе заганяв». Оскільки Алексі було важко тримати в руці олівець або ручку, вона часто затримувалася після опівночі, перевіряючи домашні завдання. Вранці вона вставала о пів на шосту, щоби встигнути до початку занять наскрябати свій щоденний урок на дошці, стискаючи крейду в кулаці. Коли її стан погіршився, вона, нарешті, прийняла направлення до всесвітньо відомого спеціаліста з бічного аміотрофічного склерозу, доктора Ендрю Айзена. Електрофізіологічне дослідження та клінічне обстеження не залишили в доктора Айзена ніяких сумнівів, що це БАС. Тоді Алекса та Пітер попросили мене передивитися медичний висновок, сподіваючись, що я знайду щось, що можна протиставити думці спеціалістів, а точніше, сподіваючись, що я підтримаю їхню впевненість, що симптоми спричинені стресом. Діагноз був незаперечний — як сказав доктор Айзен, «класичний випадок».

При БАС поступово відмирають рухові нейрони — нервові клітини, що викликають та контролюють рух м'язів. Без електричних розрядів нейронів м'язи відсихають. Як пояснює вебсайт спільноти БАС-хворих, «слово *“аміотрофічний”* походить із грецької мови. “А” означає відсутність або заперечення. “Міо” означає м'язи, а “трофія” — це живлення». «Немає живлення м'язів». Коли м'яз не отримує живлення, він відмирає, або атрофується. Бічний означає ділянку спинного мозку людини, де знаходяться групи

нервових клітин, що живлять м'язи. Руйнування цієї ділянки означає появу в ній рубців або затвердінь («склероз»).

Перші симптоми залежать від ділянки спинного мозку або стовбуру головного мозку, яку вперше вражає хвороба, і це можуть бути м'язові судоми або спазми, порушення мовлення або труднощі при ковтанні. З часом втрачаються мобільність та рух кінцівок, потім — мовлення, ковтання та здатність вдихати та видихати повітря. Майже завжди настає рання смерть, хоча є кілька відомих винятків. Майже 50 % пацієнтів помирають упродовж п'яти років, хоча деякі можуть прожити значно довше. Британський космолог Стівен Гокінг, автор книги «Коротка історія часу», жив із цим діагнозом десятиріччя — з причин, які можна прояснити, якщо детально розглянути його випадок. На відміну від інших дегенеративних захворювань нервової системи, пацієнти з БАС втрачають контроль над м'язами без погіршення інтелекту. Як висловилася психологиня із Калгарі Сюзанна Хорган у своїй науково-дослідній роботі, «Більшість історій пацієнтів відображають неймовірну напругу, якої їм коштує поєднувати здоровий розум із пошкодженим тілом»^[1].

Що спричиняє нервову дегенерацію при БАС досі невідомо. Є деякі докази того, що в цьому може бути задіяний імунітет, зокрема, дисфункція клітин нервової системи, які відіграють імунну роль. Клітини класу, що називається *мікроглія*, виконують захисну роль у мозку, але при гіперстимуляції вони можуть стати руйнівними. Стаття в журналі *Scientific American* у 1995 році публікує захопливі попередні дані про мікроглію як можливого учасника в розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона та БАС^[2].

Відчайдушне прагнення Алекси та Пітера знайти вихід із цієї трагічної ситуації справляло велике враження. Пітер, у минулому інженер, занурився в найдрібніші деталі електрофізіології м'язів, цитував результати досліджень сумнівної вагомості та пропонував теорії, від яких у фахівців волосся стало б дибки. Він часто перебивав жінку, коли я її про щось запитував, а вона так само, відповідаючи, кидала на нього погляди збоку, нібито чекаючи його схвалення. Було очевидно, що перспектива її смерті була для нього нестерпно жахливою, і що вона, здавалося, заперечує свій діагноз не стільки для себе самої, скільки для нього. Я почувався так, ніби розмовляю не з двома людьми, а з однією, що перебувала у двох тілах. «Алекса не могла собі дозволити мислити окремо від чоловіка, — каже доктор Ньюфелд. — Вона не могла собі дозволити нічого, що могло б натякнути, що вона — окрема від нього людина».

Було до болі очевидно, що Алекса неспроможна виражати свої емоції. У її словнику просто не було для цього слів — будь-які питання щодо емоцій викликали відповіді про думки, дуже багатослівні, але плутані. Здавалося, вона

сприймає світ через абстрактні ідеї, а не через відчутий досвід. «Нібито всі емоції у ній замерзли», — підтверджує Ньюфелд.

А заморозив їх непереборний страх бути покинутою. Біологічні батьки відмовилися від неї, а встановити контакт із прийомною матір'ю так і не вдалося. «У цих відносинах не було нічого, вони ніколи не працювали, — каже доктор Ньюфелд, який останні три роки близько знав Алексу. — У прийомній матері була ще одна дитина, яку вона любила більше, й Алекса нічого не могла подіяти, як не старалась. Нарешті, вона припинила спроби й перетворилася на відчуженого підлітка. До того моменту вона відчайдушно намагалася встановити контакт із прийомною матір'ю, але марно. Це був суцільний вакуум. Алекса відчувала величезну порожнечу там, де мала би бути її сутність». Її перший шлюб швидко розпався. Вона виросла з відчуттям, що повинна про всіх піклуватись. «У неї ніколи не було спокою, — каже Ньюфелд. — Не було внутрішнього сховища для відпочинку».

У 1970 році два психіатри Медичної школи Єльського університету Волтер Браун та Пітер Мюллер відобразили в дослідницькій статті свої разюче схожі враження від людей, хворих на БАС. «Вони неодмінно викликали захоплення та повагу у всіх працівників лікарні, які з ними стикались, — пишуть доктори Браун та Мюллер. — *Їхньою характерною рисою було те, що вони не просили про допомогу*»^[3]. Це Єльське дослідження десяти пацієнтів із БАС містить інтерв'ю, результати клінічних обстежень та самостійні психологічні тести. Автори дійшли висновку, що пацієнтам із БАС усе життя притаманні дві характерні моделі поведінки: ригідні поведінкові навички, тобто нездатність просити про допомогу та приймати її, а також хронічне відторгнення так званих негативних почуттів. «Усім була властива наполеглива важка праця без джерел допомоги від інших людей, — зазначає дослідження. — Здавалось, усі вони мали звичку відхиляти, пригнічувати або уникати... такі почуття як страх, тривога та сум... Здебільшого вони висловлювали необхідність бути веселими... [Деякі] розповідали про свою хворобу якимось мимохіть або з чарівною усмішкою». Висновки цієї статті 1970 року не підтвердило дослідження в Пресвітеріанській лікарні в Сан-Франциско сім років по тому. Можна сказати, доказів поки що немає, от тільки Єльське дослідження узгоджується з усім, що тільки можна прочитати про пацієнтів із БАС, побачити в них самих або почути від лікарів, що з ними працювали. Психологічне дослідження — мистецтво, що відчайдушно намагається вбратись у наукову одежу — часто знаходить тільки те, що здатні побачити окремі дослідники.

«Чому всі пацієнти з БАС такі хороші?» — під такою назвою була представлена кілька років тому на міжнародному симпозіумі в Мюнхені

інтригуюча дослідницька стаття неврологів Клівлендської клініки^[4]. У ній обговорюються враження багатьох лікарів, яким здавалося, що майже всі пацієнти з хворобою Лу Геріга у порівнянні з іншими «займають найвищі позиції з ЛЮБ'ЯЗНОСТІ», саме цієї риси з усього спектру людської особистості.

У Клівлендській клініці, великому спеціалізованому центрі з бічного аміотрофічного склерозу, протокол лікування при підозрі на БАС починається з електродіагностичного обстеження (EDX). Вимірюючи електропровідність, EDX визначає дієвість або відмирання рухових нейронів — нервових клітин, що діють на тканини м'язів. Головний автор статті доктор Аза Дж. Вілборн пише, що, за спільною думкою всіх працівників клініки, люб'язність — це характерна риса пацієнтів із БАС. Його стаття зазначає: «Це явище спостерігається настільки послідовно, що завжди, коли лаборанти електродіагностичної лабораторії закінчують свою роботу та передають результати обстеження... вони зазвичай додають якісь коментарі [наприклад, “Цей пацієнт не може хворіти на БАС, він (або вона) недостатньо приємний...”] Незважаючи на їхнє коротке спілкування з пацієнтами та вочевидь ненаукові методи, за допомогою яких вони формують висновки, *майже завжди вони виявляються правильними*».

«Цікаво, що коли ми представляли наше дослідження в Мюнхені, усі підходили до нас, — каже доктор Вілборн. — “Так, так”, коментували люди, “Я це помічав(ла), але ніколи про це не замислювався(лась)”. І так майже усюди. У нашій лабораторії, де обстежують пацієнтів із БАС, це стало загальноприйнятою істиною — а ми проводимо безліч обстежень. Думаю, що кожен, хто має стосунок до БАС, знає, що це певний феномен».

Схожі моделі спостерігав у хворих на БАС і я впродовж приватної клінічної практики та роботи в галузі паліативної допомоги. Емоційне пригнічення — здебільшого воно виражається як люб'язність — можна також зустріти, вивчаючи біографії відомих людей із БАС, від фізика Стівена Гокінга та бейсбольної зірки Геріга, до професора Моррі Шварца, чий виступ на шоу Теда Коппела приніс йому всесвітнє захоплення в останні місяці його життя та чие життя й мудрі думки лягли в основу бестселеру «Вівторки з Моррі». У Канаді хвора на БАС Сью Родрігес отримала національне визнання як рішуча борчиня за своє право на евтаназію. Нарешті, навіть рішення Верховного Суду не змогло відмовити їй у цьому праві. Її історія вплітається в загальну картину історій життя таких, як вона, які здатні навчити нас.

Життєві історії людей із БАС неодмінно розповідають про пригнічення емоцій або втрату в дитинстві. Люди з БАС часто мають невпинне самоспонування до важкої роботи, неохильність визнавати потребу в допомозі

та заперечення болю, фізичного або емоційного. Усі ці моделі поведінки та механізми психологічної адаптації виникають задовго до появи захворювання. У більшості, хоча не у всіх, пацієнтів із БАС ця люб'язність є проявом сформованого ними образу, який відповідає власним очікуванням людини (або світу). На відміну від тих, хто спонтанно проявляє свої людські риси, ці люди, здається, опинились у пастці однієї ролі, навіть якщо ця роль шкідлива для них. Вона замінює впевнене відчуття себе — те відчуття, яке не здатне було утворитися в умовах емоційної скрути в ранньому дитинстві. У людей зі слабким відчуттям себе часто буває нездорове злиття з іншими.

Приклад першого бейзмена команди Нью-Йорк Янкіз Лу Геріга є повчальним. За свою незмінну відмову залишити стрій, незважаючи на будь-яку хворобу або травму, він заробив прізвисько «залізний кінь». У 1930 році, задовго до появи розвиненої фізіотерапії та спортивної медицини, він поставив рекорд кількості послідовних ігор — 2130, і цей рекорд залишався неподоланим ще шість десятиріч. Здавалося, він відчував, що його талановитої та відданої гри в здоровому стані недостатньо, і до того ж, він надто відповідально ставився до своїх фанатів та працедавців, щоби дозволяти собі відпочивати. За словами біографа, Геріг потрапив у пастку «самоствореної ролі відданого сина, відданого командного гравця, відданого громадянина, відданого працівника»^[5].

Гравець його команди пригадує, як Геріг брав участь у грі зі зламаним середнім пальцем правиці. «Щоразу, коли він відбивав, йому було боляче. А коли він спіймав м'яча, його мало не вивернуло. Видно було, як він здригнувся від болю. Але він завжди залишався в грі». Коли йому зробили рентген рук, виявилось, що всі пальці були колись переламані, деякі більше ніж один раз. Задовго до появи БАС, який змусив його піти зі спорту, він отримав сімнадцять окремих переломів долонь. «Він залишався грати з божевільними гримасами болю, ніби танцюючи танець смерті у виснажливому марафоні» — написав хтось про нього. Кричуще очевидним був контраст між його безжалісним ставленням до себе та турботою про інших, що показує випадок із новачком у команді, який страждав від сильної застуди. Заспокоївши роздратованого менеджера команди, Геріг привіз хлопця додому, до своєї матері, яка дала «пацієнтові» гарячого вина та поклала спати в кімнаті свого сина. Сам Лу спав на кушетці.

Геріга описують як ідеального «маминого сина». Вони жили разом до його одруження; він узяв шлюб, коли йому було трохи за тридцять, і мати сприйняла це з помітним незадоволенням.

Стівену Гокінгу встановили діагноз, коли йому був двадцять один. Його біограф пише: «Упродовж перших двох років у Кембриджі його стан різко

погіршився. Йому було дуже важко ходити, навіть кілька футів він не міг пройти без палиці. Друзі допомагали йому, як могли, але він переважно відмовлявся від допомоги. Дуже повільно, болюче важко він пересувався кімнатами та вулицями за допомогою палиці, стін, різних об'єктів. Іноді цих речей було недостатньо... У деякі дні Стівен з'являвся в аудиторії із пов'язкою на голові, тому що впав і сильно вдарився»^[6].

Канадець Деніс Кей, який помер від БАС, в 1993 році опублікував книгу «Смішно до смерті». Читаючи її, згинаєшся від сміху, навіть знаючи, що чекає героя — саме так і задумував автор. Як і кілька інших письменників із БАС, він не злякався надмірних труднощів письменства без допомоги рук та пальців.

«Дозвольте почати з того, що БАС — це не для слабких духом — починає він розділ під назвою “Стиль життя хворих та немічних”. — Насправді, я рекомендую його тільки тим, хто дійсно любить виклики». Кей набирав свою книгу за допомогою прикріпленої до лоба палички. Ось його опис «БАС-особистості»: «Зрідка побачиш слова “нероба” або “ледащо” в реченні поряд із БАС. Здається, одна з небагатьох спільних рис усіх хворих на БАС — це дуже активне минуле. Майже в кожному випадку такі хворі — або суперуспішні, або хронічні трудоголіки... Мене називали трудоголіком, але я вважаю, якщо людина ас у своїй справі... Але насправді, я постійно працював не стільки через залежність від роботи, скільки через відразу, навіть презирство до бездіяльності»^[7].

Інша хвора на БАС із Канади, Івлін Белл, писала свою книгу «Крик тихоні» за допомогою закріпленої на спеціальній скляній рамці лазерної указки, яку вона направляла на дошку з абеткою, сумлінно вказуючи волонтеру, що набирав текст, кожну букву кожного слова. І для неї подібна ревна відданість роботі було не новою. Вона пише, що жила своє життя «в гарячковому ритмі». Вона будувала успішну кар'єру в бізнесі та була матір'ю трьох дітей. «Це був справжній виклик — жонглювати домашнім хазяйством, батьківством, бізнесом, водінням та облаштуванням будинку, але мені подобалися ці ролі і я виконувала їх із задоволенням та великим напруженням сил... Я виховувала дітей, мій бізнес швидко розвивався, у мене було кілька службових машин, численні закордонні подорожі. Я досягла високого рівня успіху, довго була однією з найуспішніших людей у Канаді. Окрім того, я хотіла бути успішною у вихованні дітей і робила для цього все, що могла». Із неусвідомленою іронією вона пише все це одразу після слів *«ми знали, що завжди можемо повернути втрачені гроші, але не здоров'я й не шлюб»*^[8].

Хвороба часто спонукає людей подивитися на себе по-іншому, переоцінити свій спосіб життя. Зненацька Деніса Кея осінило, спостерігаючи — із «поверхневим задоволенням» — як його батько та двоє підлеглих робили те,

що раніше він, беззаперечно робив самотужки. «Невдовзі, — пише він, — задоволення перетворилося на розчарування... Майже всі мої досягнення були тією чи іншою мірою пов'язані не з *моїми* прагненнями, а з прагненнями мого батька. Я не хочу, щоби це виглядало як зізнання в стилі шоу Опри Вінфрі, але відтоді, як я дитиною почав підробляти влітку, я допомагав моєму батькові досягати його цілей та виконувати його обов'язки. За винятком двох років у старшій школі, останні чотирнадцять я провів, виконуючи завдання інших у зазначені ними терміни... Раптом, в одну мить я побачив себе людиною майже тридцяти років зі своїм власним терміном... кінцевим терміном».

Таке ж саме відчуття обов'язку перед іншими я побачив і в Лорі, жінці із БАС, з якою я нещодавно познайомився. У минулому вчителька танців, шістдесяти п'ятирічна Лора зустріла мене у своєму будинку зі скла та дерева на Західному узбережжі, що нагадував світлину з журналу. Навіть спираючись на палиці, вона однаково втілювала грацію та елегантність балерини. Діагноз БАС вона отримала чотири роки тому, коли проходила курс хіміотерапії після раку молочної залози. «Я пішла на концерт, — переповідає вона, — і раптом не змогла аплодувати. — Пальці зводило судомою, і вони стали не такими спритними, як завжди. Після хімії це погіршилось. Кілька разів я дуже сильно падала — одного разу я зламала щелепу та очницю». Лора говорить із зупинками, але відгуки живого гумору та любові до життя все ж відчуються в її майже монотонній переривчастій розповіді.

Проблеми зі здоров'ям з'явилися у Лорі після дуже напруженого року, упродовж якого вона вклала всі сили в новий домашній готельний бізнес, який заснувала з другим чоловіком Брентом у їхньому спільному домі. «Я завжди мріяла про бізнес “B&V”², — каже вона. — Я знайшла це місце, але ми перебували в стресі, тому що знадобилося більше коштів, ніж ми могли собі дозволити. Я почувалася винною в тому, що Бренту довелося фінансово підтримувати мою підприємницьку справу. Перший рік був дуже складним, з усім цим ремонтом. Ми побудували цей гостьовий будинок, я вела справи, прибирала та облаштовувала кімнати. Майже через рік після того, як ми в'їхали, я помітила пухлину». Через кілька місяців їй діагностували БАС.

² Bed-and-breakfast – вид міні-готелю, що розташовується в різних будинках, в якому для відвідувачів пропонується послуга нічліг та сніданок (*Прим. ред.*)

Лора описує, як важко людям із БАС навіть через певний час після того, як їхнє тіло починає бунтувати, позбавитись обов'язків, які вони самі собі встановили. Під час нашого інтерв'ю домоправителька гостьового будинку була в Європі. «Виявилось, що 70 % наших гостей — це постійні клієнти. Починаєш ставитися до них, як до друзів. Відтоді як ми сказали, що не зможемо

нікого приймати впродовж місяця, поки Гайді немає, я почувалася винною. Але на минулих вихідних ми дозволили зайняти три кімнати, тому що я не змогла відмовити. Вони постійні гості, я рада була їх бачити. Наступного тижня приїде ще одна гостя, вона вже десяток разів тут була, це корпоративний клієнт».

— А як ви дивитесь на те, щоби сказати: — пропоную я, — дорогий гостю, у мене захворювання, яке робить моє життя дуже складним. Я не готова до роботи, яка передбачає піклування про людей.

— Я могла це сказати. Але ця дівчина приїжджає, і я їй насправді дуже рада. Вона знає про моє захворювання, і каже: «Я сама приберу в кімнаті, а на сніданок з'їм пластівці з молоком». Вони всі так кажуть, але я не можу цього дозволити. Тому що я ніколи не подавала на сніданок пластівці з молоком.

— Ви й не подасте. Вони самі візьмуть.

Лора сміється.

— Коли ви кажете, це звучить так просто. Я хотіла б узяти у вас кілька консультацій, або, може, пройти навчальний курс.

Відчуття провини за відмову задовольняти потреби інших було прищеплене Лорі ще змалку. Коли їй було дванадцять, її мати захворіла на рак молочної залози та чотири роки по тому померла³. З підліткового віку Лора несла відповідальність за своїх сестру та брата, відповідно на п'ять та десять років молодших за неї. І навіть ще раніше вона звикла передбачати бажання батьків.

³У Лориній сім'ї присутній ген раку молочної залози. За шість місяців до Лори її сестрі також поставили цей діагноз. Тему раку молочної залози ми розглянемо в наступних розділах.

— Моя мати була вчителькою танців, тож я танцювала змалечку й упродовж усього життя. Я вступила до Королівської балетної школи у Вінніпезі, але згодом виявилось, що я зависока для виступів, тож ми з подругою відкрили балетну школу та вчили дітей.

— Балет — це дуже вимоглива професія. Ви любили його, коли були дитиною?

— Іноді. А іноді я його ненавиділа. Ненавиділа, що я не можу піти з подругою на суботній концерт, що я постійно пропускала чийсь дні народження.

— Як це було?

— Мама завжди давала мені вибір, але я думала — краще піду на балет, тому що я знаю, що вона хоче, щоби я так зробила.

— А що хотіли більше ви?

— Я радше пішла б із друзями.

Після смерті матері Лора стала господаркою вдома — вона не тільки піклувалася про молодших, але й була в якомусь сенсі супутницею для батька.

— Він казав: «Які в тебе плани на вечір, Лоро?» Я відповідала: «Іду на концерт із Конні», моєю найкращою подругою. Він казав: «Гадаю, я запрошу няню на вечір та піду з тобою». Усі мої друзі бували в нас вдома, тому що вони обожнювали мого батька. Він був просто чудовий з усіма ними.

— Як ви ставилися до того, що батько проводить час із вами і вашими подругами?

— Ну, який же підліток захоче, щоби батьки були поруч?

— Ви говорили коли-небудь: «Тату, я хочу побути з друзями?»

— Ні... Мені це не подобалось, але я не хотіла ранити його почуття.

Перший чоловік Лори, за якого вона вийшла, щоби втекти з батьківського дому, був патологічний бабій. Коли вона була вагітна третьою дитиною, він покинув її на самоті, без фінансової підтримки. Вони кохали одне одного з дитинства.

— У нього були відносини з іншими жінками? Як довго ви це терпіли?

— Чотири роки. У мене було двоє дітей, і я вірила в шлюб, — Лора повільно дістає серветку та витирає очі. — Я ніколи не говорила про це.

— Для вас це все ще дуже боляче.

— Не знаю, чому, це було сто років тому... Вибачте, я стала емоційною.

— Як ви ставитеся до того, що стали емоційною?

— Це дратує. Тому що це ніколи не приносить нічого доброго.

— Ви вважаєте, що бути емоційною незручно?

— Ну, емоційність — це коли трапляється щось погане або сумне, тож як це може подобатись?

У якомусь сенсі Лора має рацію. Дитині, яка відчуває сум або гнів, ніде взяти полегшення, якщо поруч немає того, хто може втішити та заспокоїти. Тоді треба все сприймати стійко, твердо, без емоцій. Фізична ригідність при БАС цілком ймовірно може стати наслідком цього. Можливо, нервовій системі вистачає енергії тільки для того, щоби пригнічувати потужні емоції, що рвуться назовні. Можна припустити, що в якийсь момент у найчутливіших людей нерви втрачають здатність відновлюватись. Чи може БАС бути наслідком виснаження нервової системи, що більше не може відновлюватися?

«Чому той факт, що пацієнти з БАС як спільнота дуже сприятливі, ніколи не обговорювали в медичній літературі? — питає на Мюнхенській конференції невролог із Клівленда. — Ймовірно тому, що він ґрунтується на суб'єктивних враженнях, для яких немає засобів наукової верифікації. Цю “люб'язність”, як кажуть наші колеги психіатри, дуже важко оцінити кількісно». Можливо, якби дослідники докладали більше зусиль, щоб отримати життєві історії пацієнтів, ми б дізнались про нові корисні факти, які наразі непомітні. Це ілюструють приклади цього розділу.

За зовнішнім шаром «люб'язності» стоять лють і біль, незважаючи на щирість, з якою людина вважає цей шар своїм справжнім я. «Моя мати все ще жива, і я дуже люблю її, — каже сестра чоловіка, якому два роки тому поставили діагноз БАС, — але вона дуже домінуюча натура, що розуміє почуття лише поверхово та не чутлива до потреб та бажань інших людей. Вона не дозволяє вам бути собою. З нею було дуже важко знайти своє справжнє я. Коли я думаю про захворювання брата, я згадую, як усі ми намагалися стати окремими особистостями. Це було важко, але ми стали ними — за винятком мого брата, який так і не відокремився. Мені зараз п'ятдесят чотири, йому — сорок шість, і минулого разу, коли я приїжджала до нього, він сказав мені: “Я ненавиджу маму”. І все ж таки він поводить з нею найкраще з усіх нас. Відвідуючи її, він завжди приносить їй суп — а він має БАС і ледь може ходити. Коли вона поруч, він завжди стає милим хлопчиком — хорошою дитиною, якою він завжди був, а я ні».

Джоан, тридцятивосьмирічна красуня з чорним волоссям та блискучими сумними синіми очима направили до нашого паліативного відділення по термінальну допомогу за кілька місяців до смерті. Раніше вона була танцюристкою. Раптова тривожна відмова кінцівок слухатись її на танцювальному майданчику була початком бічного аміотрофічного склерозу. Горда своєю вродженою здатністю до вільного та творчого руху, вона сприйняла діагноз як найсильніший удар, який можна собі уявити. «Я б радше померла від якогось жахливого раку», — каже вона. На останній стадії хвороби вона хотіла, щоби я пообіцяв їй убити її, коли прийде час. Я дав їй гарантію, що ми не дамо їй страждати від болю та задухи. Це була єдина обіцянка, яку я міг свідомо дати без порушення принципової відмови від евтаназії, яку поділяють більшість лікарів та сестер паліативної допомоги.

Піклуючись про людей на етапі їхнього вмирання, можна взнати їх швидко та глибоко. Ми з Джоан багато говорили. «Усе моє життя, — сказала вона одного дня, — із самого дитинства в мене був цей сон, що мене поховують живою. Я лежу в забитому гробі під землею, не можу дихати. Коли три роки тому мені поставили діагноз, я прийшла в офіс БАС-спільноти, щоб отримати інформацію. Там на стіні був плакат зі словами “Мати БАС — це ніби бути похованим заживо”».

Я не вірю, що сон Джоан — це випадковість або надприродне передчуття. Ніким не впізнаний образ самотньої, ув'язненої, приреченої людини у відчаї — це психологічна правда про її дитинство. Вона ніколи не почувалася вільною та живою у відносинах із батьками та братами й сестрами. Я можу тільки здогадуватись, скільки стресів скількох поколінь її родини створили в її житті

цю ситуацію. До того ж, ані її батьки, ані її брати та сестри не відвідали її на фінальній стадії хвороби. В останні тижні її життя на землі та до останнього подиху з нею була її нова сім'я відданих медичних сестер та братів. Останні дні вона міцно спала. Обіцянку було дотримано — вона не страждала.

Сью Родрігес із Вікторії скоїла самогубство в присутності членів канадського парламенту, яке кидало виклик суду, також була емоційно ізольована від своєї сім'ї. Так описує день, коли вона отримала діагноз, її біографка Ліза Гоббс-Бірні:

Вона відчувала, як підігнулися коліна, а руки стали, мов вода. Вона знала, що таке БАС, бачила документальний фільм про Стівена Гокінга, знала про його стан і намагалась уявити своє власне життя в тілі, яке не може сидіти, ходити, говорити, сміятися та обіймати свого сина... Вона прихилилася до стіни. Вона почула жахливий звук, первинний, як крик пораненого звіра, якого вона ніколи раніше не чула. Тільки через деякий час, помітивши перелякані обличчя перехожих, вона зрозуміла, що він виходить із її власного горла...

Вона зателефонувала, щоби повідомити про діагноз матір та вітчиму, Доу та Кену Тетчер. Доу сказала: «Ми з Кеном так і думали». Вона відчувала себе покинутою та дала волю неконтрольованому гніву^[9].

Сью була другою з п'яти дітей, що народилися в її батьків упродовж десяти років. Вона завжди була аутсайдером. Її мати чомусь вважала, що Сью сама зробила свій вибір. «Здавалося, — казала вона, — із самого народження вона не почувалася частиною сім'ї, як інші. Хвороба тільки погіршила це». Вродовж останніх місяців життя Сью мати й дочка лише зрідка розмовляли по телефону. Сью та інші описували Доу як «не турботливий тип людини».

«Різка реакція матері на дзвінок Сью з лікарні, коли вона повідомила про свій діагноз, — пише Гоббс-Бірні, — була типовою не тільки для типу особистості Доу, а і для тих стосунків, які були в матері та дочки. Упродовж розвитку хвороби нічого не покращилось». За словами брата Сью, на чотирнадцять місяців молодшого від неї, у родині Родрігесів не прийнято було емоційно спілкуватися. Він був єдиним із сім'ї, хто підтримував регулярні контакти із сестрою, поки вона вмирала. Інші, як він сказав, визнавали за краще не показувати своїх почуттів.

Їх не можна назвати якимись дивними людьми без почуттів. Проблема не у відсутності почуттів, а в *надлишку* болючих, непропрацьованих емоцій. У родині Родрігесів з емоційним болем вчиняли єдиним способом — його пригнічували. Ця модель подолання болю утворилася в кількох поколіннях. Попередньою жертвою цього надміру болю був батько Сью, Том, який помер

від спричиненого алкоголізмом цирозу печінки у віці сорока п'яти років. У нього була низька самооцінка, і все життя над ним домінували інші.

Що змусило Сью Родрігес, мати малої дитини, витратити фізичну та психологічну енергію, яка зменшувалась, на надзвичайно публічні судові битви та медіакампанії, що спричиняло надмірне напруження її життєвих сил? Промовиста жінка з яскравим характером та чарівною усмішкою, для багатьох вона стала героїнею, хрестоносцем незламного духу та відваги. Її дуже часто згадують як борчиню за право померти в час і спосіб, який обираєш для себе сам.

Історія Сью Родрігес — це значно більше, ніж питання свободи смерті, хоча це було значною частиною її драми, яка привернула увагу суспільства. За відомим образом упевненої та наполегливої жінки-борця міс Родрігес була самотньою та наляканою людиною, яка не мала надійної підтримки, далекою від свого відчуженого чоловіка та сім'ї. Це була багатошарова драма. І, як завжди, найвідкритіший шар для публіки був також і найповерхневішим.

Біографка вважає, що Сью Родрігес була «жінкою із сильними переконаннями та потужним відчуттям себе. Вона контролювала своє життя і вибрала контроль над смертю». Як зазвичай буває з пацієнтами з БАС, реальність була трохи суперечливішою. Сильні переконання не завжди вказують на потужне відчуття себе — часто буває навпаки. Вірування, яких міцно тримаються, можуть бути несвідомою спробою людини збудувати відчуття себе замість чогось, що відчувається нею як вакуум.

Історія її глибоко нещасливих особистих відносин вказує на те, що Сью Родрігес ніколи не контролювала своє життя. Вона виконувала ролі, ніколи не наближаючись до свого справжнього я. Її болісне питання до суду та громадськості — «Хто володар мого життя?» — було підсумком усього її існування. Її боротьба за контроль над смертю була її останньою та головною роллю. На момент відкриття судової справи, як пише Ліза Гоббс-Бірні, «Сью Родрігес уже швидко ставала національною постаттю. *Вона ковзнула в цю роль так, ніби все її життя було підготовкою до неї — так воно й було*».

Як тільки Сью Родрігес отримала діагноз БАС, у відчаї вона порівняла жах її ситуації з тим, що вона вважала перевагою її друга по нещастю Стівена Гокінга. Гоббс-Бірні пише: «Їй вручили брошури про паліативну допомогу, і в цих брошурах були описані пацієнти, “оточені люблячою сім'єю”, або такі, що “знаходили втіху в інтелектуальному житті”. Яка любляча сім'я? — подумала вона. Яке інтелектуальне життя? Нехай генії на кшталт Стівена Гокінга живуть інтелектуальним життям. Але для мене життя без руху — не життя».

Якщо публічний статус Стівена Гокінга як сучасного Ейнштейна ще може бути неочевидним для знавців науки, ніхто не піддає сумніву оригінальність та відвагу його блискучого інтелекту. Незламна воля, що була властива йому все життя відтоді як незначне погіршення мовлення у віці лише двадцяти років стало сигналом початку бічного аміотрофічного склерозу, викликає захоплення. Коли в 1963 році йому поставили цей діагноз, медичні прогнози давали йому лише два роки життя. Принаймні одного разу, у подорожі до Швейцарії, захворівши на запалення легень та впавши в кому, він був на порозі смерті. Але пройшло вже чотири десятиліття після отримання діагнозу, а, тим не менше, він — паралізований, прикований до інвалідного візка, абсолютно залежний від допомоги інших — опублікував другий науковий бестселер⁴. Він безупинно подорожує світом, його всюди чекають із лекціями, хоча він не може вимовити ані слова своїм власним голосом. Він отримав безліч наукових нагород та відзнак.

⁴ На момент роботи над українським виданням «Коли тіло каже “ні”» Стівен Гокінг вже помер, це сталося 14 березня 2018 року у віці 76-ти років. (Прим. ред.)

За невеликим винятком, розвиток захворювання на БАС передбачений. Здебільшого пацієнти помирають упродовж десяти років, деякі значно раніше. Виняткові пацієнти одужують від захворювання, схожого на БАС, але прожити в цьому стані настільки довго, до того ж прожити цей термін настільки активно — це абсолютно неймовірно. Що ж надало йому змогу перекреслити медичні висновки та цю сумну статистику?

Ми не можемо зрозуміти випадок Гокінга як окреме клінічне явище, не пов'язане з обставинами його життя та відносин. Безсумнівно, таке довге життя — це данина його палкій рішучості не дозволити хворобі подолати його. Але я також вважаю, що Сью Родрігес мала рацію: юний Стівен мав доступ до невидимих ресурсів, які закриті для більшості пацієнтів із БАС. Враховуючи природу БАС як захворювання, що руйнує тіло, залишаючи мозок непошкодженим, абстрактний мислитель — це ідеальна модель для «інтелектуального життя». На відміну від Родрігес, що займалася спортивним скелелазінням і бігала марафони, а також танцюристок Лори та Джоан, Гокінг не вважав, що руйнування тіла завадить йому виконувати роль, яку він для себе вибрав. До захворювання та фізичного послаблення, яке супроводжувало його, у нього, незважаючи на блискучий інтелект, не було чіткої мети.

Гокінг завжди мав величезні когнітивні здібності та впевненість у цій сфері, але, здається, він ніколи не почувався добре у своєму тілі. «Він був дивакуватим та незграбним, худим та кволим», — пишуть Майкл Вайт та Джон Гріббін у книжці «Стівен Гокінг. Життя в науці». «Його шкільна форма завжди виглядала

неохайною, і за словами його друзів, він радше бурмотів, ніж говорив чітко і ясно... Він був із тих дітей, з яких потішаються, а іноді цькують, яких дехто таємно поважає, а більшість уникає». Було зовсім не схоже, що він здатний задовольнити очікування тих, хто помітив його справжні здібності. Здається, на молодого Стівена поклав свої незадоволені амбіції батько, очевидно рішуче налаштований на те, що його син досягне в науці та суспільстві того успіху, якого йому досягти не вдалося. У батька була єдина мета — щоби Стівен навчався в одній із найпрестижніших приватних шкіл Англії. Десятирічного хлопчика зарахували на іспит на отримання стипендії Вестмінстерської школи: *«Коли настав день екзамену, Стівен захворів. Він так і не склав іспит і, відповідно, не отримав місця в одній із найкращих англійських шкіл»*.

Можна припустити, що ця невчасна хвороба сталася цілком випадково. Можна також побачити її як єдиний спосіб дитини сказати «ні» батьківським очікуванням. Через уникання його батьками публічності та прагнення до конфіденційності це важко встановити. Але відомо те, що коли юний Гокінг опинився на свободі та зміг жити згідно зі своїми власними бажаннями та прагненнями, виявилось, що вони мають більше соціальний, ніж науково-академічний характер. Стівен вдався до лінощів та споживання алкоголю, відповідно пропускаючи заняття — класична форма пасивного спротиву в коледжі. Якийсь час його академічна кар'єра була під загрозою, і в певний період він розглядав можливість державної служби. Тільки після встановлення діагнозу він почав зосереджувати свої феноменальні здібності на роботі: вивчати природу космосу, заповнювати теоретичні пробіли між теорією відносності Ейнштейна та квантовою механікою. Через фізичну недієздатність його звільнили від багатьох викладацьких та адміністративних обов'язків, які мали інші вчені. Його біограф пише: *«Дехто приписує його величезний успіх у космології надзвичайній інтелектуальній свободі, інші вважають поворотною точкою в реалізації його здібностей появу захворювання, зазначаючи, що до цього моменту він був просто звичайним здібним студентом»*.

З останнім важко погодитись, але навіть сам Стівен визнавав, що тільки після початку захворювання він почав до чогось дійсно докладати зусиль. *«Я... уперше в житті почав працювати. На мій подив, це мені сподобалось. Може, не дуже чесно називати це працею. Хтось сказав, що вченим та проституткам платять за те, що вони роблять, що їм подобається»*.

Щодо проституток невідомо, але очевидно, що Гокінг був у надзвичайно сприятливій позиції для прагнення до свого покликання, незважаючи на величезні фізичні вади.

Ще один важливий чинник, який був у Гокінга і якого не було в Родрігес — безумовна підтримка та практичний догляд коханої людини. Для Гокінга таким

джерелом підтримки була його дружина Джейн Гокінг — тепер уже колишня дружина. По суті, вона вирішила присвятити своє життя йому, заплативши за це свою ціну, як вона потім зрозуміє. Вони зустрілися незадовго до його хвороби і швидко одружились. Власна історія життя підготувала Джейн до ролі самовідданої доглядальниці. Я свідомо вживаю слово «самовідданої», тому що їй не вистачало розвиненого та автономного почуття себе, і вона повністю ототожнювала себе з роллю медсестри, матері та ангела-охоронця Стівена. «Я хотіла знайти якусь мету свого існування, — пригадує вона у своїх мемуарах “Музика, що рухає зірки”, виданих у 1993 році. — І думаю, що я знайшла її в догляді за ним». Коли вона мала сумніви, чи вдасться їй упоратися з цим складним завданням, друзі сказали їй: «Якщо йому це потрібно, ти повинна це зробити». І вона зробила.

Ці двоє молодих людей не просто з'єдналися як рівні в подружньому партнерстві — вони злилися. Вони стали одним тілом, серцем, душею. Без підкорення життя та власних прагнень Джейн його життя Стівен навряд чи вижив би, не кажучи про такий вражаючий успіх. Його біограф пише, що «без допомоги Джейн він майже безсумнівно не зміг би, та й не мав би бажання, продовжувати жити і працювати»^[10].

Відносини працювали, поки Джейн погоджувалася із цим саможертвним становищем та з рухом психічної енергії в один бік — від дружини до чоловіка. Вони любили одне одного, але згодом вона почала відчувати, що нею користуються. Вона пригадує дивний випадок, коли в 1965 році вона прийшла до квартири свого нареченого зі зламанною рукою в гіпсі: «Він насправді очікував, що я використаю свої навички секретарки-машиністки для того, щоби написати йому заяву про прийом на роботу. Коли я увійшла в його кімнату з лівою рукою в білій гіпсовій пов'язці, що виглядала з-під пальта, на його обличчі з'явилося таке жахливе розчарування, що всі мої сподівання на будь-який прояв співчуття були перекреслені».

Цей випадок відображав сутність їхніх відносин: вона була неодмінно доступною, безмовною та поступливою фігурою матері-няні, послуги якої очікують, приймають як належне та помічають тільки в разі їхньої відсутності. Вона подорожувала світом зі своїм чоловіком, щодня зустрічаючи та долаючи міриади труднощів, які були полегшені — і навіть тоді тільки частково — тільки значно пізніше, коли він став визнаним у світі та високооплачуваним автором. Вона відчувала, що поступово зникає як окрема особистість. Вона була випита досуха й почувалася «крихкою порожньою мушлею, самотньою та вразливою», і майже близька до самогубства. Гокінг зі свого боку реагував на її прагнення незалежності зі зневагою, і, нарешті, з нестямним гнівом дитини, яку покинула мати. Згодом дружину замінила медсестра, яка покинула свого чоловіка, щоби

вийти заміж за вченого. Джейн також знайшла нове кохання. Тільки зовнішні відносини дали їй змогу так довго доглядати Стівена в останні роки їхнього шлюбу.

Професійне покликання Гокінга та непохитну підтримку його дружини доповнювала ще те, що, ймовірно, теж допомогло йому вижити: визволення агресії завдяки хворобі. «Люб'язність» більшості пацієнтів із БАС — це не просто внутрішня милість та доброчесність, властива деяким людям, це ще й емоція *на останньому диханні*. Вона виділяється зі здорового природного розподілу емоцій потужним пригніченням рішучості.

Рішучість у захисті власних меж може й повинна виглядати як агресія, якщо це потрібно. У Гокінга ця агресія проявлялась як інтелектуальна самовпевненість, особливо після початку хвороби. Джейн Гокінг зазначає у своїх мемуарах: «цікаво, що коли його хода стала менш упевненою, його думки стали рішучішими та зухвалішими».

Особистість Гокінга, як і всіх пацієнтів із БАС, що ми зустрічали, відрізнялася чималим психологічним пригніченням. У його родині нормальна вразливість та емоційне спілкування були чимось чужорідним. Ввечері за сімейним столом усі їли мовчки, занурившись у читання. Його рідний дім перебував у стані фізичної занедбаності, яка свідчила про емоційну віддаленість з боку обох батьків. Його біографи повідомляють: «Ані Ізабель, ані Френк, здається, не надто дбали про дім. Килими та меблі служили доти, доки вони не розпадалися на частини, шпалери відривалися та залишалися висіти, а в коридорі та за дверима було багато місць, де штукатурка відпала, утворивши діри в стінах».

Вайт та Гріббін описують батька Стівена як відлюдника, який «зіграв значну роль у дитинстві та підлітковому віці Стівена своєю відсутністю». За словами Джейн, родина Гокінга вважала «будь-який прояв емоцій або вдячності з їхнього боку слабкістю, втратою контролю, або запереченням їхнього власного значення... Дивно, але вони, здавалося, соромилися найменшого прояву теплих почуттів».

Після одруження Стівена його родина повністю усунулася від догляду за ним, чого Джейн не могла ні зрозуміти, ні прийняти. Окрім догляду за чоловіком, на Джейн лежали всі обов'язки з піклування про трьох їхніх дітей. Він не визнавав тиску, якому вона піддавалася через його хворобу, а вона мовчки приймала такий стан речей, унаслідок чого в неї не було ніякого перепочинку. «Я була на межі, — пригадує вона, — але Стівен рішуче відхиляв будь-які пропозиції, які могли б свідчити про те, що він піддається хворобі. Це були пропозиції, що могли б трохи послабити тиск на мене та дітей». Він просто відмовлявся обговорювати будь-які проблеми, покладаючись на готовність Джейн прийняти на себе весь спричинений цим стрес. «Він ніколи не хотів визнавати

емоції, — пише Джейн, — вважаючи їх згубними, ірраціональними рисами мого характеру». Намагаючись отримати допомогу від його родини, вона зіштовхнулася із непорозумінням, навіть ворожістю: «Розумієш, — якось сказала їй свекруха, — ти ніколи насправді нам не подобалась, Джейн: ти не вписуєшся в нашу сім'ю». І це після десяти років самовідданого піклування про її сина.

Чи не було в цьому розділі показано, що БАС, або, якнайменше, його ймовірність, можуть спричиняти емоційні пригнічення? Що корінь БАС знаходиться в дитячій емоційній ізоляції та втраті? Що, загалом, хоча й не завжди, він вражає тих, у кого загнане життя, і кого інші вважають дуже «люб'язним»? Наразі, поки ми не просунулись у розумінні складної взаємодії тіла й розуму, усе це залишається інтригуючою, але лише гіпотезою, для якої цікаво було б знайти винятки. Але, здається, вважати, що настільки частий збіг цих фактів — випадковість, було б досить неприродньо.

Концепція цілісності тіла-розуму може допомогти тим пацієнтам із БАС, хто хоче відважно та прямо подивитися на деякі дуже болючі реалії свого життя. До того ж, здається, у рідкісних випадках людям вдається подолати симптоми, які діагностували як БАС. Варто було б дослідити такі випадки та з'ясувати їхні причини. Про один із таких прикладів повідомляє докторка Крістіана Нортруп у книжці «Тіло жінки, мудрість жінки»:

Моя подруга й дослідниця Дана Джонсон навіть одужала від захворювання Лу Геріга, коли навчилася поважати та цінувати всі аспекти свого тіла.

Через кілька років після появи хвороби вона почала втрачати контроль над м'язами, що відповідають за дихання, а також над іншими частинами тіла. Через проблеми з диханням вона вважала, що може невдовзі померти. І в цей момент вона вирішила, що хоча б раз перед смертю вона хоче відчувти безумовну любов до себе. Схожа, за її словами, на миску желатину в інвалідному візку, вона щодня по п'ятнадцять хвилин сиділа перед дзеркалом та, вибравши одну частину свого тіла, милувалася нею. Вона почала з рук, тому що тоді це була єдина частина її тіла, якою вона могла невдавано насолоджуватись. Наступного дня вона вибирала іншу частину тіла...

Також вона записувала в щоденник прозріння, які отримувала під час цього процесу. Вона дійшла висновку, що з дитинства вірила: для того, щоби бути корисною, доступною для інших та бути значимою, вона має відмовлятися від своїх потреб. Тільки завдяки смертельній хворобі вона зрозуміла, що задовольняти потреби інших через самопожертву — це шлях у нікуди^[11].

За словами докторки Нортруп, її подруга вилікувалася за допомогою щоденної свідомої практики емоційного віднаходження себе та любові до себе, що поволі

«розморозило» кожну частину її тіла. Якби я прочитав цю історію одразу після закінчення медичної школи, я враз відкинув би її як дурницю. Навіть зараз професійний терапевт у мені вимагає офіційних доказів діагнозу БАС. Я бачив у нашому паліативному відділенні пацієнтку, яка переконала себе і друзів, що має БАС, незважаючи на численні неврологічні обстеження та електродіагностику, які показували, що все в нормі. Друзі не хотіли вірити мені, що інвалід у візку, якого вони невпинно доглядали, з фізіологічної точки зору був не менш здоровим, ніж вони.

Тепер я не вважаю доповідь докторки Нортруп абсолютно неймовірною. Цей випадок узгоджується з моїм розумінням цієї хвороби. В історії Алекси, чий чоловік ніяк не міг прийняти її діагноз, був цікавий епізод. Він виявив можливість, яку можна було б реалізувати. Лише одного разу психологу Гордону Ньюфелду вдалося побачитись із нею наодинці, без чоловіка. «Я абсолютно ясно бачив, що її емоції скуті, що вона втратила життєву енергію, — каже доктор Ньюфелд. — Протягом двогодинної сесії без Пітера вона пережила сильне горе щодо свого життя та хвороби. Це її дуже змінило. Одразу після цього її оглянув фізіотерапевт і був дуже вражений тим, наскільки покращився тонус її м'язів. Але більше я не зміг побачитись із нею наодинці, відчувати її реальний стан. Вікно просто зачинилося».

Завжди недостатньо хороші

Сім років у Мішель була пухлина в грудях. Вона періодично збільшувалася або зменшувалася, але ніколи не викликала тривоги в неї та її терапевта. «І раптом вона зненацька ствердла, стала гарячою та виросла за одну ніч», — розповідає тридцятидев'ятирічна жителька Ванкуверу. Біопсія показала, що пухлина злоякісна, і Мішель вважає, що знає причину цього: стрес. «Вона не змінювалася, аж поки моє життя не пішло шкереберть, — каже вона. — Я пішла з роботи, лишилася без прожитку... Емоційний стан у мене був жахливий. Стільки всього трапилось одразу, не тільки фінансова криза». Пухлину видалили, і Мішель із полегшенням дізналася, що рак не зачепив лімфатичних вузлів. Після операції вона пройшла хіміотерапію та променеву терапію, але ніхто з лікарів не спитав її, який стрес вона перенесла перед появою раку та які ще не вирішені проблеми були в її житті.

Пацієнти з раком молочної залози часто доповідають, що їхні лікарі не цікавляться ними як особистостями, а також соціальним та емоційним контекстом їхнього життя. Вважається, що ці чинники ніяк не впливають ані на появу, ані на лікування цього захворювання. Це припущення підтверджують і обмежені вузькими рамками психологічні дослідження.

Стаття у British Medical Journal доповідає про п'ятирічне дослідження понад двохсот жінок із раком молочної залози, метою якого було визначити, чи можуть тяжкі життєві обставини спричинити рецидив раку: розлучення або смерть близької людини. Автори статті зробили висновок, що «жінкам із раком молочної залози не треба боятись, що стресові періоди зумовлять повернення їхньої хвороби»^[1]. Професорка університету Торонто та голова департаменту жіночого здоров'я Мережі Охорони Здоров'я університету Докторка Донна Стюарт вважає, що результати цього дослідження «мають рацію».

Докторка Стюарт була головною авторкою дослідження, опублікованого у 2001 році в журналі «Психоонкологія». Близько чотирьохсот жінок, у яких був рак молочної залози, спитали про можливі причини появи злоякісної пухлини. Сорок два відсотки назвали стрес — набагато більше, ніж інші чинники, такі як харчування, довкілля, гени та стиль життя^[2]. «Я думаю, що це відповідає тому, що взагалі коїться в суспільстві, — каже докторка Стюарт. — Люди думають, що стрес є причиною всього. Докази того, що це стрес, дуже малі. А докази того, що це гормони та генетика — доволі високі».

Однак наукові та клінічні прозріння на боці Мішель та багатьох інших жінок, які підозрюють тісний зв'язок між стресом та їхнім раком молочної залози.

Жодний інший вид раку так докладно не вивчали на предмет біологічного зв'язку між психологією та появою хвороби. Велика кількість доказів, отриманих в експериментах над тваринами та медичних дослідженнях, підтверджують враження пацієнтів, що емоційний стрес — це основний чинник, який сприяє появі злоякісної пухлини молочної залози.

А от доказів генетичного походження, всупереч твердженню дослідників із Торонто, не так багато. Лише мала частка жінок мають високий генетичний ризик раку молочної залози, і лише в малій частці — майже 7 % — хворих на рак молочної залози захворювання спричинене генами. І навіть у пацієнтів із генетичною схильністю на розвиток хвороби може впливати також чинник довкілля, оскільки далеко не в кожній людині, що має один із трьох генів, пов'язаних із раком молочної залози, розвивається злоякісна пухлина. Здебільшого у жінок і чоловіків із раком молочної залози спадковість не грає великої ролі в їхньому захворюванні.

Проводити розподіл між гормонами та емоціями буде досить надумано. Цілком правильним є твердження, що гормони активно сприяють розвитку або пригніченню злоякісних пухлин, але буде помилкою припустити, що їхня дія ніяк не стосується стресу. Насправді, один із головних шляхів, яким емоції біологічно сприяють розвитку раку — це через гормони. Деякі гормони — наприклад, естроген — сприяють зростанню пухлини. Інші допомагають розвитку раку тим, що пригнічують здатність імунітету знищувати ракові клітини.

Вироблення гормонів близько пов'язане з психологічним стресом. Жінки завжди знали, що емоційний стрес впливає на овуляцію та менструальний цикл. Сильний стрес може навіть припинити менструацію.

Гормональні центри організму нерозривно пов'язані з центрами мозку, у яких реалізуються та інтерпретуються емоції. Так само гормональний апарат та емоційні центри мозку взаємопов'язані з імунітетом та нервовою системою. Це не чотири окремі системи, а одна суперсистема, що діє як одне ціле, захищаючи організм від зовнішніх загроз та порушень внутрішніх фізіологічних процесів. Будь-який стресовий стимул не може діяти лише на одну частину цієї суперсистеми. Те, що трапляється з однією частиною, залучає всі інші. У цьому розділі ми докладніше розглянемо роботу цієї суперсистеми.

Емоції також напряму впливають на імунітет. Дослідження Національного Інституту Раку США виявили, що природні кілери (ПК) — важливий клас імунних клітин, з якими ми вже зустрічались, активніші в пацієнтів із раком молочної залози, здатних виражати гнів, приймати бій, які мають більшу соціальну підтримку. Природні кілери атакують ракові клітини та можуть їх вбивати. У таких жінок рак поширився значно менше порівняно з тими, хто

демонструє менш рішучу поведінку та має менше підтримуючих соціальних контактів. Дослідники виявили, що емоційні чинники та соціальне оточення були важливішими для виживання, ніж ступінь розвитку самої хвороби^[3].

Багато досліджень, зокрема, те, про яке доповідав The British Medical Journal, не визнають, що стрес — це не тільки зовнішній стимул, а й індивідуальна реакція. Він трапляється в реальному житті реальних людей, чий вроджений темперамент, історія життя, емоційні моделі, інтелектуальні ресурси, соціальна та економічна підтримка можуть бути абсолютно різними. Як зазначено в розділі 3, універсального стресору немає.

Здебільшого стресор раку молочної залози був неявним та хронічним. Він походив із переживань дитинства, раннього емоційного програмування та несвідомих психологічних адаптаційних механізмів. Вони накопичуються впродовж усього життя та роблять людину вразливою до хвороби.

Мішель виросла в сім'ї алкоголіків. Зараз вона вважає, що її злоякісна пухлина пов'язана з ранніми переживаннями дитинства, які сформували її сприйняття життя. Вона намагалася долати їх у способи, які, без її усвідомлення, ще збільшували тягар стресу, що їй доводилося нести багато років — наприклад, піклуватися про емоційні потреби інших людей, забуваючи про свої. «Я блукаю в розгубленості все життя, — каже вона, — і мені здається, мій рак має до цього стосунок... Хоча я вірю й розумію, що мої батьки люблять нас настільки сильно, наскільки вони тільки можуть, усе ж це були дуже заплутані і складні відносини й родинна атмосфера, тому що вони були алкоголіками, і досі ними є. Це не люблячі відносини, навіть попри те, що в них є любов».

Десятки років дослідження припускають, що в жінок вищий ризик раку молочної залози, якщо вони в дитинстві були емоційно ізольовані від батьків, або в їхньому вихованні були інші порушення; якщо вони схильні пригнічувати емоції, особливо гнів; якщо їм не вистачає підтримуючих відносин у дорослому віці, а також якщо вони мають альтруїстичний характер і компульсивну потребу піклуватися про інших. В одному з досліджень пацієнтки, яких направили на біопсію з підозрою раку молочної залози, мали інтерв'ю з психологами, які не знали результатів аналізу. Дослідники змогли передбачити наявність раку в 94 % випадків, спираючись виключно на психологічні чинники^[4]. У схожому німецькому дослідженні брали участь сорок жінок із діагностованим раком молочної залози і стільки ж жінок контрольної групи такого ж віку, схожого стану здоров'я та стилю життя. І знову, у 96 % випадків на основі психологічних даних дослідники успішно визначили, у кого був і в кого не був діагностований рак молочної залози^[5].

Мелвіна Кру⁵ спочатку збентежив діагноз раку молочної залози, а потім він вирішив, що «немає сенсу просто лежати й чекати, поки хвороба поглине мене». Тепер, через кілька років після видалення молочної залози, хіміотерапії та променевої терапії, він жартує на цю тему: «Принаймні не впадеш цицьками догори, бо в мене тільки одна»⁶.

⁵ Мелвін Кру вже публічно заявив про свій діагноз. На відміну від жінок, інтерв'ю з якими тут використані, він не має потреби приховувати особисті дані.

⁶ «Впасти цицьками догори» означає «померти» (*Прим. пер.*)

У п'ятдесятидворічного Мелвіна діагностували рак у 1994 році, одразу після дуже важкого періоду в житті, коли у нього були конфлікти із законом щодо порушення правил рибальства, публічний осуд, приниження на роботі та надмірний тиск із боку працедавця. Він був у човні з десятима іншими рибалками і зловив три рибини. Рибоохоронці здійснили рейд до його будинку та висунули йому звинувачення.

«Ще два хлопці та я взяли удар на себе, решта все заперечували. Моїй сім'ї було дуже важко бачити скрізь моє ім'я — “службовців берегової охорони звинувачують у нелегальному риболовстві” — і чути, як усі це обговорюють. І потім, коли я повернувся на один з інших кораблів берегової охорони, деякі з команди без кінця розпитували мене про це й насміхались... Хлопці з роботи сказали, треба було все заперечувати».

Для Мелвіна, який завжди з гордістю вважав себе сумлінною людиною, це було особливо важко. «Деякі з моїх колег казали мені, що я надто серйозно ставлюся до роботи. Вони кажуть, я не вмію розслаблятися».

— Ви коли-небудь відчуваєте, що робите щось замість когось іншого? — питаю я.

— Так, робиш більше, ніж повинен. Мабуть, така в мене вдача — знаєте, не хочеш, щоби на тебе дивились, як на слабака. Якщо інші не роблять того, що повинні, залишається лише зробити це за них. Або розгніватись через це.

Ну, розлютитись — це як підлити масла у вогонь. Є сумлінні робітники, а є ті, що плывуть за течією. Іноді я дійсно відчував гнів. Але ж якщо його проявляєш, то тільки додаєш проблем у трудовому колективі.

Джерело такої сумлінності стало очевидним, коли я запитав Мелвіна про його дитинство.

— У вас вдома було багато любові та ніжності?

— Так. Батько пишався мною та сестрою й нашими досягненнями в житті. Вона вчителька. Мій батько був інженером, і я пішов його шляхом. Отримав диплом, і мій батько був такий гордий, що я став авіаційним інженером.

— Теплота та любов не стосуються досягнень: вони існують незалежно від досягнень, просто тому, що між батьками та дітьми є емоційний зв'язок. Але ви відповіли про досягнення. Чому це так?

— Ну, мій батько завжди нами пишався.

— А мама — ви отримували від неї багато ласки?

— Не надто багато. Ми любили наших батьків, і я впевнений, що вони нас добре виховали. У нас була хороша родина.

Майже 1 % пацієнтів із раком молочної залози — чоловіки. Історії їхнього емоційного розвитку нагадують історії жінок із тією ж хворобою. Поліцейський із Торонто Девід Єндл мав чотири окремі ракові захворювання: один раз у нирках, один у молочній залозі і двічі в сечовому міхурі. Його дитинство теж відрізнялося браком тепла. Він народився в 1936 році, йому було всього три, коли почалася Друга світова війна. В 1940-му народилася його сестра.

— Мій батько працював на складі, мама — на шоколадній фабриці Кедбері... Я виріс у воєнні роки й насправді не часто бачив батьків. Вдень мама працювала, і ми із сестрою самі про себе піклувались, доки вона не верталася додому.

— Ви маєте на увазі, що доглядали свою сестру, коли ще самі були дуже малим?

— Так.

Девід пригадує подружнє життя своїх батьків як нещасливе. «Вони не були люблячою парою, — каже він. — Тато робив свої справи, мама — свої. Більшість вечорів тато проводив у більярді з друзями. Я не дуже поважав маму. Вона завжди чекала від мене більшого, ніж я міг дати. Думаю, що я не був відмінним учнем. А себе мама завжди бачила набагато кращою, ніж була. Вона належала до робочого класу, як і вся сім'я, але вона завжди намагалася справляти враження, що ми кращі, ніж є насправді. Ти мав відповідати її стандартам».

— Коли в дитинстві вам було сумно, коли вас не розуміли, коли у вас були емоційні проблеми, з ким ви про це говорили?

— Насправді, ти тримаєш це в собі. Тата ніколи не було вдома, а з мамою я точно не говорив би про це, тому що її незмінна відповідь була: «Це просто дурниці». Я ніколи не показував батькам свого гніву. Ти просто не робиш цього, і все. Я тримав багато гніву всередині.

«Надзвичайне пригнічення гніву» назвали в британському дослідженні 1974 року найпоширенішою характеристикою пацієнтів із раком молочної залози. У ньому послідовно брали участь 160 жінок, яких направили до лікарні для біопсії молочної залози. З усіма провели детальні інтерв'ю та надали

опитувальники для самостійних відповідей. Для підтвердження окремі інтерв'ю провели також із чоловіками або іншими членами родин пацієнток. Оскільки психологічне опитування провели до біопсії, ні пацієнтки, ні ті, хто їх опитував, не могли знати кінцевого діагнозу. «Нашим основним відкриттям був показовий взаємозв'язок між діагнозом раку та порушенням переживання емоцій упродовж усього дорослого життя. Цим порушенням здебільшого було сильне пригнічення гніву та, у пацієнток старших за сорок років, також і інших емоцій»^[6].

Психоаналітичні дослідження 1952 року серед жінок із раком молочної залози привели до таких самих висновків. Як було зазначено, ці пацієнтки демонстрували «неспроможність давати волю або адекватно переживати гнів, агресію та ворожість (яка, так само, була прихована за маскою доброзичливості)». Дослідники відчували, що невирішені конфлікти «виявлялися через заперечення та нереалістичну саможертвувну поведінку»^[7].

Дослідження, проведені докторкою Сандрою Леві та її помічниками в Національному інституті раку США щодо взаємозв'язку між активністю ракових клітин та моделей емоційної поведінки в пацієнтів із раком молочної залози дійшло висновку, що *«пригнічення гніву та пасивний стиль поведінки, очевидно, пов'язані з наслідками біологічного ризику»*^[8].

Пригнічення гніву підвищує ризик раку з дуже простої причини — це в багато разів збільшує кількість фізіологічних стресів. Якщо люди не можуть розпізнати вторгнення або нездатні відстояти себе, навіть якщо здатні на це, вони частіше зазнають шкоди, яку завдає їм стрес. Згадайте з третього розділу, що стрес — це фізіологічна реакція на отриману загрозу, незалежно від того, усвідомлює її миттєво людина чи ні.

«Я постійно борюся з першим питанням, яке ставлять мені всі хворі на рак, кого я знаю: “Чим я це заслужила? Чому я?” Хіба я зробила щось не те? Я все перебрала, усе передумала. Я не та людина, у кого має бути рак. Я годувала дітей до двадцяти одного місяця. Я майже не курила, тільки трохи в юності. Я не пила багато алкоголю. Я займалася спортом. Я слідувала за кількістю жиру в раціоні. Це не повинно було зі мною статися». Це говорила Анна, жінка за сорок років, мати трьох дітей. Вісім років тому в неї з'явилася пухлина, що викликала підозру. В Анни є один із трьох генів, що асоціюються з раком.

Навіть у малій частці випадків, коли гени — це основний чинник, сама лише спадковість не може пояснити, хто захворіє на рак, а хто — ні. Тест ДНК показав, що Анна успадкувала ген раку молочної залози від батька. Інші родичі з таким самим геном, старші за неї, не захворіли на рак. Анна переконана, що визначальну роль у її хворобі зіграв стрес. Перший чоловік, бізнесмен, погано

поводився з нею на емоційному рівні, коли вони жили разом. В останній період шлюбу дійшло до того, що він піддав її фізичному насильству. «Якщо ви спитаєте мене, чому я захворіла на рак, я скажу — тому, що я дозволила зруйнувати себе в цьому шлюбі. Я була близькою до самогубства більше ніж...

У мене було недостатньо самоповаги. Чи я вже достатньо хороша? Чи мене вже можна любити? Я вийшла заміж за мою маму. Він був такий самий, як вона. Я ніколи не була досить хорошою. Озираючись у минуле, я думаю: як я могла залишатись у таких відносинах? Я стільки через це плакала на консультаціях у психотерапевтів. Як я могла скоїти таке з моєю душею, бо саме її я поранила. Я поранила саму сутність того, ким я є, і думаю, що й тіло також.

Нарешті, я відчула, що в моєму світі залишилася лише мала частка мене. Щодня я приймала вісім типів ліків, що мені виписали від депресії, тривожності, безсоння, болю, проблем зі шлунком. Це був вибір — або померти, або піти. Тоді увімкнулося самозбереження, і я пішла».

Анна підпадає під модель «нереалістичної саможертвної поведінки», яку згадують у психоаналітичному дослідженні 1952 року пацієнтів із раком молочної залози. Вона єдина з чотирьох братів та сестер доглядає вісімдесятирічного батька.

«Він із мене душу витягує. Я так погано почуваюсь, коли в нього проблеми. Мені жахливо, коли він телефонує й каже: “Мені так самотньо — мені нікуди піти й нічого робити”. Моя сестра, яку я вважаю просто стервом, каже — це його проблеми, у нього було безліч шансів та можливостей.

Півтора року тому ми пережили з ним справжню драму, коли я попросила його на один місяць залишитись у лікарні на тимчасовому догляді. Він був у лікарні, і я теж щодня була там, годинами сиділа з ним. Він виписався, і я відчула, що в мене нервовий зрив від догляду за ним. Я витягла свою медичну картку з раку — велику картку — і сказала: “Тату, подивись, — соціальний працівник та інші теж були поруч, — у мене рак і я маю піклуватися про себе. Я не можу доглядати тебе, як раніше. Будь ласка (я вже плакала, тому що в сім’ї я плакса), будь ласка, залишся тут на один місяць”. Він сказав: “Ні. Чому я повинен це робити? Я не хочу”.

Соціальний працівник і голова програми догляду кажуть йому: “Пане В., ніхто не хоче до будинку для літніх людей. Та чи не можете ви зробити це для своєї доньки? Подивіться на неї — вона плаче, і в неї зараз дійсно важкий період. Їй потрібен час розібратися з чоловіком, їй потрібен відпочинок”. Він відповів: “Ні, я не піду. Чому я маю туди йти?”

Коли мені видалили обидві молочні залози, я попросила брата та сестру деякий час доглядати тата. “Пару місяців я не зможу запрошувати його на

обід, — сказала я їм. — Мені потрібно одужати”. Через десять днів він прийшов на обід, тому що ніхто про нього не піклувався. І ніхто цього навіть не помітив».

— Ви допустили себе в ролі мами стосовно тата. Ще й через це вас сприймали як належне. Маму сприймають як належне. Мама — як світ, вона просто має бути тут і забезпечувати нас усім необхідним.

— Цілком згодна. Мій брат поводить себе так само — я і для нього мати. Коли він телефонує, діти кажуть: «У дядька Дона, напевно, проблеми, він знову телефонує». Він страждає від депресії, у нього такі проблеми з відносинами, що й уявити не можна. Коли в нього проблема, він тут день і ніч. А потім не передзвонює мені кілька місяців — йому просто ніколи.

Він зайшов тільки один раз за весь період хіміотерапії. Через півтора року після того, як усе закінчилося — операції та хімія — я сіла поговорити з ним. Це було вперше, коли я спробувала чітко висловити свої потреби. Я сказала: «Доне, мені дещо від тебе потрібно. Коли я йду до онкологічної клініки на перевірку, мені потрібно, щоби ти спитав мене, як усе пройшло. Це для мене дуже важливо. Мені треба, щоби ти спитав мене, що було після того, як я пішла». Він вислухав мене, подумав і сказав: «Мені теж від тебе дещо потрібно» й почав цю довжелезну розповідь про свої відносини з тією дівчиною, з якою він зараз розходиться. А я сиділа й думала, що він нічогосінько не второпав. Ви маєте рацію — у якийсь момент я зрозуміла, що я — мати.

Анна багато разів відчувала себе покинутою з боку матері, яка більше любила її старшу сестру. «У мене не було мами. Моя мама викреслила мене, — каже вона. — насправді, я їй не подобалась, тож я не могла собі дозволити втратити ще й батька. Діти достатньо розумні, вони знають, що батьки їм потрібні. А мій батько любив мене хибним чином». З підліткового віку Анна помічала, що батько кидає на неї неприкриті сексуальні погляди, особливо на її груди.

— Я відчувала від нього щось таке, що я майже все життя заперечувала в собі, поки не почала ходити до психотерапевта. Він нічого такого не робив, наскільки мені відомо, але він хотів. Він дивився... У ньому була сексуальна напруга, що для одинадцятирічної або дванадцятирічної дівчинки... Я надчутлива до всього, що виходить від чоловіків. Усього. Але для молодшої дівчини повірити, що батько так до неї ставиться — це дуже важко. Боже милосердний, ти вигидаєш мільйон причин, чому це не може бути правдою. Однак моя сестра — вона ні за що не показувалась у футболці, якщо поряд був батько.

Батько, напевно, єдиний не знає, що мені видалили молочні залози, тому що я йому про це не говорила. І не думаю, що хтось скаже. Він знає, що в мене була операція, пов'язана із раком. Він спитав Стіва (другий чоловік Анни): «Це

стосується грудей?», і Стів сказав: «Так, продовження того, що було». Тато ніколи нічого мені про це не сказав. Під час хімії він так байдуже й огидно ставився до мене. Приходив додому до мене й казав: «Іди вдягни перуку, ти така негарна». Я відповідала: «Знаєш, мені дуже, дуже погано, я просто скотилася з ліжка, щоби відповісти на дзвінок домофону». Тільки я це казала не так спокійно — я істерично кричала.

Нещодавно я везла його додому, і він сказав: «Я хочу з тобою поговорити. Знаю, не варто тобі цього казати, але в мене більше нікого немає». І він пустився в ці розповіді — йому зараз вісімдесят два, — як його дівчина не хоче з ним сексу. «У чоловіків є потреби». Цьому він мене вчив змалку. Дружина не повинна — він мені прямо казав — ніколи відмовляти своєму чоловікові, коли він хоче сексу, бо якщо відмовить, він має право отримати це в іншому місці. Це твій обов'язок — забезпечувати секс. Й ось він розказує мені, що хоче сексу, а його дівчина — ні, а в нього є потреби, і що він робитиме. А я сиджу й думаю: це так неправильно, ти не повинен так розмовляти зі своєю донькою.

— Ви не думали... ви могли сказати: «Тату, я не хочу цього слухати».

— Але він тоді засмутився б, йому було б соромно. Подумав би, що зробив щось не те. Це моя справа — не давати йому відчувати сором.

Як я мала сказати «Я не хочу»? Для мене це дивні слова, незвичні в будь-якій ситуації. Я буду брехати людям, я не відповім на дзвінок, я скажу: «Я переїжджаю до Тибету, тож не зможу взяти участь» — я зроблю все що завгодно, але не скажу: «Я не хочу». А якщо нічого не зможу вигадати, просто погоджусь.

Прямий зв'язок між переживаннями дитини і стресом дорослого не враховувався такою кількістю дослідників упродовж стількох років, що можна подумати, ніби це робили навмисно. Дорослі з важким дитинством можуть стикатись із такими самими труднощами, як і інші, але здатність долати труднощі в них порушена через цей досвід. Стрес не з'являється у вакуумі. Одна й та ж зовнішня подія викликатиме дуже різні реакції, залежно від того, хто її переживає. Смерть члена сім'ї справить дуже різне враження на емоційно цілісну людину, яка перебуває в підтримуючих стосунках, і на самотню людину, яка — як Анна до психотерапії — мучиться хронічним відчуттям провини, зумовленої вихованням.

Людиною, про чию справжню історію дитинства точно неможливо дізнатися за допомогою самостійних психологічних тестів для пацієнтів із раком молочної залози, була колишня перша леді США Бетті Форд. Місіс Форд дуже мужньо написала у своїй автобіографії «Часи мого життя» про свій алкоголізм та спроби вилікуватися від нього за підтримки чоловіка, дітей та інших. Вона

також відверто розповідає про свій діагноз та лікування від раку, але — це видно з її публічних висловлювань — коли йдеться про її дитинство, вона все ще дивиться на нього крізь рожеві окуляри. Вона вчиняє типово для людини, яка пригнічує власні почуття, щоби зберегти ідилічні відносини з кимось із батьків.

Бетті Форд, одружена з достойним, але дуже амбіційним політиком, кар'єра якого стояла в її житті на першому місці, не мала в подружніх стосунках достатньо емоційного тепла. «Напевно, я заохочувала чоловіка до випивки. Він був такий стриманий і закритий, йому було важко навіть сказати, що він мене любить — він освідчився мені словами “Я хотів би з тобою одружитись”». Багато років вона страждала від пов'язаного зі стресом болю в попереку, який діагностували як «остеоартрит» та лікували за допомогою знеболювальних та заспокійливих ліків. Також вона багато пила, щоби пом'якшити фізичний та емоційний біль. Форд описує себе як людину, сповнену сумнівів у собі та нездатну за себе постояти:

Я була переконана — що важливішим ставав Джері, то мені важливою ставала я. І що більше я дозволяла собі перетворюватися на килимок для витирання ніг — я знаю, що була для дітей таким килимком — то більший жаль до себе мене переповнював. Чи була я кимось у цьому світі хоч коли-небудь?

Думаю, що в глибині душі я не вірила, що колись була кимось. Кар'єра Марти Грем мені не світила — у мене був талант до хореографії, але великою танцівницею я не була. І моя віра в себе завжди була хиткою.

Я не могла повірити, що люди люблять мене такою, як є. І завжди пам'ятала, що в мене немає вищої освіти...

Неосвічена. Не Анна Павлова. І вполовину не така жінка, якою була моя мати. Я вимірювала себе нереальними мірками — Мартою Грем та моєю матір'ю, і завжди програвала. Це пряма дорога до алкоголізму.

Моя мама була чудовою жінкою — сильною, доброю, принциповою, і вона ніколи не давала мені впасти у відчай. Вона була ще й перфекціоністкою та намагалася налаштувати нас, дітей, на ідеал. Мама ніколи не показувала, що в неї є проблеми, вона несла їх тягар сама. І вона була моїм ідеалом сили, тож коли я не могла сама нести свої проблеми, я втрачала самоповагу. Як би не намагалась, я ніколи не могла вдовольнити власних очікувань від себе^[9].

Здається, перша леді глуха до власних слів про те, як вона почувалася в дитинстві, і про те, як відносини з мамою та, безумовно, і батьком, про якого вона говорить дуже мало, сформували її особистість та зумовили її спосіб долати труднощі. Вона не бачить, що звичка поступатися собою заради

очікувань чоловіка та дітей — ставати килимком для витирання ніг — сформувалася в результаті того, як вона пережила дитинство. Емоційне пригнічення, суворе самозасудження та перфекціонізм, засвоєні Бетті Форд у дитинстві, хоча й не з власної вини — це більше, ніж пряма дорога до алкоголізму. Це також «пряма дорога» до раку молочної залози.

Ти теж частина цього, мамо

У своїй другій книжці мемуарів «Замкни мене або відпусти» Бетті Кравчик пише про смерть від раку молочної залози своєї двадцятисемирічної доньки Барбари Елен:

Останній напад мігрені був у мене майже три роки тому в закладі паліативної допомоги, коли лікар Барбари Елен порадив мені сказати їй, що їй можна померти.

«Вона хоче отримати ваш дозвіл померти», — м'яко сказав він. Ми були в приватній кімнаті, які відводяться спеціально для таких людей, як я. Найбезутишніших людей на світі.

«До біса це! — кинулася я на нього, шокована та нажахана навіть припущенням цього. — У неї нема мого дозволу! Я забороняю їй...»

У цей момент я зламалася та почала голосно ридати. Лікар терпляче чекав. Він звик до таких реакцій. Це була його робота.

— Місіс Кравчик, думаю ви розумієте, що страждання Барбари Елен просто погіршуватимуться, з кожною годиною.

— Вона не страждає! У неї в руці катетер. Цього ранку вона говорила із сестрами та батьком, тільки вчора вона бачилася з друзями, вона поговорила зі своїм маленьким сином, вона обійняла його...

— Це був її дарунок. Її дарунок тим, кого вона любить. Прощання з ними. Ви — єдина, з ким вона ще не попрощалася. Вона хоче це зробити зараз. Вона хоче вашого дозволу піти...

— О, ні, будь ласка, не треба! Ви думаєте, ви — Бог? Звідки ви знаєте, що настав час її смерті?

І потім я почала благати.

— Дайте мені ще кілька днів, прошу. Будь ласка, знову поставте їй крапельницю...

— Вона цього не хоче. Вам треба набратися достатньо сили, щоби дати вашій доньці те, що їй зараз потрібно. Вона хоче, щоби ви допомогли їй, дозволили піти. Це єдине, чим ви можете їй зараз допомогти — дозволити піти.

Голова боліла так, що я думала, помру раніше, ніж Барбара Елен. Але я не померла... Наступного вечора я прийшла до тям настільки, щоби сказати доньці, що якщо вона втомилася хворіти та хоче піти, я більше не буду намагатись її затримати. Вона взяла мене за руку і сказала, що чекатиме на

мене, куди б вона не потрапила, і того ж ранку вона померла в мене на руках, її сестра Маріан теж тримала її руку, і її батько був поруч^[1].

Я був у цій історії паліативним лікарем. Добре пам'ятаю Барбару Елен на її лікарняному ліжку біля вікна, у першій палаті праворуч по коридору, як тільки виходиш із ліфту. Легка й худорлява від природи, на останній стадії раку вона стала прозорою, як примара. Вона мало говорила і здавалася сумною. Я нічого про неї не знав, окрім основних фактів її захворювання. У неї був запальний рак молочної залози, який вражає молодих жінок та має дуже поганий прогноз. Вона відмовилася від усіх традиційних способів лікування — враховуючи її діагноз, цей вибір не був цілком безглуздом, але він був незвичайним. Таке рішення завжди пов'язане не лише з голими медичними фактами, і в мене було відчуття, що ця жінка почувається досить самотньо — і так продовжується майже все її життя. Іноді мені хотілося просто взяти її на руки та погойдати, як малу дитину.

У день, який Бетті описує у своїх мемуарах, я говорив із Барбарою Елен після ранкового обходу. «Скільки мені ще залишилось?» — спитала вона.

— Не дуже довго. Що ви відчуваєте через це?

— Я відчуваю, що вже достатньо. Ви даєте мені щось, щоби підтримувати моє життя?

— Тільки внутрішньовенне живлення. Без цієї рідини ви помрете через день або два. Ви хочете, щоби ми це припинили?

— Моя мати цього не витримає.

— У мене склалося враження, що ви завжди так чи інакше про неї піклуєтесь, тому тепер вам може бути важко зробити те, чого ви хочете. Але вам не потрібно більше про неї піклуватись. Що б ви зробили, якби хотіли просто подбати про себе?

— Я б відімкнула крапельницю.

— Я поважаю почуття вашої мами. Це дуже важко для матері — я можу тільки уявляти собі, як це неймовірно важко. Якщо хочете, я з нею поговорю.

Нещодавно ми знову зустрілися з Бетті Кравчик, щоби поговорити з нею про життя та смерть її доньки. Ми мали коротку розмову після її смерті, коли Бетті переживала горе та намагалася зрозуміти, чому її донька так зарано пішла. Я розповів їй про своє розуміння зв'язку між стресовими подіями раннього дитинства та підвищеним ризиком розвитку раку в дорослому віці. Невдовзі після цього я отримав поштою першу книгу її мемуарів «Клейоквот: Звуки мого серця». В середині була записка: «Ось моя книжка. Вона пояснює дещо в моїх відносинах із донькою, яка померла від раку 30 квітня у вашому відділенні». Коли я прочитав мемуари, у мене з'явилася надія, що Бетті погодиться на

інтерв'ю для книжки «Коли тіло каже “ні”». Як виявилось, Бетті думала про мене, написавши цю записку, бажаючи дізнатися більше про мою теорію та сподіваючись, що я допоможу їй краще зрозуміти деякі речі, які Барбара Елен говорила в останні пів року свого життя.

У нас була незвичайна розмова, але й Бетті — незвичайна жінка. Вона широко відома в Британській Колумбії та поза її межами як активістка із захисту довкілля. Назва її книжки відсилає до всесвітньо відомого заповідника Клейоквот Саунд на Західному узбережжі, якому кілька років тому загрожували інтереси лісозаготівників. У вересні 2001 року через черговий протест проти лісозаготівлі сімдесятидворічну Бетті ув'язнили за кримінальним звинуваченням на чотири з половиною місяці.

Хоча книжка переважно описує її досвід як екологічного хрестоносця, у ній також є жива та відверта розповідь про її особисте життя. Воно було насиченим — вона мала чотирьох чоловіків та вісім дітей. Тепер Бетті є прийомною матір'ю сина Барбари Елен, Джуліана, якому було лише два роки, коли вона померла.

Упродовж останніх шести місяців Барбара Елен часто давала волю глибокому гніву на свою матір. Саме цей гнів Бетті ніяк не могла, але намагалася зрозуміти.

Бетті Кравчик народилася в Південній Луїзіані, яка в той час, за її словами, була «одним великим болотом». «Мене ростили не протестувальницею, — пише вона в книжці “Клейоквот”. — Мене ростили бідною сільською дівчиною з Півдня».

Пам'ять — така вибіркова й суб'єктивна. Кілька років тому, коли ми зустрічались із братом та сестрою, у дружній розмові виявилося те, що нас глибоко торкнуло та здивувало. Кожен із нас у сім'ї відчував, що інших люблять більше за нього. Насправді я й досі так вважаю. Брат був старший, до того ж єдиний хлопчик, тож він отримував найбільше уваги. Те, що залишалося, діставалося сестрі, бо вона була маленькою дитинкою зі слабким здоров'ям. А я була сильною, здоровою дівчиною, яка могла сама себе розважити, тож ніхто не звертав на мене особливої уваги. Що мене цілком влаштовувало.

Ви б не захотіли, щоби вас помічав мій батько. Якщо ж це ставалося — усе, у вас проблеми. Не те щоби він бив когось із нас, але загроза завжди існувала. Нас повинно було бути видно, але не чутно, і видно якомога менше. Мама була іншою. Вона була ніжною та люблячою. Хоча я завжди знала, що мама більше любить брата та сестру, вона була настільки сповнена любові, що дещо перепадало й мені. Дорослою я одного разу звинуватила її в цьому, розповівши цей мій секрет, і вона була вражена, їй було боляче, і вона наполягла на тому,

що звертала більше уваги на них лише тому, що вони потребували її більше, ніж я, тому що я завжди була емоційно незалежнішою^[2].

Незважаючи на цю зовнішню емоційну незалежність, юна Бетті страждала на «жахливі нічні кошмари та тривожні уяви в темряві». Вона рано пішла з дому, побравшись із «першим-ліпшим дорослим чоловіком, який з'явився на горизонті і який міг довести свою платоспроможність». Невдовзі вона покинула його, але спершу народила трьох дітей. «Він був такий собі нестримний колекціонер незайманих дівочих плів. Виявилося, шлюб нездатний його зупинити. Врешті-решт він назбирав їх надто багато».

Наступні два десятиріччя принесли їй ще трьох чоловіків та ще п'ятьох дітей. Барбара Елен була сьомою з них, вона народилась у 1966 році, якраз перед переїздом Бетті в Канаду, «із шістьма дітьми на шії» і третім шлюбом, який мав ось-ось розпастися. Вони жили тоді в Кіркленд Лейк, штат Онтаріо. Її чоловік, інструктор у коледжі, був емоційно холодним трудоголіком, який до того ж пиячив. «Я не любила, коли він випивав. Він ставав непомірно самозадоволеним, лицемірним і всіх звинувачував. Тож я побачила, що уникаю того самого спілкування, якого спочатку шукала. І моя депресія погіршилася... я почала дивитися на Джона й гадати, хто ж він насправді... Я думала, ця перша зима в Кіркленд Лейк ніколи не скінчиться, і весна ніколи не прийде... Гадаю, двома найбільш розгубленими людьми тієї весни, що ніяк не приходила, були ми з крихіткою Барбарою Елен».

Бетті знайшла вихід зі своїх відносин, закохавшись у голову кафедри в коледжі Джона та переїхавши з ним у Британську Колумбію. Барбара Елен росла переважно там, хоча були переїзди між східною та західною Канадою та між Канадою і Штатами.

Четвертий шлюб Бетті також розпався, але з роками вона знайшла відчуття справжньої себе як особистості, жінки та активістки.

Барбара Елен була чутливою дитиною й мала проблеми зі здоров'ям. У віці чотирьох років у неї почалися напади блювоти, які ніхто не міг пояснити. Вони іноді повторювалися впродовж її життя, і тепер Бетті вважає, що вони пов'язані зі стресами її дитинства. Коли Барбара виросла, то стала залежною від наркотичних знеболювальних та транквілізаторів, які вона вводила за допомогою ін'єкцій. Вона боролася з залежністю якраз до того моменту, коли отримала діагноз раку молочної залози. Не маючи досвіду стабільного життя, вона не могла встановити довгі близькі стосунки й переходила від одних відносин до інших. Джуліан народився, коли їй було двадцять п'ять, і вона невдовзі вийшла заміж, але не за батька її сина. «Цей шлюб не був довгим, —

каже Бетті. — Мартін не зумів поєднати подружнє життя та маленького прийомного сина».

Барбара була дуже розумною, чутливою та творчою людиною. Вона була танцівницею, і колись керувала школою танців для дітей. Коли несподівано виявили рак, вона жила у Ванкувері, виховувала Джуліана та вела уроки танців.

— Вона сказала мені, що пройшла мамографію, і вони хочуть зробити мастектомію. Вона не хотіла цього приймати. У Барбари був бистрий розум. Вона вивчила всі матеріали про цей вид раку і про результати лікування для її вікової групи в США та Канаді. Їй не сподобалось, як усе це виглядає. «Я не хочу проходити через усе це, — сказала вона, — я не хочу, щоби мене нудило, не хочу, щоби мене скалічили, не хочу всієї цієї хімії. Я хочу лікуватися за допомогою холістичної медицини і зробити з цим усе, що можу». Вона попросила мене та Джона підтримати її рішення й не втручатись.

— Як ви це сприйняли?

— Жахливо. Я хотіла негайно щось зробити. Я намагалася тиснути на неї, щоби змусити її шукати якісь інші варіанти, і раптом вона дуже розлютилась, стала абсолютно непохитною та почала на мене кричати. Вона ніколи на мене не кричала. Можна сказати, вона гнівалася на мене всі останні шість місяців свого життя. Раніше вона ніколи не гнівалася довго — розлютившись, вона могла сказати: «Окей, мамо, хочеш думати так, то хай так і буде» та грюкала дверима або щось таке, і все.

— Це не зовсім вияв гніву — більше розчарування або поразки.

— Я завжди так чи інакше завдавала їй болю, і я не розумію, чому. Думаю, я була для цієї дитини жахливою матір'ю. Її ранила одна моя особистість, мій характер.

— Ви плачете. Ви все ще відчуваєте провину?

— Можливо, це не стільки провина, скільки відчуття — чому не можна було віддати її комусь іншому, хто міг би про неї подбати? Вона була надзвичайною дитиною, дуже чутливою й лагідною до світу, з неймовірним розумінням його.

— Лагідною... Якою вона була в дитинстві?

— Вона дуже рано подорослішала. Куди б я її не брала, люди дивувалися манерою її поведінки та... не хочу сказати, що вона поводитись як доросла, але всі дивувалися рівнем її розуміння дорослого світу.

— А якою вона була емоційно?

— Емоційно? Вона була дуже люблячою та ніжною. Вона була лагідною, і всі любили її, вона завжди була улюбленою ученицею вчителів. Але іншим дітям, здавалося, це не подобалося.

— Чи не було у вас коли-небудь відчуття, що хтось намагався її скривдити?

— Був один випадок. Ми були в Луїзіані, відвідували мою маму та сестру. У моєї сестри були чотири сини. Один із них був на рік старший від Барбари та більше її. Барбарі було десь дванадцять. Вона нічого мені не сказала. Тільки коли ми повернулися в Каліфорнію, вона сказала сестрі Маргарет. Маргарет прийшла і сказала, що цей двоюрідний брат намагався її зґвалтувати. Вони були самі вдома. Барбара дуже злилася через це. Я пам'ятаю, що спитала в Маргарет: «Чому вона мені не сказала?», а вона відповіла: «Тому що вона думала, Доріс — твоя сестра, і через це між вами може статися великий скандал».

Потім ми з Бетті говорили про хворобу та смерть Барбари. Коли встановили діагноз, Бетті брала участь у місцевих виборах у Партію Зелених. Вона зняла свою кандидатуру, щоби проводити час із донькою. Я спитав, чи було це для неї важким рішенням.

— Не так важко. Я відчувала, що ми потрібні одна одній. Але в мені було щось таке, що Барбару завжди дратувало. Я говорила надто голосно для неї, мої дії були надто епатажними. Мене було надто багато для її делікатної особистості — я тільки так можу це описати. У неї була протилежна особистість, вона інакше дивилася на речі, намагалася більш цілісно сприймати людей.

— Це виглядає так, ніби ви були схильні більше засуджувати людей, ніж їй хотілося.

— Вона завжди докоряла мені за осудливість. Я залишалася поряд якийсь час, а потім вона казала мені йти. Вона завжди казала, коли втомлювалася від мене й хотіла відпочити, бо вона вважала мене стомлюючою.

— Це в останні місяці?

— Так.

— Чому ви так думаєте? Ви не можете бути стомлюючою. Стомлююча людина — такого не буває.

— Моя особистість її стомлювала — я надто активна.

— Коли людина стомлюється?

— Коли вона працює. Тож ви вважаєте, що бути зі мною — це була для неї важка праця?

— Надто важка для неї.

— Он як...

— Тепер ви гадаєте, навіщо я це говорю. Ваша відкритість таким речам дуже незвичайна, але ви все життя шукаєте правду. Я знаю це й розумію. Слухайте, Барбара прийшла у ваше життя, коли в ньому не було жодної стабільності.

— Це правда.

— Ваші відносини із Джоном добігали кінця, коли ви завагітніли, і ви почувалися цілком самотньо. Ви не відчували, що у вас є партнер і почали

усвідомлювати, що хоча цей хлопець був дуже цікавий інтелектуально, емоційно ви були на самоті. Ви вийшли з цих відносин, зав'язавши стосунки з Воллі. Потім ви переїхали до Канади з усіма дітьми. У результаті Джон отримав опіку над усіма дітьми, окрім Барбари Елен. Раптом, із самого початку, їй довелося заповнювати величезну порожнечу, яка утворилася у вашому житті.

Природа стресу — це не обов'язково події, про які ми зазвичай думаємо. Це не зовнішні потрясіння — війна, втрата прожитку, чиясь смерть; це насправді внутрішній стрес необхідності пристосовуватися до когось іншого. Рак, БАС, РС, ревматоїдний артрит та інші захворювання, на мою думку, часто виникають у людей зі слабким відчуттям себе як незалежної людини. На емоційному рівні — тобто, вони можуть бути високопрофесійними митцями або інтелектуальними геніями — але на емоційному рівні в них слабо виражене відчуття себе. Вони живуть реакціями на інших, не усвідомлюючи, хто насправді є вони самі.

Перехід Барбари з одних стосунків у інші свідчить про те, що в неї не було достатньо сильного відчуття себе, за яке вона могла б триматись. Як тільки закінчувались одні стосунки, вона мала одразу знайти інші, щоби нормально почуватися у своєму житті. Її залежність теж добре пояснюється цією причиною.

Вона прийшла у ваше життя, коли ви були найбільш емоційно виснажені та потребували допомоги. Я думаю, її інтелектуальний розвиток, який випереджав свій вік — це риса, яка може розвиватись у талановитої та чутливої дитини, у якої немає достатньої емоційної підтримки, і замість неї вона спирається на інтелект. Звідси ця інтелектуальна зрілість та здатність на рівних спілкуватися з дорослими. Люди часто говорили мені, якою я був зрілою та розумною дитиною. І я завжди так про себе думав, тому що в цьому психологічному стані можна виглядати дуже зрілим. Але коли я дивлюся на себе з емоційної точки зору, то бачу, що я був дуже незрілим. Зараз мені п'ятдесят вісім, і я все ще намагаюся подорослішати.

— Це дуже цікаво.

— Що не розвивається в одній сфері, надмірно розвивається в іншій, якщо дитина здібна. Барбара розвинула величезний інтелект для того, щоби почуватися комфортно. Думаю, причина в тому, що, коли вона була дитиною, ви не могли надавати їй емоційної підтримки, якої вона потребувала.

— Так, думаю, не могла.

— Коли батько або мати не можуть докладати зусиль, щоби підтримувати відносини, тоді це має робити дитина. Вона це робить, намагаючись бути хорошою дівчинкою. Вона це робить, швидко дорослішаючи, стаючи інтелектуально зрілою. Коли вона досягає тринадцяти-чотирнадцяти років, й

утворюються необхідні зв'язки в її мозку, вона раптом стає вашим інтелектуальним радником. Ваші стосунки ґрунтуються, ймовірніше, не на її, а на ваших потребах. У тому випадку з двоюрідним братом, що домагався її, вона захистила вас від емоційного болю, просто промовчавши про це. Вона не дозволила вам про це дізнатись. Вона піклується про вас.

Вона хоче підтримувати мир у родині. Це не дитяча роль. Дитяча роль — це піти до мами і сказати: «Цей покидьок намагався на мене залізити! До дідька тоді той мир!». Я знаю, що ви б такого не хотіли. І це не навмисно. Причини цього треба шукати у вашому власному дитячому досвіді.

Я мав дуже схожі стосунки зі своїм старшим сином. Якось він сказав мені: «Тату, я не знаю, де закінчуєшся ти й починаюсь я». Так воно і є. Я завжди казав, що не хвилююсь, що діти на мене гніватимуться, хвилююсь тільки, що вони замало гніватимуться.

Те, що ви бачили в Барбарі в останні її шість місяців — це був її початок встановлення власних меж. Вона казала «ні», і гнів, який вона раніше пригнічувала, виходив назовні.

— Так і є...

— Так я це розумію. Людям, яких я зустрічав із раком та іншими захворюваннями, було важко казати «ні» та виражати гнів. Вони були схильні пригнічувати його або висловлювати в саркастичній формі, але ніколи не прямо. Такі реакції походять із раннього дитинства, коли їм треба було будувати стосунки з батьками й підтримувати їх своїми зусиллями.

Думаю, Барбарі потрібні були великі зусилля, щоби підтримувати стосунки з вами. Я пам'ятаю, як я дуже обережно піднімав це питання. Вона вказала мені, що щось таке було, але вона не дуже хотіла багато про це говорити. Вона була вельми глибоко занурена в себе, а я був для неї абсолютно чужим. Вона не надто хотіла відкриватися мені.

— Їй важко було відкриватися. В останні місяці вона насправді просила мене прийти та покурити з нею трохи травки, щоби ми могли розслабитись і поговорити, — каже Бетті.

— І як це було?

— Добре, тому що вона говорила про себе. Вона казала: «Я відчуваю, що не знаю, що таке рак, але він тут, він прийшов до мене». Вона каже: «Я запросила рак у своє тіло». Я пам'ятаю, що перелякалась і сказала: «Барбаро, я не розумію, що ти кажеш». І вона відповіла: «Ну, це означає, я переживаю його як частину свого життя, яка і твоя теж, мамо. Ти маєш свою частку в моєму раку».

Знаєте, що іще, Габоре... Барбара бачила когось у ніч перед смертю. Вона сказала, якийсь чоловік прийшов, щоби її забрати, а вона сказала йому, що ще не готова. Наступного вечора вона промовила: «Той чоловік... я хочу, щоби він

прийшов». Я спитала: «Який чоловік? Хочеш, я покличу лікаря?» Вона відповіла: «Ні, той чоловік, який приходив за мною, а я сказала, що ще зарано». І вона сказала, що тепер уже готова.

За кілька годин до цього я сказала їй — якщо вона втомилася хворіти, вона не повинна більше терпіти. Я сказала їй «гаразд», і тоді вона розповіла мені про цього чоловіка. Вона сказала, що тепер вона готова піти з ним, й о восьмій ранку померла. Ви коли-небудь читали книги Кюблер-Росс? Ну, знаєте, де вона пише про супроводжуваних... людей, які приходять до нас, коли ми помираємо. Це було так дивно. У мене від цього волосся стало дибки.

— Чому це було для вас дивно?

— Ну, не думаєте ж ви, що є янгол смерті?

— Чи це має бути янгол? Розум сприймає переживання й ми транслюємо його в образ. У того, що трапляється, є глибший сенс, але розум може переживати це тільки за допомогою думок та образів.

Бетті ставить останнє питання.

— Чому батьки не можуть бачити біль своїх дітей?

— Мені доводилося ставити собі те ж саме питання. Це тому, що ми не бачимо свого власного болю. Коли я прочитав вашу книжку «Клейоквот», я побачив у ній докази того, що ви ще не усвідомили свого власного болю. І тому болю Барбари ви теж не змогли б побачити.

Якщо ви будете дивитися на це тільки як на відносини між вами та Барбарою, ви відчуєте ще більше провини — ви звинуватите себе, а це буде несправедливо. Справа в тому, що ви — продукт певного виховання та певного досвіду життя. Ви завжди намагалися знайти себе та відшукати правду у світі. Ваше життя було справжньою боротьбою. Те, що ви зробили — це неймовірно, враховуючи умови, в яких ви росли. І все ж, ви дійсно хочете це чути?

— Продовжуйте, будь ласка.

— Ви присвятили вашу книжку Барбарі Елен, а також вашій «чудовій мамі». Ваша мама насправді може бути чудовою, але пишучи це, ви не усвідомлювали, як ви на неї гніваєтеся та якого болю вона вам завдала. «Моя мама була ніжною й люблячою, але я завжди знала, що вона більше любить брата та сестру. Вона була настільки сповнена любові, що дещо перепадало й мені». Що насправді відчувала дитина через це? Чий це погляд?

— Я ніколи не відчувала, що мене не люблять.

— Звісно, ви не відчували, що вас не люблять, і я не кажу, що мати вас не любила. Але частково ви цього не відчували, тому що вимкнули в собі цей біль. Ви пишете: «Одного разу, будучи вже дорослою, я звинуватила її в цьому, розповівши цей мій секрет, і вона була вражена, їй було боляче, і вона наполегливо стверджувала, що звертала більше уваги на них лише тому, що

вони потребували її більше, ніж я, яка завжди була більш емоційно незалежною». Це була ваша особлива хитрість — вдавати, що ви емоційно незалежна, щоби захистити маму та уникнути болісних почуттів. Це було пригнічення вашого власного болю.

«Хоча я завжди знала, що мама більше любить брата та сестру, вона була настільки сповнена любові, що дещо перепадало й мені» — це погляд дорослої людини, яка намагається відокремитися від справжніх почуттів цього досвіду. Погляд дитини був би іншим. Яким би він був насправді?

— Я знаю, що ненавиділа, коли моя сестра затримувала дихання, щоби посиніти, і всі одразу звертали на неї багато уваги. Пізніше вона вивчилася на медсестру, народила чотирьох дітей. Вона була наркозалежною та алкоголічкою, і померла від передозування, коли їй не було ще й п'ятдесяти років. Батьки дуже старалися... мама відчайдушно намагалася їй допомогти.

— Ви так швидко кидаєтеся захищати батьків.

— Тому що я сама — матір.

— Я думаю, це тому, що ви захищаєте саму себе від власного болю відносин зі своєю матір'ю. У вас були нічні кошмари...

— У всіх бувають кошмари, якщо вони п'ють стільки чаю з льодом, скільки я...

— Кошмари стосуються наших найглибших тривог і страхів. Дитина боїться чудовиськ під ліжком. Ви вмикаєте світло, показуєте їй, що немає ніяких чудовиськ, а через хвилину вона знову їх боїться. Чого вона насправді боїться? Вона боїться бути без захисту, без достатньо близького зв'язку. Може, у комусь із батьків є щось від чудовиська... може, батько злий, і дитина дійсно налякана. У дитині є цей страх, і її розум створює образ чудовиська.

— Мої кошмари були про батька. Я його ненавиділа. Не так давно я говорила з братом, якого батько дуже залякував. Незважаючи на все це він став аеронавігаційним інженером, і хоча все життя він алкоголік, але не зовсім безнадійний, і насправді він багато чого досяг у своїй професії. Нещодавно він сказав: «Знаєш, Бетті, коли ми були дітьми, я завжди захоплювався тобою, тому що ти не боялася протистояти батькові!» Це була неправда — я його до смерті боялася, але все ж хоч якось опиралася йому. Брату я здавалася відчайдушною борчинею, тому що він ніколи і слова йому не сказав. Батько називав його «маминим синочком», тому що він просто весь час навчався.

— Ще одна причина цих кошмарів — те, що ви не могли поговорити про це з мамою.

— Що я мала їй сказати: я ненавиджу тата й не розумію, як, до біса, ти з ним живеш?!

— Ні, просто — мамо, я ненавиджу тата.

— Це не допомогло б. У Біблії написано: поважайте батька й матір.

— Я не звинувачую матір — це її відносини, і в неї є своя історія життя. Вона не могла боротися й порушити хід життя. Але для дитини найбільша рана — це стосунки з матір'ю. Ми виходимо з материнського тіла, і ми з нею пов'язані. Мати — це наш всесвіт. І цей всесвіт залишає нас у біді. Якщо батько ображає й погрожує нам, всесвіт або захищає нас, або ні.

І я не кажу, що у всьому винна матір. Це стосується взагалі положення жінки в суспільстві та у відносинах, у яких ми перебуваємо. Але я зараз кажу тільки про переживання дитини. Дитина всього цього не знає, і не може знати, однак вона відчувається покинутою з боку матері. Коли ви кажете «це не допомогло б», ви насправді кажете, що матір не мала змоги почути ваші глибинні почуття. Ми не звикли вважати це болем, але це найглибший біль з усіх.

Є чудова феміністична книга Дороті Діннерштейн «Русалка та Мінотавр». У ній обговорюється те, як виняткова роль матері в ранньому вихованні може деформувати розвиток дитини. Якщо жінка в шлюбі з незрілим чоловіком, вона є матір'ю також і йому, тому в неї недостатньо енергії та відкритості для дітей. Тож вашим справжнім конкурентом у відносинах із матір'ю була не сестра — це був ваш батько.

— Це дуже дивно, але перед смертю моєї сестри ми втрьох говорили про нашого батька. Ворожість, яку я до нього відчувала, і порівняти не можна з ненавистю брата та сестри. Вони обидва його так ненавиділи! Ми говорили про нього, а мати увійшла в кімнату та сказала: «Знаєте, коли ви, діти, говорите про батька, я завжди гніваюсь на вас, тому що він був хорошою людиною». І ще вона сказала: «Думаю, що я не звертала достатньо уваги на кожного з вас. Якщо можна було б почати спочатку, я звертала би більше уваги на кожного з вас і менше — на тата».

— Можливо. Але вона могла не усвідомлювати, що він отримував стільки уваги, скільки потребував. Якщо він мав би менше, він міг би змусити її страждати через це.

Саме Барбара Елен та її тітка, яка померла від передозування, та її дядько, який є алкоголіком, та її мужня матір Бетті, та всі діти Бетті тією чи іншою мірою страждали через вимогливість і незрілість її батька та брак рішучості у її матері. А ці батьки теж страждали та несли тягар попередніх поколінь. Немає одного винного, але є покоління й покоління, які жили й робили свій внесок у рак молочної залози Барбари Елен.

Стрес, гормони, пригнічення і рак

Здебільшого захворювання на рак легень спричиняють канцерогени та канцерогенні речовини, які потрапляють до організму через сигаретний дим», — йдеться у дванадцятому виданні «Принципів внутрішньої медицини» Гаррісона. Це твердження хибне з наукової точки зору, хоча містить частку істини.

Куріння спричиняє рак так само, як і занурення в глибоке водоймище викликає утоплення. Смертельним воно буде для людини, яка не вміє плавати та не має засобів захисту, а для того, хто добре плаває або має рятувальний жилет, ризик невеликий. Утоплення спричиняє комбінація кількох чинників. Те ж саме стосується раку легень.

Куріння значно підвищує ризик раку не тільки легень, а й селезінки, горла та інших органів. Але логіка підказує, що куріння само собою не може *спричинити* жодне з цих захворювань. Якщо А спричиняє Б, то щоразу, коли є А, має виникнути й Б. Якщо Б не виникає після А постійно, значить, А само собою не може бути причиною Б — навіть якщо здебільшого А може бути головним або необхідним чинником Б. Якби куріння спричиняло рак, його мав би кожний курець.

Кілька десятиліть тому британський торакальний хірург Девід Кіссен припустив, що пацієнти з раком легень мали схильність «консервувати» емоції^[1]. За допомогою багатьох досліджень Кіссен підтвердив своє припущення, що порівняно з пацієнтами з незлоякісними захворюваннями та контрольною групою люди з раком легень «мають порушену або дуже обмежену здатність виражати емоції»^[2]. Кіссен виявив, що в чоловіків зі слабкою здатністю ефективно виражати емоції в п'ять разів вищий ризик раку легень. Особливо дивно те, що *пацієнти з раком легень, які курили, не затагувались, мали навіть більшу схильність пригнічувати емоції, ніж ті, що затагувались*. Результати спостережень Кіссена дають змогу припустити, що пригнічення емоцій та куріння діють як чинники раку легень синергетично, тобто разом, посилюючи ефект один одного. Що більше людина пригнічує свої емоції, то менше впливу від куріння необхідно, щоб спричинити рак легень.

Висновки Кіссена дуже яскраво підтвердило перспективне дослідження, яке впродовж десяти років проводили німецькі, нідерландські та сербські вчені в містечку Црвенці в колишній Югославії. Метою дослідження було виявити зв'язок між психологічними чинниками та рівнем смертності. Црвенка, індустріальне місто з населенням близько шістнадцяти тисяч людей, вибрали

частково тому, що воно відоме своїм високим рівнем смертності, а частково через стабільність населення, що полегшувало дослідження.

Вибрали майже 10 % населення міста — майже тисяча чоловіків та чотириста жінок. Усім їм у 1965–66 роках поставили 109 питань, що окреслюють такі чинники ризику як важкі події в житті, довготривале відчуття безнадійності та моделі поведінки, що характеризувалися гіперраціональністю та дуже низькою емоційністю. Також зафіксували фізіологічні параметри: рівень холестерину, кров'яний тиск, вага та відсутність або інтенсивність куріння. Люди з уже наявним діагнозом не увійшли в проєкт.

За наступні десять років — до 1976 року — понад шістсот учасників дослідження померли від раку, хвороб серця, інфаркту та інших причин. Єдиним найбільшим чинником ризику — особливо у випадку смерті від раку — була риса, яку дослідники назвали «раціональністю та антиемоційністю», або R/A. Одинадцять питань, що стосувалися R/A, насправді визначали єдину рису — пригнічення гніву. *«Дійсно, захворюваність на рак у тих, хто позитивно відповів на 10 з цих 11 питань, була в 40 разів вищою, ніж у інших, які відповіли позитивно в середньому на 3 питання... Ми зробили висновок, що в курців, у яких не було 10 або 11 позитивних R/A відповідей, не було й раку. Це може вказувати на те, що куріння фатально впливає на легені лише у “вразливої меншості”»*^[3].

Ці відкриття не звільняють виробників тютюну та сигарет від відповідальності за поширення раку легень — навпаки, усі тридцять вісім учасників проєкту, які померли в Црвенці від раку легень, були курцями. Результати тільки показують, що для виникнення раку легень лише тютюну недостатньо: шкідливий ефект куріння має посилюватися пригніченням емоцій. Але як це відбувається?

Психологічні чинники мають вирішальний вплив на біологічний процес розвитку злоякісного захворювання завдяки взаємодії між компонентами стресового апарату організму: нервами, гормональними залозами, імунітетом і центрами мозку, що сприймають та обробляють емоції.

Біологічна та психологічна активність залежать одна від одної: кожна з них є проявом діяльності однієї суперсистеми. І компоненти цієї суперсистеми більше не можна розглядати як окремі або автономні механізми. Остання чверть сторіччя наукових пошуків змінює традиційний західний медичний підхід, що розділяє тіло та розум, на істинніший та цілісніший погляд на живий організм. Провідна американська дослідниця Кендіс Перт написала, що «концептуальне розділення між імунологією, ендокринологією, та психологією/неврологією є історичним артефактом»^[4]. Дисципліна, що вивчає взаємопов'язані функції органів та залоз, які регулюють нашу поведінку та

фізіологічний баланс, називається *психонейроімунологією* — або, точніше та зрозуміліше — *психонейроімуноендокринологією*.

Мозок, нервова система, органи та клітини імунітету й ендокринні залози поєднані кількома шляхами. Що більше проводять досліджень, то більше виявляють таких зв'язків. Загальне завдання цієї психонейроімуноендокринної (ПНІ)⁷ системи полягає в забезпеченні розвитку, виживання та репродукції кожного організму. Взаємозв'язок між компонентами системи ПНІ дає їй змогу розпізнати потенційні ризики зсередини або ззовні та зреагувати на них поведінкою або біохімічними змінами з метою посилити безпеку за мінімальну ціну.

⁷ Акронім ПНІ (PNI) частіше співвідносять із наукою психонейроімуноендокринологією. Описуючи цю фізіологічну систему, яку досліджують вчені, я вживаю його тут для зручності, тому що вживати термін «психонейроімуноендокринний» дуже важко як для автора, так і для читача.

Різні частини системи ПНІ об'єднані нервовими зв'язками, які відкрили лише нещодавно. Наприклад, раніше вважали, що дію імунних центрів регулюють лише гормони, але насправді до них підходять дуже багато нервових закінчень. Так званими первинними органами імунітету є кістковий мозок та залоза тимус, що знаходиться у верхній частині грудини, перед серцем. Імунні клітини, що визрівають у кістковому мозку, потрапляють до вторинних лімфоїдних органів, до яких належать селезінка та лімфатичні залози. Волокна центральної нервової системи, які з'єднані як із первинними, так і з вторинними лімфоїдними органами, забезпечують миттєву передачу інформації від мозку до імунної системи. Так мозок може прямо «розмовляти» зі щитовидною залозою та наднирниками, яєчками, яєчниками та іншими органами.

І навпаки, гормони ендокринних залоз та речовини, які виробляють імунні клітини, безпосередньо впливають на активність мозку. Хімічні речовини з усіх цих джерел приєднуються до рецепторів на поверхні нервових клітин і в такий спосіб впливають на поведінку організму. Ми всі мали досвід, описаний у медичній літературі як «поведінка хворого», що ілюструє вплив продуктів імунітету на мозок. Відчуття, які спонукають нас піти на лікарняний — лихоманку, втрату апетиту, втому та підвищену потребу в сні — може викликати група речовин, які називаються цитокінами та виділяються імунними клітинами. Ці швидкі зміни поведінки потрібні для того, щоби зберегти енергію й допомогти нам подолати хворобу. Однак недоречне виділення цих речовин заважає нормальній роботі організму — наприклад, спричиняючи надмірну або хронічну втому.

Неймовірно, але лімфатичні та інші білі кров'яні клітини здатні виробляти майже всі гормони та речовини-месенджери, що продукуються в мозку та

нервовій системі. Навіть ендорфіни, внутрішні морфіноподібні хімічні речовини, що підвищують настрій та вгамовують біль, теж можуть виділятися лімфоцитами. Крім того, ці імунні клітини мають на поверхні рецептори для гормонів та інших молекул, що продукуються в мозку.

Коротше кажучи, окрім об'єднуючої мережі нервових волокон, що пов'язують різні компоненти системи ПНІ, є також постійний біохімічний обмін інформацією між усіма її частинами. Міріади продуктів, які кожен компонент виробляє або сприймає від інших, дають їм змогу спілкуватись однією мовою, сприймати одні й ті самі сигнали, на які кожен із них відповідає у свій спосіб. Система ПНІ — це як один великий комутатор, який весь час працює, приймаючи та пересилаючи сигнали у всіх напрямках одночасно. А із цього випливає, що які б короточасні або хронічні стимули не отримувала будь-яка частина системи ПНІ, це, ймовірно, вплине й на інші.

Що забезпечує такі різноманітні взаємодії в системі ПНІ? Мікроскоп допомагає помітити на поверхні кожної клітини численні рецептори, з якими можуть зв'язуватися спільні для різних клітин молекулярні месенджери. Як повідомляє Кендіс Перт, типова нервова клітина або нейрон, має на поверхні мільйони рецепторів. «Якби кожному рецептору, що визначили вчені, приписали свій колір, оболонка типової клітини виглядала б як різнобарвна мозаїка, що виграє щонайменше сімдесятьма відтінками — 50 000 рецепторів одного типу, 10 000 другого, 100 000 третього й так далі»^[5].

Молекули-месенджери та більшість гормонів утворені з амінокислот — основного будівельного матеріалу білків. Вони називаються пептидами — це технічна назва довгих ланцюгів амінокислот. Ці молекули не належать якійсь частині організму та не прив'язані до якогось органу. Відомий невролог запропонував для всієї цієї групи назву «інформаційні речовини», тому що кожна з них передає інформацію від одних клітин або органів до інших. Між інформаційними речовинами, що виходять з однієї частини системи ПНІ, та різними типами клітин у кожній з інших її частин можлива безліч потенційних взаємодій.

Центр діяльності системи ПНІ — це ланцюг гіпоталамус-гіпофіз-надниркова залоза, тобто вісь ГГН. Саме через вісь ГГН психологічні та фізичні стимули викликають реакцію організму на загрозу. Психологічні стимули спочатку обробляються в емоційних центрах, відомих як лімбічна система, до якої належать деякі частини кори головного мозку та глибші мозкові структури. Якщо мозок сприймає вхідну інформацію як загрозу, гіпоталамус спонукає гіпофіз виділяти адренотропні гормони (АКТГ). Так само АКТГ змушує кору надниркової залози виділяти в кровообіг кортизол.

Одночасно з цим каскадом гормонів гіпоталамус надсилає повідомлення частині надниркової залози, яка називається «мозкова речовина», через симпатичну нервову систему — частину нервової системи, що відповідає за реакцію «бийся або тікай». Мозкова речовина надниркової залози продукує та виділяє гормон реакції «бийся або тікай» — адреналін, який миттєво стимулює серцево-судинну та нервову системи.

Стимули, які організм найбільш ймовірно сприймає як емоційно стресові, є одночасно найпотужнішими психологічними збудниками вісі ГГН — і це не дивно. «Психологічні чинники, такі як *невпевненість, конфлікт, брак інформації та контролю*, вважають найбільшими стресовими стимулами, і вони сильно активують вісь ГГН. Відчуття контролю та консуматорна поведінка миттєво пригнічують активність ГГН»^[6].

Консуматорна поведінка (від латинського слова «consummare», що значить «закінчувати») — це тип поведінки, яка усуває небезпеку або послаблює спричинену нею напругу. Ми пам'ятаємо, що стресові стимули — це не завжди об'єктивна зовнішня загроза, така як хижак або потенційна фізична катастрофа. Це може бути внутрішнє відчуття відсутності того, що ми вважаємо необхідним. Тому брак контролю й інформації та, як ми побачимо, незадоволені емоційні потреби (наприклад, брак любові) також збуджують вісь ГГН. Забезпечення цих потреб завершує реакцію стресу.

Враховуючи біохімічний та неврологічний взаємовплив компонентів системи ПНІ, ми можемо ясно зрозуміти, як емоції можуть взаємодіяти з гормонами, імунним захистом та нервовою системою. Що стосується раку, то в його виникненні грають роль як порушення активності гормонів, так і послаблення імунного захисту. Перший приклад цього — рак легень.

Механістичний погляд на рак припускає, що злоякісні утворення виникають через пошкодження ДНК клітини деякими шкідливими речовинами, наприклад, продуктами розпаду тютюну. Це цілком ймовірно, але не пояснює, чому одні курці хворіють на рак, а інші — ні, хоча кількість та тип тютюну, який вони вдихають, абсолютно однакові. Ми не можемо відповісти на такі питання: чому клітини одних людей вразливіші, ніж клітини інших? Чому в одних людей ДНК відновлюється, а в інших — ні. Чому імунітет та інші захисні ресурси успішно запобігають розвитку раку в одних людей, але не в інших? У чому причина такої великої різниці в розвитку раку та реакції на лікування в різних людей, навіть якщо вони мають той самий тип раку в тій самій стадії і якщо інші чинники — вік, стать, рівень доходу, загальний стан здоров'я — теж однакові?

Відповіддю на ці питання у випадку деяких типів раку можуть бути генетичні варіації, але, як ми бачили, у розвитку раку молочної залози в більшості людей

спадковість не грає великої ролі. Зокрема, рак легень не передається в спадок, і порушення генів при цьому типі раку не пояснюється генетичними причинами.

Розвиток будь-якої злоякісної пухлини має кілька етапів, першим із яких є *ініціація* — процес, коли нормальна клітина перетворюється на ненормальну. Рак можна розглядати як розлад копіювання клітин. Нормальний процес ділення та смерті клітин якимось чином порушується. Клітина, що має дати здорове потомство, уникає контролю та ділиться, утворюючи деформовані копії, що знову копіюють себе, не враховуючи біологічних потреб організму. В організмі кожного дня утворюються та помирають мільйони клітин, тож природні порушення самі собою можуть призвести до великої кількості ненормальних трансформацій. «Доведено, що в кожному з нас є якась кількість крихтих ракових пухлин, що кожної миті виростають в організмі», — пише Кендіс Перт.

Куріння тютюну прямо пошкоджує генетичний матеріал клітин легень. Встановлено, що для початку раку клітини легень повинні мати не менше ніж десять окремих пошкоджень їхніх ДНК. Однак, незалежно від органу, таке пошкодження геному «зрідка призводить до утворення пухлини. Причина цього переважно в тому, що ці пошкодження дуже швидкоплинні й легко зникають через відновлення ДНК або смерть клітини»^[7]. Іншими словами, ДНК виправляється, або клітина помирає, не копіюючи пошкоджений генетичний матеріал — що, без сумніву, пояснює той факт, що більшість курців не мають клінічного раку легень. Рак виникає тоді, коли або відновлення ДНК, або нормальна смерть клітин порушуються. Дослідники Медичного коледжу Університету штату Огайо в огляді психологічного впливу на рак легень у 1999 році зазначили: «Хибне відновлення ДНК пов'язане з підвищенням захворюваності на рак. Стрес здатен змінювати цей механізм відновлення: наприклад, в одному з досліджень у стаціонарних пацієнтів психіатричної лікарні із симптомами сильної депресії, відновлення клітинних ДНК у лімфоцитів, пошкоджених рентгенівськими променями, було порушено»^[8]. Порушення відновлення ДНК також встановили в лабораторних тварин, які знаходилися під дією стресу.

Апоптоз — це науковий термін, що позначає фізіологічно регульовану смерть клітин, необхідну для підтримання здоров'я тканин. Апоптоз забезпечує нормальне відновлення тканин, забираючи старі клітини з пошкодженим генетичним матеріалом та звільняючи місце для здорового та сильного потомства. «Порушення регуляції апоптозу сприяє розвитку багатьох патологій, зокрема, утворення пухлин, аутоімунні захворювання та хвороби імунodefіциту, а також нейродегенеративні розлади»^[9].

Стероїдні гормони, що виділяються завдяки активності вісі ГГН, багатьма способами допомагають регуляції апоптозу. Звичне пригнічення емоцій спричиняє в людини хронічний стрес, а хронічний стрес утворює в організмі неприродне біохімічне середовище. Постійний високий рівень стероїдних гормонів може змінювати нормальний процес смерті клітин. В апоптозі також беруть участь НК-клітини. Депресія — це психологічний стан, у якому пригнічення гніву домінує над усіма емоціями — й у взаємодії з курінням знижує активність природних кілерів^[10].

Коротко кажучи, для спричинення раку недостатньо пошкодження ДНК, також необхідні порушення процесів відновлення ДНК та регульованої смерті клітин. На обидва процеси негативно впливають стрес та пригнічення емоцій. Отже, відкриття дослідників у Црвенці та британського хірурга Девіда Кіссена мають фізіологічний сенс при розгляді фізіології першої стадії злоякісного перетворення.

У Canadian Medical Association Journal у 1996 році опублікували статтю, у якій розглянули роль психонейроімунноендокринної системи в здоров'ї та хворобах. «У здорових людей, — пишуть автори, — організм захищається від інфекцій, травм, раку за допомогою нейроімунних механізмів, які контролюють імунні та запальні реакції, і це запобігає розвитку хвороб»^[11]. Іншими словами, хвороба — це не просто результат зовнішньої атаки. Вона розвивається у вразливому організмі хазяїна, у якому порушене внутрішнє середовище.

Наступні фази раку — *активізація та розвиток*. Уникнувши нормальної регуляції, яка мала б запобігти їхньому виживанню, новоутворені злоякісні клітини продовжують ділитися, що призводить до появи пухлини. На цій стадії зростання пухлини може пригнічуватися або підтримуватися внутрішнім середовищем організму. Тут вступає в гру система ПНІ. Діючи головно під впливом гормональної регуляції вісі ГГН, вона створює в тканинах організму середовище, яке є або ворожим, або сприятливим для росту та поширення раку.

«Хронічний психологічний стан індивідуума може відігравати важливу роль або в поширенні раку, або в посиленні чи зменшенні наслідків зовнішнього стресу, — пише доктор Марк І. Ліппман, голова відділення раку молочної залози медичного філіалу Національного інституту раку в Бетесді, штат Меріленд. — Ендокринна система людини — це головний посередник між психікою та пухлиною... Здається, психічні чинники, які спричиняють ендокринні зміни, неодмінно впливатимуть на біологічну динаміку пухлини»^[12].

Вплив гормонів на ріст та розвиток раку є подвійним. По-перше, багато пухлин або безпосередньо залежать від гормонів, або виникають у органах, які беруть пряму участь у гормональному обміні — наприклад, яєчники або яєчка.

Мембрани гормонозалежних ракових клітин мають рецептори до різних гормонів, здатних сприяти росту клітин. Приклад гормонозалежного раку — рак молочної залози. Загальновідомо, що в багатьох випадках рак молочної залози залежить від естрогену, і цим зумовлене використання тамоксифену, який блокує дію естрогену. Менш відомий факт: багато таких ракових пухлин чутливі до широкого спектру інших «інформаційних речовин», що включають андрогени (чоловічий статевий гормон), прогестини, пролактин, інсулін, вітамін D та багато інших. Усі ці речовини виробляє та регулює вісь ГГН.

Як показують дослідження за участі людей та експерименти з тваринами, стрес — це потужний модулятор гормонального балансу. В одному з експериментів дослідники змінювали відносини домінування в групі самок мавп. Встановлені в групі моделі домінування були порушені. Деякі мавпи, які раніше домінували, були змушені підкоритися, а підлеглі отримали можливість досягти вищого статусу.

Соціальна субординація спричинила зміни в гормональній функції вісі ГГН та яєчників. «Домінуючі особи виділяли менше кортизолу, ніж ті, що підкорялись». У домінантних самках була нормальна менструація та вищий рівень прогестерону перед овуляцією. У підлеглих самок була рідша овуляція й частіше спостерігалось порушення менструального циклу.

Коли експериментальна ситуація змінилася, і самки, що раніше домінували, стали підлеглими, їхня репродуктивна функція була миттєво пригнічена, а рівень кортизолу підвищився. У самок, що перетворилися з підлеглих на домінуючих, відбувся протилежний процес^[13].

Рак жіночих статевих органів — яєчників та матки — також залежить від гормонів. Рак яєчників за поширеністю серед жінок займає сьоме місце, але він на четвертому місці серед причин смерті. З усіх типів раку він має найбільший відсоток новоутворень, що призводять до смерті, а значить, найгірший прогноз. У 1999 році в Канаді на рак яєчників захворіли дві тисячі шістсот жінок. У тому ж році від нього померла одна тисяча п'ятсот жінок. У США кожного року отримують цей діагноз близько двадцяти тисяч жінок, і приблизно дві третини помирає. Хоча раннє лікування дуже ефективне, на момент постановки діагнозу, більшість захворювань поширюється до такого рівня, який не дозволяє подолати його сучасними методами лікування.

Однак ефективних скринінгових тестів, які дозволили б виявити це захворювання на початковій стадії, поки що немає. Ультразвук та аналіз крові, який називається СА-125, корисні для моніторингу лікування, але вони не здатні визначити рак ані до появи симптомів, ані до його поширення за межі органу, де він виник. Страхова агентка Дарлін дізналася про свій діагноз під час обстеження у зв'язку з безплідністю. «Мені зробили лапароскопію, щоби

подивитися на яєчники, — розповідає вона, — і знайшли цей рак. Тож, замість дитини, я отримала оваріоектомію».

Оскільки безпліддя — один із відомих індикаторів ймовірного раку яєчників, очевидно, що гормональний чинник дуже важливий. Але, на жаль, картина дуже плутана. Ранній початок менструації та пізня менопауза підвищують ризик розвитку раку яєчників, а вагітності та контрацептивні таблетки знижують його. З цього можна припустити: що більше в жінки овуляцій, то вищий ризик захворювання. З іншого боку, безпліддя — тобто відсутність овуляцій — теж підвищує ризик. Очевидно, що вплив гормонів тут складний та тонкий. Що ми точно знаємо про гормони жіночої репродукції — це той факт, що вони надзвичайно чутливі до психологічного стану жінки та стресів у її житті. Як показало дослідження Піттсбурзького університету, проведене у 2001 році, гормональна функція також має зв'язок із певними рисами характеру. Дослідники Піттсбурзької медичної школи порівняли психологічні характеристики жінок із хронічною відсутністю менструацій — аменореєю — та жінок із нормальним циклом. Їх особливо цікавила група жінок із функціональною гіпоталамічною аменореєю (ФГА), тобто жінок, у яких не було виявлено ніяких захворювань або розладів, які могли б порушити нормальну овуляцію. Дослідження показало, що «жінки з ФГА мають більш дисфункціональну поведінку, особливо в тому, що стосується потреби отримати схвалення від оточуючих. [Вони] частіше мають настанови, що поширені серед людей, схильних до депресії — наприклад, завищені вимоги до себе (перфекціонізм), залежність від думки інших людей»^[14].

Головним відкриттям піттсбурзьких дослідників було порушення харчових звичок у жінок з аменореєю. Порушені харчові звички тісно пов'язані з невирішеними проблемами дитинства, як ми побачимо, наприклад, у випадку комедійної актриси Гільди Раднер, що померла від раку яєчників. Стреси, що спричиняють проблеми із харчуванням — це ті ж самі стреси, що створюють схильність до хвороб. Автори піттсбурзького дослідження пишуть, що «жінки з ФГА більше переймаються дієтами та вагою, більше бояться набрати вагу та більш схильні до переїдання».

Розлади харчування безпосередньо пов'язані з емоційними проблемами, що виникли в дитинстві, або з поточними стресами. Моделі харчової поведінки, згідно з якими ми їмо — або не їмо, — тісно пов'язані з рівнем стресу, який ми переживаємо, та з реакцією на труднощі, з якими ми стикаємося в житті. А харчові звички, і собі, впливають на функціонування гормонів, які регулюють роботу жіночої репродуктивної системи. Наприклад, при анорексії часто зупиняються менструації.

Ванкуверська ендокринологиня Джерілінн Прайор, яка спеціалізується на жіночому здоров'ї, виявила, що невеликі гормональні розлади можуть траплятися навіть у жінок із регулярним менструальним циклом і які не мають жодних симптомів. У *Canadian Journal of Diagnosis* вона написала: «Приблизно третина жінок із регулярним циклом і без симптомів мають порушення овуляції, що, згідно з біологічними законами, може призвести до значного ризику захворювання»^[15].

Найпоширенішим чинником порушення овуляції в дослідженні докторки Прайор була недостатня стимуляція яєчників із боку гіпоталамусу та гіпофізу через «дисбаланс та розлад координації сигналів, що надходять від гіпоталамусу та гіпофізу до фолікул яєчників». Цей дисбаланс, пише докторка Прайор, може бути «спричинений стресом адаптації, пов'язаним зі стилем життя, змінами ваги, психологічними стресами, надмірними заняттями спортом або хворобою».

Злоякісні утворення гематологічної (кровотворної) системи — наприклад, лейкемія та лімфома — також є гормонозалежними й піддаються сильному впливу кортизолу, який виробляють надниркові залози. Надниркові кортикоїдні гормони пригнічують ділення та поширення клітин лейкемії та лімфоми. Тож гематологічна онкологія частково може виникати тоді, коли клітини крові та лімфи позбавлені нормального пригнічення з боку хронічно невірноваженої системи ГГН. Наявні дослідження вказують на те, що значним чинником цих захворювань у дорослих людей є емоційний стрес.

П'ятнадцятирічне дослідження людей із лімфомою та лейкемією, що проводилося в Університеті Рочестеру, виявило, що ці типи раку «можуть виникати після емоційних втрати або розлук, які приносять відчуття тривожності, суму, гніву та безнадійності»^[16].

Важливим компонентом лікування лейкемії та лімфоми є синтетичні аналоги гормону стресу кортизолу. Цікаво, що кількість аналогу кортизолу, необхідна для блокування ділення клітин лейкемії, лише трохи перевищує нормальний рівень кортизолу, що утворюється в організмі. У випадку лейкемії епізоду гострого стресу, під час якого тимчасово підвищується рівень кортизолу, іноді достатньо для того, щоби викликати ремісію. Вважають, що саме це трапилося в житті композитора Бели Бартока під час його хвороби.

Треба пригадати, що тимчасове підвищення кортизолу, яке трапляється під час *гострого* стресу, є здоровим та необхідним. Нездоровим є хронічно підвищений рівень кортизолу, який виникає в людини, яка знаходиться під впливом хронічного стресу.

Емігрувавши з рідної Угорщини та захворівши на лейкемію, Барток отримав замовлення від диригента Бостонського симфонічного оркестру Сергія

Кусевецького на написання нової п'єси. У Бартока виникла спонтанна ремісія, яка продовжувалася до кінця роботи. Цілком ймовірно, що в цій ремісії, яка дозволила Бартоку створити його відомий «Концерт для оркестру» — класичний твір двадцятого сторіччя, зіграв свою роль кортизол та інші елементи системи ПНІ.

Гормони, які регулює чутлива до стресу вісь ГГН та лімбічна частина мозку, не тільки безпосередньо впливають на гормонозалежні злоякісні утворення, а й діють на інші органи і тканини організму, що також позначається на розвитку раку. Головною серед цих гормонозалежних тканин є імунна система.

Прийнято вважати, що рак — це окупант, проти якого організм має вести війну, як країна проти іноземних загарбників. Такий погляд, заспокійливий у своїй простоті, є, однак, викривленням реальності. По-перше, навіть якщо є зовнішні чинники, наприклад, куріння, сам собою рак є передусім наслідком порушених внутрішніх процесів. А для багатьох типів раку навіть не визначили ще певних канцерогенів. По-друге, головну роль у тому, чи розвиватиметься рак, чи зникне, грає саме внутрішнє середовище — локально або через процеси в усьому організмі. Іншими словами, злоякісна трансформація нормальних клітин — це процес, на який впливають багато чинників, пов'язаних як із біопсихологічним станом організму, так і з типом самого раку.

Як тільки рак досягає стадії, коли на поверхні його клітин з'являються молекули, не схожі на нормальний білок організму, він має бути знищений різноманітними імунними реакціями. Т-клітини атакують його ворожими хімічними речовинами, проти нього утворюються антитіла, його поглинають спеціалізовані клітини крові. Однак під дією хронічного стресу або порушується робота імунної системи, що заважає їй розпізнавати ракові клітини, або вона знесилюється настільки, що не встигає створювати ефективний захист проти ворожих клітин.

Також до розвитку онкології причетна велика кількість хімічних речовин, що виробляються в організмі, і деякі з них виділяються одними раковими клітинами. До цих хімікатів належать чинники росту, речовини-інгібітори та багато видів молекул-месенджерів. Складний баланс цих речовин сприяє або пригніченню новоутворень, або їх росту. Достатньо буде зазначити, що на цей складний біохімічний каскад дуже сильно впливає система ПНІ, особливо через гормони та інші інформаційні речовини.

Нарешті, емоційний стан грає дуже важливу роль у сприянні або запобіганні розвитку метастаз, тобто руху злоякісних клітин від місця їх виникнення до інших органів і тканин організму.

Часто кажуть, що рак треба «впіймати якомога раніше», щоби не дати йому шансу поширитись. Біологічна реальність інша: на момент, коли пухлина стає

помітною, у багатьох випадках поширення вже відбулось. «Здебільшого, на ранній стадії раку, перш ніж діагностують пухлину, вона вже дає приховані метастази», зазначив британський онколог Безіл Столл^[17]. Однак більшість метастаз помирає або довгий час не виявляє жодної активності.

Період подвоєння — час, за який розмір пухлини подвоюється — дуже відрізняється, залежно від типу раку, а також є великі відмінності в кожному індивідуальному випадку. Для того, щоби рак можна було клінічно діагностувати, навіть якщо пухлина утворилася на легкодоступній тканині організму, потрібно, щоби її вага досягла приблизно половини граму — тоді вона налічує близько п'ятисот мільйонів клітин. Щоби досягнути такого розміру, потрібно приблизно тридцять поділів однієї клітини зі злоякісною мутацією^[18]. Для раку молочної залози період подвоєння складає від кількох днів до півтора року, у середньому приблизно чотири місяці. «Якби ракова клітина постійно ділилася з цією швидкістю, для досягнення клінічно помітного розміру знадобилося б близько восьми років, а деякі джерела припускають навіть значно більше — від п'ятнадцяти до двадцяти років»^[19].

Насправді в раковій пухлині, мабуть, немає стабільного періоду подвоєння. Ймовірніше, є постійні зміни швидкості росту, залежно від того, що трапляється в житті людини. Ми пам'ятаємо історію Мішель, чия пухлина молочної залози, яка була присутня сім років, раптово різко змінилася після гострого стресу.

Оскільки рак молочної залози може давати метастази, коли він ще завбільшки пів міліметра, то «якщо пухлина дає метастази, ймовірніше, на момент встановлення діагнозу [вона] вже це зробить»^[20]. Мікроскопічне поширення ракових клітин у багатьох випадках раку молочної залози відбувається навіть без жодних клінічних проблем. В інших випадках метастатичні вкладання можуть роками існувати у віддалених тканинах у неактивному стані, аж поки, цілком несподівано, не проявлять себе у вигляді симптомів. Така ж динаміка спостерігається з раком простати, і саме тому в 40 % випадків на момент встановлення діагнозу поширення вже відбулося. Насправді, із вражаючою схожістю з раком простати, дослідження розтинів жінок показують, що не менше ніж 25 або 30 % усіх жінок мають мікроскопічні злоякісні утворення в молочних залозах, що «набагато більше, ніж число встановлених діагнозів»^[21].

Отже, питання полягає не в тому, щоби просто запобігти поширенню, а й у тому, як та за яких умов у деяких людей сплячі ракові відкладення перетворюються на клінічний рак. На новоутворення в сплячому стані впливають багато гормональних та імунологічних процесів, й усі вони є функціями системи ПНІ, яка дуже чутлива до життєвих стресів.

Швидкість росту пухлини в різних пацієнтів значно відрізняється. Також немає жодної закономірності в появі метастазів та тривалості життя в пацієнтів, які мають клінічно встановлений рак однакового типу та в однаковій стадії. Наприклад, є багато випадків, коли «не повністю видалений рак молочної залози ніколи не рецидивує, або коли вторинні метастази знаходяться в неактивному стані терміном до тридцяти років, аж поки проявляться»^[22]. Ці індивідуальні відмінності, здається, пояснюються не автономною поведінкою новоутворення, а чинниками внутрішнього середовища організму, яке пригнічує розвиток раку або, навпаки, сприяє йому. Це внутрішнє середовище дуже залежить від стресів у житті пацієнта, та від дуже різних способів подолання цих стресів.

У багатьох дослідженнях раку найпостійніший виявлений чинник ризику — це нездатність виражати емоції, особливо, почуття, пов'язані з гнівом. Пригнічення гніву — це не якась абстрактна емоційна риса, яка дивовижним чином призводить до хвороби. Це основний чинник ризику, тому що він підвищує фізіологічний стрес організму. Він діє не окремо, а в поєднанні з іншими чинниками ризику, наприклад, відчуттям безнадії та браком соціальної підтримки. Людина, яка не відчуває або не виражає «негативні» емоції, почуватиметься ізольованою навіть в оточенні друзів, тому що вона не проявляє своєї істинної сутності. Відчуття безнадійності спричиняє хронічна нездатність бути на глибокому рівні правдивим із самим собою. А безнадія веде до безпомічності, оскільки що б людина не робила, їй здається, що нічого не змінюється.

Одне дослідження вивчало здорових жінок, у яких не було жодних симптомів, окрім відхилень пап-тесту (мазку шийки матки) при плановому огляді. Не знаючи результатів тесту, тільки вивчивши анкети з питаннями про їхній психологічний стан, дослідники з ймовірністю майже у 75 % могли виявити тих жінок, у яких був рак на початковій стадії. Вони зробили висновок, що рак ймовірніше виникав у жінок зі «схильністю до безпомічності» або відчуттям розчарування та безнадії, яке не вдалося подолати впродовж попередніх шести місяців^[23].

Дослідники в Црвенці, спираючись на психологічні характеристики раціональності/неемоційності (пригніченого гніву) та тривалого відчуття безпомічності, зробили припущення, хто з майже тисячі чотирьохсот людей захворіє на рак та помре від нього. Перевіривши записи про смерть десять років по тому, вони побачили, що мали рацію у 78 % випадків. «Нам здається, — зазначили вони, — що важливість психосоматичних чинників ризику в багатьох дослідженнях значно недооцінюють».

Історія життя Гільди Раднер — гірка ілюстрація того, який вплив на здоров'я мають психологічні чинники. Тітка по матері та дві двоюрідні сестри Гільди померли від раку яєчників, а її матір успішно вилікувалася від раку молочної залози. Гільда мала генетичний ризик, але чи була вона приречена до смерті від раку яєчників? Немає причин так вважати.

Здебільшого генетика жінок, що мають рак яєчників, грає не найважливішу роль серед усіх чинників ризику. Але для деяких вона має велике значення. Приблизно 8 % жінок із раком яєчників мають одну з генетичних мутацій, яких вважають відповідальними за підвищення ризику. Насправді, це ті ж самі гени BRCA, що пов'язані з раком молочної залози. Залежно від того, який ланцюжок ДНК залучений, людина з мутацією в одному гені може мати 63 % ймовірності розвитку раку до досягнення сімдесятирічного віку. Жінки з мутацією в іншому гені мають 27 % ризику виникнення раку яєчників до досягнення сімдесяти п'яти років^[24]. У жінок, що не мають мутацій, але мають близьку родичку — мати, сестру або доньку — з раком яєчників, ризик становить 5 %. Ми знову бачимо, що самі собою гени всього не визначають. Навіть у групі з великим ризиком не всі приречені захворіти на рак.

Гільда Раднер випромінювала неймовірну енергію та жагу до життя, але вона несла в собі психологічний тягар вкрай стресового та саможертвовного життя. Порушення харчування, від якого вона страждала, ймовірно, вплинуло на її гормональний баланс. Також, можливо, через дисфункцію системи гіпоталамусу-гіпофізу, яку ми обговорювали раніше в цьому розділі, вона була безплідною.

У стрункої зірки шоу Saturday Night Live була булімія. За її власним описом, вона була «нещасливою, товстою й пересічною» дитиною. Вона називає своє дитинство «кошмаром». «Ми з братом роз'їлися до дітей-кульок, — пише вона в мемуарах. — Ми виглядали як чудовиська без шиї. Батьки щороку відправляли мене в літній табір, і щороку я була цапом-відбувайлом... У “трі принцес” були дівчата-контролерки та дівчата-красуні. Контролерки робили гарних дівчат принцесами та були їхніми радницями. А товста дівчинка повинна була бути служницею або кимось таким, і нею завжди була я»^[25].

Відносини Гільди з матір'ю були досить поганими та сповненими конкуренцією за увагу батька. Гільда вважає батька «любов'ю мого життя». Його смерть від раку мозку, коли їй було дванадцять, була для неї непоправною трагедією.

Усе своє доросле життя Гільда від чистого відчаю сумбурно шукала любові та прийняття чоловіків. «Великою мірою моє життя контролювали чоловіки, яких я любила», — написала вона в мемуарах. Вона намагалася перетворитися на жінку, яку чоловік її життя, як вона вважала, бажав би бачити поряд.

Гільда не могла собі дозволити щиро висловлювати матері Генрієтті свої емоції та прямо говорити їй «ні». Ставши зіркою, страждаючи на булімію, вона завжди намагалася заспокоїти матір, вигадуючи детальні описи уявних страв, які вона нібито з'їла. Поки Гільда була жива, Генрієтта не знала про булімію.

За допомогою комедії Гільда могла контролювати своє оточення. Комедія задовольняла якісь її критичні дитячі потреби. Це був спосіб зачарувати батька і єдиний спосіб привернути увагу матері, «спосіб достукатися до неї, коли нічого більше не працювало». Вона стала «природнім» коміком. Ціна цього досягнення — забуття своїх власних почуттів.

Гільда сама визнавала себе трудоголіком. «Я дозволяла стресу та напруженню керувати моїм дорогоцінним життям», — пише вона. Під час юнацької подорожі до Парижу в неї була драматична спроба самогубства — вона кинулася на дорогу під машини, що могло легко закінчитися її загибеллю. «Принаймні хтось про мене піклується», — сказала вона другові, який витягнув її з-під коліс.

Навіть тоді, коли симптоми раку яєчників уже приносили їй фізичні страждання, зокрема, блокування кишківника, вона більше піклувалася про те, щоби догодити іншим, а не собі. Вона почала шукати і приймати поради з різних джерел. Але що її турбувало? «Раптом я почала замислюватись, як же догодити всім цим людям. Прийняти цитрат магнію? А як щодо клізми з кавою? Або зробити й те, й інше? Зробити масаж черева або товстої кишки? Повідомити одному лікарю про рекомендації іншого? У тілі Гільди схід зустрівся із заходом: західна медицина спускається всередину мене через горло, східна — піднімається через сідниці».

Коли лікування, здавалося, пройшло успішно, Гільда стала зіркою плакатів про рак яєчників, а її обличчя з'явилося на обкладинці журналу Life. Її історія вселяла надію в багатьох людей, але одужання тривало недовго. І тоді прийнята ще в дитинстві роль змусила її засудити себе за те, що вона «підвела» інших, захворівши на смертельну хворобу. «Я стала обличчям “Спільноти доброго здоров'я” та символом зцілення. Я була зразковою раковою пацієнткою, повністю активною під час терапії. А тепер я відчуваюся живим прикладом того, що це не спрацювало. *Я просто фальшивка*⁸, — думала я».

⁸Курсив Гільди Раднер

Тільки незадовго до смерті Гільда нарешті зрозуміла, що не може бути матір'ю для всього світу. «Я не могла робити все, що хотіла. Я не могла зателефонувати всім раковим пацієнтам, яких я знала, не могла спробувати допомогти зцілити всіх жінок із раком яєчників, не могла прочитати кожен лист, що до мене надходив, тому що все це розривало мене на частини... Я не могла плакати з усіма, хто хотів співчуття, мені потрібно було подбати про

себе... Це дуже важливо — зрозуміти, що ти маєш піклуватися про себе, тому що інакше не зможеш піклуватися про когось іншого».

Є в цьому й щось хороше

Під час звичайного регулярного огляду терапевт знайшов у Еда маленький вузлик у прямій кишці. «Я пішов на біопсію, — розповідає він, — і вони зробили шість заборів тканини простати. Один показав проблему. Рак простати. З того часу я почав досліджувати варіанти, які в мене можуть бути. Виявилося, що це — або різати, або палити, або труїти. Я спілкувався з багатьма чоловіками, кому видалили простату, і з кількома, хто пройшов опромінення. Для більшості все це було досить погано».

«Ви не пройшли ніякого лікування?», — спитав я Еда.

«Я був у натуропата, проходжу гіпнотерапію, я багато думаю про те, як я жив своє життя».

Емоційна фраза Еда «різати, палити або труїти» належить до трьох основних типів лікування раку простати: операція, радіація та хіміотерапія. Хоча деякі проходять через це без шкоди для себе, інші отримують неприємні наслідки у вигляді нетримання сечі або імпотенції. Огляд майже ста тисяч випадків видалення простати, опублікований у 1999 році, зазначає, що «ускладнення та повернення раку після видалення простати поширені значно більше, ніж вважали раніше»^[1].

Ризик був би виправданим, якби доступні методи лікування виліковували б рак або рятували життя, але докази неоднозначні. Гучна публічна кампанія, що спонукала чоловіків проходити обстеження простати методами комп'ютерного обстеження прямої кишки або аналізу крові на спеціальний антиген простати PSA, не мала під собою наукового обґрунтування. «Думаю, що людям важливо було усвідомити: можна знайти рак простати, але немає доказів, що працює його лікування, — каже журналу The New York Times доцент кафедри медицини Медичного центру в справах ветеранів у Мінеаполісі Тімоті Вілт^[2]. — І в цьому вся проблема з цим обстеженням: якщо лікування не працює, навіщо шукати пухлину за допомогою PSA?»

Статистика, яку зібрав медичний онколог та епідеміолог Національного інституту раку США доктор Отіс Броулі, може розчарувати прихильників агресивного медичного підходу. У місцях, де широко практикують обстеження простати, кількість встановлених діагнозів вища, кількість чоловіків, що пройшли лікування теж, але рівень смертності від раку простати залишається незмінним^[3]. У районах із високою кількістю обстежень рівень смертності навіть трохи вищий. Також у журналі The Journal of National Cancer Institute були опубліковані тривожні висновки, що чоловіки, які пройшли агресивне

лікування раку простати, мають вищу ймовірність померти від інших типів раку^[4].

Хоча деякі ракові пухлини простати треба лікувати, наразі не можна впевнено сказати, хто виграє від втручання. Здебільшого онкологічні утворення простати розвиваються так повільно, що людина може померти раніше, ніж з'являться симптоми, якщо вони взагалі з'являться. В інших випадках рак буває таким агресивним, що на момент встановлення діагнозу лікування вже не здатне щось змінити. Оскільки немає надійного способу перевірити ефективність лікування, то що насамперед долають пацієнти — лікування або рак? У випадку раку простати медична практика, як і завжди, не застосовує звичайних наукових стандартів.

Суспільна думка спирається на поширений погляд: що раніше виявити хворобу, то легше буде лікарям їївилікувати. Знаменитості, такі як генерал Норман Шварцкопф, гравець у гольф Арнольд Палмер або канадський міністр Алан Рок, впевнені в тому, що медичне лікування врятувало їм життя, стали авторитетними прибічниками раннього діагностування. Але доктор Отіс Броулі висловився в *The Journal of American Medical Association*: «У прийнятті рішення щодо обстеження та лікування простати чоловіки мають спиратися на науку, а не нещодавні заяви публічних осіб, які підтримують аналіз PSA»^[5].

Незважаючи на суперечливі наукові дані, переконання в необхідності лікування дуже сильні. Майже ніхто з лікарів не погодиться довіритися природі, коли йдеться про смертельне захворювання, навіть якщо цінність втручання сумнівна. І навіть добре інформовані чоловіки можуть вибрати «щось робити», а не долати тривогу бездіяльності. Але пацієнт завжди має право знати все, що відомо про рак простати, а також — і це не менш важливо — що про нього досі невідомо.

Рак простати — це одне з найперших злоякісних захворювань, які пов'язані з впливом гормонів. Подібно до того, як видалення яєчників може сприяти лікуванню раку молочної залози, кастрація також призводить до зменшення ракової пухлини завдяки скороченню вироблення чоловічих гормонів, або андрогенів. Орхієктомія, або хірургічне видалення яєчок, залишається в лікувальному арсеналі, так само як призначення потужних ліків, що пригнічують дію чоловічих гормонів. Така «хімічна кастрація» — один із найперших методів лікування, що пропонують зараз чоловікам із метастатичним раком простати.

Враховуючи відомий міцний зв'язок між рівнем гормонів та емоціями, вражає повне ігнорування психологічного впливу на виникнення раку простати та уникання ціліснішого підходу до його лікування з боку медичних досліджень

та медичної практики. Не було буквально жодного дослідження впливу чинників особистості та стресу на злоякісну хворобу простати. Підручники та довідники ігнорують це питання.

Нехтування потенційним зв'язком між стресом, емоціями та раком простати все менше виправдане, якщо пригадати те, що вже про це відомо. Багато чоловіків, що досягли тридцяти років, уже мають у простаті ракові клітини, і виявили, що їх мають більшість чоловіків, які досягли вісімдесяти. У п'ятдесят років чоловік має 42 % ризику злоякісного утворення простати. Але в порівняно невеликої кількості чоловіків будь-якого віку воно розвивається до явного клінічного захворювання. Іншими словами, наявність ракових клітин у простаті — не рідкість навіть у молодих людей, а з віком це стає нормою. Але вони поширюються та утворюють пухлину, яка спричиняє симптоми та загрожує життю лише в меншості випадків. Варто поставити питання, як розвитку злоякісного захворювання може сприяти стрес. Які особистісні моделі або життєві обставини можуть порушити природний захист організму, дозволяючи вже присутнім раковим клітинам розвиватись надто швидко?

Коли я прийшов поговорити з Едом, жилим чоловіком, що виглядав значно молодше своїх сорока чотирьох років, він сказав своїй дружині Джин, що збиралася по магазинах: «Це такий геморой, але я маю подивитися на цю його кляту вантажівку. Вона не заводиться».

— Дозвольте мені прямо зараз дещо запитати, — почав я.

— Звісно.

— Ви кажете, що подивитися на цю вантажівку — це геморой. Цікава анатомічна метафора для людини, що має рак простати. Наскільки вам легко в житті відмовляти людям у тому, що для вас — більше геморой, ніж радість?

— Насправді я не відмовляю. Я завжди намагаюся допомогти людям.

— Навіть якщо це для вас проблема?

— Так. Навіть якщо в мене не найкращі часи, або я маю робити щось важливіше для себе. Я люблю допомагати людям.

— А що трапиться, якщо ви не допоможете?

— Я погано почуватимусь. Відчуватиму провину.

Ед, лідер музичної кантрі-групи, раніше вживав кокаїн, мескалін та марихуану. «Два-три косяки щодня, усю свою юність. Із самого дитинства в мене були проблеми з алкоголем». Ед розповів мені про свої перші дорослі відносини, що тривали десять років. Він жив зі старшою за себе жінкою, допомагаючи їй ростити двох її дітей та щодня випиваючи, щоби вгамувати сум та розчарування. Відносини закінчилися після того, як у жінки трапився роман.

— Я все кинув. Я сказав, що не хочу з цим миритися. У мене ніколи не було романів на стороні, хоча, може, і хотілося. З того дня я не пив півтора роки, почав бігати та робити те, що хотів. Я почувався таким вільним, ніби скинув із себе великий тягар. Я міг робити, що хотів, і мені було так добре.

— Скільки ви зараз п'єте?

— Десять чотирьох банок пива в день. Щодня.

— Що вам це дає?

— Ми з Джин зішлись, і її проблеми стали моїми, і цей тягар стає важчим і важчим, і я знову почав пити.

— Тож можна сказати, що ви не зовсім щасливі і в цьому шлюбі?

— Думаю, найбільша проблема — це чинник контролю. Я дозволив Джин контролювати ці відносини, тому що в неї розсіяний склероз і тому що до мене вона була в шлюбі, у якому було насилля.⁹ Їй наказували, що вдягати, що робити і все таке інше. І що це дало — те, що в цьому шлюбі знизив я.

⁹ У Джин БС. Її історію читайте у розділі 18 «Сила негативного мислення».

— Тобто ви вважаєте, що вас контролюють? Як вам це?

— Я обурений.

— Що ви робите зі своїм обуренням?

— Приховую.

— Ви не кажете їй, що вам це не подобається?

— Ні.

— Що вам це нагадує?

— Дитинство? Точно.

Хоча перед тим Ед розповідав мені про своє «неймовірне дитинство», скоро стало очевидно, що він відчував, що його контролюють батьки, а якщо не виправдовував їхніх очікувань, його переповнювали почуття провини. Він пригадав «шльопання, на яке він заслуговував», яке при детальнішому розпитуванні виявилось биттям ременем із восьмирічного віку. «Батько вірив, що це найкращий спосіб виховання».

— А ви вірите в це?

— Ну, я зараз думаю, це не найкраще, що він міг зробити, але коли ти — дитина, у тебе немає вибору. Я хотів бути хорошим. Коли ти дивишся на свого батька, ти ще не знаєш, яким він має бути, ти вважаєш його досконалим і хочеш теж бути таким.

Одна із загадок раку простати полягає в тому, що хоча гормон тестостерон, який вважають відповідальним за чоловічу агресію, сприяє розвитку злостісних утворень, рак простати поширеніший серед чоловіків похилого віку. Однак вироблення тестостерону в організмі з роками знижується. Крім того,

чоловіки з раком простати мають рівень тестостерону в крові не вищий за інших. Здається, що змінюється чутливість клітин до нормального рівню тестостерону — як і в історії з рецепторами естрогену при раку молочної залози.

Подібно до виділення гормонів наднирковою залозою та яєчниками, вироблення тестостерону яєчками теж контролює складний зворотний зв'язок із боку системи гіпоталамусу-гіпофізу. Ця система, вкрай чутлива до емоцій та стресу, надсилає в кровообіг каскад біологічних речовин. Емоційні чинники можуть безпосередньо впливати на вироблення чоловічого статевого гормону, нормалізуючи чи порушуючи його — так само, як психологічні події впливають на вироблення жіночого гормону естрогену з яєчників, або адреналіну, кортизолу та інших гормонів наднирників. Випадково з'ясували, що в маленькій частини пацієнтів видалення гіпофізу сприяло лікуванню раку простати^[6].

Тестостерон має погану репутацію. Якщо жінці хочуть зробити комплімент, підкресливши її впевненість у собі та рішучість, кажуть, що вона «має яйця». Один канадський журналіст сказав про «залізну» — або безжалісну, залежно від куту зору — колишню прем'єр-міністерку Великобританії Маргарет Тетчер, що вона має «вдесятеро більше тестостерону, ніж чоловік». Водночас, чоловічу агресивність, руйнівну силу, ворожість також часто пояснюють дією тестостерону. Насправді, високий рівень цього гормону є, ймовірно, наслідком, ніж причиною.

Як показали дослідження африканських риб цихлід, перемога або поразка міняють не тільки гормональний баланс, а навіть клітини мозку. «При поразці клітини гіпоталамусу зморщуються, що зменшує вироблення репродуктивних гормонів та призводить до зморщення яєчок». Якщо втручання в ситуацію дозволяє переможений раніше рибі стати домінантною, це викликає різкий ріст клітин гіпоталамусу, які виробляють гонадотропін-рілізінг гормон (ГРГ), а він і собі стимулює гіпофіз продукувати гормони, що діють на яєчка. Останні зростають у розмірі і виробляють більше сперми. «Найважливіше те, що це дослідження чітко показало... що саме поведінкові зміни [наприклад, отримання домінантного статусу] призводять до фізіологічних змін»^[7].

Ми, високорозвинені створіння, хочемо вважати, що наше статеве функціонування не настільки сильно залежить від злетів та падінь, як у примітивних африканських риб. Однак насправді рівень гормону в людини, як і в африканських риб, не передує, а йде слідом за змінами в домінантних стосунках. Соціальний психолог Університету Джорджії в Атланті професор Джеймс Деббс вивчав взаємодію тестостерону та поведінки. Згідно зі статтею у New York Times, опрацювавши результати близько сорока своїх досліджень,

він дійшов висновку, що хоча тестостерон дійсно підвищує лібідо, але «немає доказів, що він спричиняє агресію». З іншого боку, є докази, що сильні емоції можуть швидко змінювати вироблення тестостерону: «Доктор Деббс протестував фанів перед та одразу після фіналу Кубка Світу з футболу 1994 року між Італією та Бразилією. Те, що у фанів переможців підскочив рівень тестостерону, а в переможених італійців — скоротився, доктор Деббс вважає доказом аксіоми “грітися в променях слави”»^[8]. Не дивно, що статева функція піддається психологічному впливу як у чоловіків, так і в жінок. У чоловіків, у яких діагностували депресію, секреція тестостерону та інших гормонів, пов'язаних зі статевим функціонуванням, значно зменшилася^[9]. Залежне від гормонів злаякісне утворення, яким є, наприклад, рак простати, може бути дуже чутливим до біохімічних впливів, пов'язаних зі стресом та емоціями.

Рак простати — найпоширеніша злаякісна хвороба в чоловіків. Його випереджає тільки рак легень. Статистика коливається, але в США в 1996 році зафіксовано 317 000 нових випадків та 41 000 смертей^[10]. У Канаді кожного року з'являється майже 20 000 нових випадків.

Значну роль у розвитку цієї хвороби відіграє чинник довкілля. Японські чоловіки, що емігрували на Гаваї та в континентальні Штати, мали майже у два з половиною рази вищий відсоток цього захворювання, ніж ті, що залишилися в Японії. Однак при розтині чоловіків, у яких не було клінічних симптомів, виявили однакову, незалежно від географії, кількість неактивних злаякісних клітин^[11]. Тоді постає питання: чому в одному середовищі ці клітини розвиваються в злаякісну пухлину, а в іншому — ні? Є дуже показові епідеміологічні відкриття, які показують, що вирішальну роль у тому, хто захворіє (і наскільки важко), а хто не захворіє на рак простати, відіграє стрес.

Рак простати підвищує сімейна спадковість, але здебільшого це не основний чинник. Не було виявлено і специфічних канцерогенних зовнішніх чинників, як, скажімо, сигарети у випадку раку легень. Деяку роль, можливо, відіграють насичені жири. З огляду на широке географічне розповсюдження, деякий вплив можуть мати й генетичні чинники. Захворювання найпоширеніше в скандинавських країнах, найменше — в Азії. Єдина расова/етнічна група з найбільшим у світі ризиком — це афроамериканці, серед яких рак простати трапляється вдвічі частіше, ніж серед білих американців.

«Афроамериканці з виявленим у молодому віці раком будь-якої стадії мають меншу ймовірність виживання, ніж білі американці»^[12]. Можна приписати цю різницю меншій доступності якісних медичних послуг для нижчого середнього та робочого класу в США. Але расові відмінності щодо раку простати сягають за межі класових відмінностей. У будь-якому разі, краща доступність до медичних послуг поки що не показала себе як чинник, що позитивно впливає

на виживання. Можна було б також спробувати пояснити різницю рівня виживання генетичними відмінностями, але в Америці рак простати поширений серед темношкірих чоловіків у шість разів більше, ніж у Нігерії. Наявність «сплячих» ракових клітин тут однакова в обох групах^[13].

Якби за розвиток хвороби відповідало споживання калорій, не варто було б очікувати різниці між білими та темношкірими американцями. Як стверджується в статті, тільки 10 % відмінностей у частоті раку між білими та темношкірими зумовлено рівнем споживання насичених жирів^[14]. З іншого боку, якби вирішальну роль грали генетичні відмінності, різниця між частотою раку в Америці та Нігерії не була б такою великою.

Історичний, соціальний і економічний статус темношкірих людей в американському суспільстві підірвав зв'язок темношкірих громад та сімей, завдаючи їм ще більшого психологічного стресу, ніж їхнім білим співгромадянам. Можна провести паралель із частішими випадками підвищеного кров'яного тиску серед темношкірих американців. Гіпертензія — це порушення, тісно пов'язане зі стресом. В аналогічному прикладі, за часів апартеїду рівень аутоімунного захворювання ревматоїдного артриту в темношкірих у Південній Африці, які переїхали з рідних селищ до міст, значно виріс, навіть якщо їхній економічний стан покращився. Головним чинником є психологічний стрес, пов'язаний із життям у середовищі, де узаконений расизм прямо й відверто позбавляв людей свободи та гідності, водночас відриваючи їх від традиційних сімей та соціальної підтримки.

З усіма попередніми висновками узгоджується й той факт, що одружені чоловіки мають меншу вірогідність раку простати, ніж розлучені чоловіки або вдівці^[15]. Хоча я не знайшов у медичній літературі досліджень зв'язку саме раку простати та психологічних чинників, одне дослідження вивчало чоловіків із більшою, ніж в інших, потребою в залежності, тобто менше здатних почуватися незалежними, самостійними, впевненими в собі дорослими людьми. Результатом цього дослідження був висновок, що такі чоловіки частіше мали різні захворювання, зокрема, рак простати та інші типи раку^[16].

Якби холістичний погляд був краще вивчений та більше впроваджений у медичний підхід до раку простати — які були б практичні наслідки? По-перше, припинилися б зайві обстеження та аналізи, що спричиняють тривогу — крім випадків, коли вони дійсно необхідні. У червні 1999 року пошта США планувала випустити марку, що спонукала б чоловіків «робити щорічні обстеження та аналізи» для виявлення раку простати. New England Journal of Medicine застеріг проти такої дурниці, вказуючи на те, що ця ідея «не узгоджується з наявними медичними даними та думкою медичної спільноти»^[17]. По-друге, без повного інформування щодо непевності

результатів лікування раку простати, ми не піддавали б десятки тисяч чоловіків інвазійній та потенційно шкідливій операції та іншим втручанням, необхідність яких не підтверджена.

Холістичний підхід, який ставить у центр людину, а не аналіз крові або гістологічний висновок, враховує індивідуальну історію життя. Він спонукає людей уважно подивитися на всі стреси, з якими вони стикаються — як зовнішні, так і внутрішні. І тоді рак простати можна розглядати, ймовірніше, як тривожний дзвоник, ніж лише як загрозу. Чоловіки, які, на додаток до обраних методів лікування, будуть заохочені та зможуть відповідально поставитися до цього дзвіночку, враховуючи всі аспекти свого життя, ймовірніше, матимуть більші шанси на виживання.

Здається, що в житті Руді Джуліані, якому у квітні 2000 року, у самому розпалі боротьби за місце в Сенаті з Гіллари Клінтон, діагностували рак простати, сталися серйозні зміни. Колишнього мера Нью-Йорку описують як одержимого «робо-мера з імунітетом до втоми, страху та невпевненості в собі», який «жив своєю роботою»^[18]. Він повністю ототожнив себе з цією роллю, спав по чотири години на добу і працював майже двадцять. Про нього говорили, що він терпіти не може бути не в центрі подій. Він у все втручався, усе контролював, «вигавкуючи накази, як генерал». Йому не вдалося проявити співчуття до страждань окремих людей та груп, натомість він продемонстрував надзвичайну емоційну черствість. Після отримання діагнозу він зробив неабияке публічне визнання щодо свого раку:

Він змушує тебе замислитися над тим, хто ти, що для тебе важливо й що має бути для тебе важливо — тобто, у чому суть твого існування. Думаю, оскільки я багато років був у політиці на виду в суспільства, я вважав, що суть мого життя — політика... Але це не так.

Є в цьому й щось добре. Багато доброго. Думаю, що я значно краще зрозумів самого себе. Думаю, я усвідомив, що для мене важливо. Може, ще не до кінця. Було б дурістю вважати, що за кілька тижнів усе зрозумієш. Але думаю, я йду в правильному напрямі.

На відміну від раку простати, інший залежний від гормонів тип раку чоловічої статеві системи — рак яєчок — є успішним прикладом у медичній та хірургічній онкології. Раніше це рідкісне захворювання було на третьому місці серед причин смерті від раку в молодих чоловіків, а тепер воно не входить у першу п'ятірку. За умов ранньої діагностики вірогідність одужання становить понад 90 %. Як показує дивовижна історія чотирикратного чемпіона гонки Тур де Франс Ленса Армстронга, навіть чоловіки зі значними метастазами мають

надію на повне одужання за допомогою виваженої комбінації хірургії, радіації, хіміотерапії та рішучості.

Коли я працював у паліативному відділенні, онколог Агенції з питань раку Британської Колумбії попросив мене поговорити з Френсісом, чоловіком тридцяти шести років із раком яєчок. Я знадобився не тому, що цей чоловік потребував паліативної допомоги, а тому, що він її не потребував. Хоча на момент діагнозу рак поширився на його внутрішні органи, він усе ж мав непогані шанси повного одужання — більші, ніж п'ятдесят на п'ятдесят. Проблема була в тому, що він відмовлявся від будь-якого втручання. Онколог сподівався, що мої навички консультанта допоможуть переконати цього пацієнта змінити негативне ставлення до лікування.

Статистичні дані щодо одужання, або, якнайменше, продовження життя, не цікавили Френсіса. Він пояснював свою відмову релігійними причинами, стверджуючи, що, якщо Бог послав йому це захворювання, то чинити йому спротив було б безбожно. Він сказав, що не боїться лікування, просто відчуває, що неправильно навіть розглядати таку можливість. Я намагався вплинути на цю вперту відмову від життя в різні способи, які тільки міг вигадати. Можливо, це була якась дитяча провина, яку він вважав вартою покарання? Було очевидно, що Френсіс не мав сім'ї та близьких друзів і жив відлюдником. Чи була в нього депресія? Чи не було це формою медичного суїциду?

Я, хоча й невіруючий, спитав його, чи не вважає він богохульством заявляти, що розуміє Божу волю. Якщо Бог дійсно послав Френсісу рак, хіба не міг Він вважати хворобу його випробуванням, яке він має подолати та чогось навчитися? До того ж, якщо Бог — джерело хвороби, то чи не Він є зрештою і джерелом медичних знань, які роблять шанси на одужання досить високими?

Я поставив усі ці запитання, але здебільшого я просто слухав Френсіса. Я чув голос дуже розгубленого та самотнього чоловіка, який прийняв остаточне рішення не рятувати своє життя. Він твердо тримався того, що називав непохитними релігійними принципами, незважаючи на разючу суперечність між його ідеями та думкою старійшин його церкви. Вони сказали йому, що таке тлумачення їхнього вчення є свавільним та невиправданим. Вони запропонували йому підтримку впродовж лікування та відновлення, але марно.

Френсіс — один із трьох або чотирьох чоловіків із раком яєчок, якими я колись опікувався. Хоча поширеність цього захворювання зростає, у США щорічно діагностують лише близько шести тисяч нових випадків, а в Канаді — вдсятеро менше. Досліджень психологічних та емоційних особистих історій чоловіків, що мали це захворювання, не проводили — вивчалися лише психологічні наслідки. Між тим малим, що я зміг дізнатися від Френсіса,

автобіографією Ленса Армстронга та життям Роя, молодого чоловіка, якого я добре знав та інтерв'ю з яким я використав у цьому розділі, є разюча схожість.

Взимку 1996 року Армстронг помітив незначне збільшення яєчок, а навесні почав відчувати незвичайну для себе задишку під час тренувань. У нього боліли соски, і через кашель та біль у поясниці він був вимушений скасувати участь у весняних гонках Тур де Франс. «Спортсмени, особливо велосипедисти, зазвичай усе заперечують», — пише Армстронг^[19]. Тільки у вересні, коли він почав кашляти кров'ю, а його яєчка набухли й почали боліти, він звернувся до лікаря. Але на той момент рак поширився вже на легені та мозок.

Коли йдеться про рак яєчок, зазвичай усе заперечують не тільки велосипедисти. Тридцятирічний Рой уперше помітив набряк на лівому яєчку в середині 2000-х, але відклав похід до лікаря на вісім місяців, упродовж яких він нікому про це не говорив. «Мені було трохи соромно, і до того ж, я боявся почути погану новину», — сказав він. Британські дослідження показують, що небажання звертатися по допомогу з цими симптомами є типовим: «Досить часто діагноз ставлять пізно, і не через помилку, а через пізні звернення до лікаря... Максимальний період часу між появою симптомів та орхідектомією склав три роки, а середня затримка — 3,9 місяців»^[20].

Можливо, молоді люди не хочуть навіть думати, що з ними, особливо з їхніми статевими органами, може бути щось не так. Але логічним було б протилежне: якби справа була в мужності, молоді люди бігли б до лікаря одразу ж, як тільки помітили б зміни в яєчках, подібно до того, як вони роблять, коли через спадковість у них з'являються перші пролисини. Але якщо подивитись уважно на життя Роя та автобіографію Ленса Армстронга, можна знайти глибші причини заперечення цієї хвороби.

Роя та його сім'ю я знав із того часу, коли йому було вісім років. Двадцять років я був їхнім сімейним лікарем, поки у 2000 році не припинив медичну практику. Кілька місяців тому, зайшовши у свій колишній офіс, я дізнався, що Рой проходив лікування раку яєчок. За збігом обставин, саме цього ранку Рой прийшов на черговий огляд. На цей час я вже прочитав книгу Ленса Армстронга «Не про велосипед: Моє повернення до життя». Паралель між життєвими історіями Роя та Ленса була вражаючою. Можливо, їхня схожа реакція на захворювання була більше, ніж випадковість.

Поведінкова модель пригнічення емоцій сформувалася в Армстронга задовго до початку раку. Один із його близьких друзів описує його «схожим на айсберг. Є верхівка, але під поверхнею ще стільки всього».

Армстронг не знав свого біологічного батька і презирливо називав його «донором ДНК». Його матір Лінда Муніхем виросла в неповній сім'ї. Коли він народився, їй було сімнадцять, чоловік її покинув. Її батько, ветеран війни у

В'єтнамі та алкоголік, кинув пити в день, коли вона народила Ленса, свого першого сина.

Лінда була сміливою, одухотвореною молодою жінкою незалежного характеру, але, враховуючи її вік та обставини, вона також була ще незрілою й потребувала опіки. Як написав Ленс, «в якомусь сенсі ми дорослішали разом». Коли Ленсу було три, Лінда вийшла заміж вдруге. Вітчим, Террі Армстронг, був, за описом Ленса, «маленьким чоловіком із великими вусами та звичкою вдавати із себе успішнішу та поважнішу людину, ніж він був насправді». Він пропагував християнські принципи, але, незважаючи на це, регулярно бив Ленса: «Його улюбленим методом виховання було весло. Якщо я вертався додому пізно, у хід йшло весло. Лясь. Якщо я огризався, у хід йшло весло. Бах. Це було боляче не тільки фізично, а й зачіпало емоційно. Тож я не любив Террі Армстронга. Для мене він був злим виродком із надлишком тестостерону, і в результаті мої дитячі враження про релігію були такими, що я вважав її корисною тільки для лицемірів».

Підлітком йому довелося дізнатись, що в Террі були позашлюбні романи. «Я міг упоратись із веслом, але було таке, з чим я не міг нічого зробити», — пише Ленс, маючи на увазі позашлюбні стосунки вітчима. Шлюб розпався.

Рой теж був старшим сином нестриманого та жорстокого чоловіка, який бив свою дружину та дитину. «Я пам'ятаю одне, що робив зі мною батько. Він зв'язував мені зап'ястя та щиколотки та витягував на задній двір. Не тямлю, скільки часу я там був, але добре пам'ятаю, що сусід зверху дивився на мене у вікно та сміявся наді мною. Як, до дідька, можна таке робити з дитиною? Очевидно, мене це турбує й досі».

— Чи була поруч ваша мати?

— Думаю, мама була на роботі.

Рой вважав маму своїм союзником. Він дуже рано почав захищати її від жорстокості батька.

Мати Ленса Армстронга також не могла захистити його від побоїв. Очевидно, що дитина в такій ситуації почуватиметься глибоко зраненою та сповненою гніву не тільки до жорстокого вітчима, а й на мати, яка не могла забезпечити йому захист. Ленс, здавалося, не усвідомлював жодного з цих почуттів, і в цьому, думаю, джерело його схильності заперечувати та ігнорувати свій біль. «Це була ознака болю, — пише Ленс про підліткове захоплення спортом на витривалість. — У мене це добре виходило».

Як він зазначив вище, йому було важче винести зраду батьком матері, ніж жорстоку поведінку батька з ним самим.

Дитина нещасливої матері намагатиметься захистити її, пригнічуючи власний стрес, щоби не завдати їй ще більше болю. Така дитина може взяти на себе роль

самодостатньої людини, яка не потребує опіки — пригадайте моє інстинктивне приховання кульгавості, спричиненої незначною операцією на коліні. Коли двадцятип'ятирічний Ленс отримав діагноз раку, він не міг прямо сказати про це матері. «Я не був таким сильним, щоб узяти й повідомити матері новину, що я хворий», — пише він. Він прийняв пропозицію близького друга повідомити її від його імені.

Лінда прийняла виклик із великою силою духа, любов'ю та сміливістю, підтримуючи Ленса в усіх його важких випробуваннях: жахливій невизначеності прогнозу, необхідності приймати нелегкі рішення щодо лікування, страждань хіміотерапії та операції на мозку. Автоматичний рефлекс сина захистити її спричинили не відносини, а досвід дитинства, який сформував його захисну поведінку.

За словами Роя, результатом його дитячих стосунків з батьками було те, що «в минулому я завжди намагався ставити щастя інших людей вище, ніж своє. Моя самооцінка була дуже низькою, і я думав — якщо буду робити інших щасливими, вони приймуть мене. І я намагався догоджати їм — робити те, що, сподівався, їм сподобається».

— Як ви це робили?

— Я не був чесним із ними й із собою. Завжди погоджувався на те, що вони хотіли, або не міг бути чесним, коли вони казали щось таке, що спричиняло біль. Я просто мирився з цим. Кілька років тому в мене був бізнес із двома партнерами. З моєї точки зору ми були рівні, але виглядало так, ніби вони головні, і все тримається на них. Вони відповідали за все, а моя думка нічого не важила. Такі речі зазвичай ранять, але я придушив свої почуття й нічого не сказав. Я не знав, як із цим бути.

Критична різниця між Ленсом Армстронгом і Роєм з одного боку та Френсісом з іншого полягала в тому, що перші двоє отримували в житті достатньо любові, щоби триматися за життя та розвинути в собі дух борця. На відміну від Френсіса, після встановлення діагнозу вони мали ще й потужну підтримку від сім'ї та друзів.

У мене є вагоме припущення, що пригнічення пов'язане з появою онкології яєчок. Варто було б провести дослідження, у якому чоловіків із цим захворюванням уважно розпитали б про те, як вони переживають та виражають свої емоції. Одним із важливих аспектів був би рівень близькості пацієнта з матір'ю та ідентифікація з нею. Дружина Ленса Кік надивовижу схожа на його матір — і я вважаю, це не випадково. На світлині в захоплюючій книжці його мемуарів цих жінок важко розрізнити.

Один із найважливіших уроків, який Рой отримав завдяки своєму раку — це відмова надалі спрямовувати свою поведінку на те, щоби задовольняти інших, не враховуючи власні інтереси.

— Я точно можу сказати, чим я не буду займатися — це задовольняти потреби інших, — каже він. — Чи хочу цього я сам? Чи зробить це мене щасливим? У минулому я пробував діяти навпаки, і це не спрацювало.

Френсіса, нарешті, направили до відділу паліативної допомоги. Рак із часом поширився на його печінку, спричинивши її здуття та біль. Він помер раніше, ніж очікували лікарі.

Чи існує «ракова особистість»?

Джимі одружився з Ліндою наприкінці осені 1990 року. Вони обвінчалися в церкві паліативного відділення Ванкуверської лікарні за п'ять днів до його смерті від раку шкіри, що поширився на хребет. Наречена була на восьмому місяці вагітності. Уся сім'я Джимі, за винятком його батька, зібралася на вінчання й щоби побути з Джимі в останні тижні його життя. Через місяць і один день після його смерті я допомагав народитися його доньці Естель, як допомагав колись двом старшим дітям Лінди від першого шлюбу.

Джимі не часто ходив до лікарів. Хоча вони з Ліндою були разом п'ять років, я зустрів його тільки влітку того року, коли він звернувся до лікарні з постійними болями в спині. Виявилось, що це вияв метастази від раку шкіри, який з'явився на його нозі й був видалений кілька років тому. У вихідному стані злоякісна меланома є небезпечним утворенням пігментних клітин меланоцитів. Це смертельне захворювання, яке може швидко поширюватися на інші органи, часто вражає людей молодого віку.

Мені не довелося близько знати Джимі, але в першу ж нашу зустріч він вразив мене як надзвичайно приємна людина. Ввічливий та дружелюбний чоловік тридцяти одного року, він мав піщаного кольору волосся, веснянки, блакитні очі, ірландську міцну статуру, відкритість і щирість.

Потрапляння на світлу шкіру сонячної радіації — головний чинник виникнення злоякісної меланоми. Люди кельтського походження мають підвищений ризик, особливо, якщо вони мають світле волосся, веснянки та блакитні або зелені очі. Темношкірі люди рідко страждають на рак шкіри — на Гаваях серед темношкірих мешканців він поширений у сорок п'ять разів рідше, ніж у білих^[1]. Влітку ванкуверські дерматологи влаштовують на пляжах «сонце-захисні патрулі», попереджаючи тих, хто засмагає, про небезпеку, на яку вони наражаються. Однак попередити та усунути небезпеку сонячної радіації набагато легше, ніж пригнічення емоцій. Злоякісна меланома — об'єкт найпереконливіших досліджень зв'язку пригнічення та розвитку раку.

Здоров'я Джимі погіршилося дуже швидко, а від хімії та променевої терапії йому стало гірше. «З мене досить, — нарешті сказав він. — Це божевілля. Я помираю, і мені не обов'язково помирати таким хворим». Скоро в нього віднялися ноги, що привело його до паліативного відділення. Він прожив ще кілька тижнів. Я й далі був сімейним лікарем Лінди та її дітей, поки не залишив медичну практику. Коли нещодавно я зателефонував їй, вона погодилася на інтерв'ю для цієї книжки, як і старша сестра Джимі Донна.

Я попросив Лінду описати особистість її покійного чоловіка.

— Джимі був добродушним, спокійним, розслабленим. Він любив бути серед людей. Мені довелося задуматись, коли ви спитали про стреси в його житті. Він належав до типу людей, у яких небагато стресів. Але він пив. Щодня він випивав досить багато алкоголю. Тому я й не йшла за нього заміж усі ці роки, коли ми були разом. Він пив пиво кожного дня, щонайменше чотири пляшки, а то й більше.

— Це його якимось змінювало?

— Тільки якщо він випивав значно більше... Тоді він ставав великим добрим ведмедем, який хотів кожному розповісти, як він його любить. Коли він пив, то просто хотів усіх обійняти. Друзів, хлопців, ніби вони його брати. Йому потрібно були сказати комусь: «Ти мій друг», а потім заплакати... Він не був жорстоким, злим або розчарованим. Він був сумним. Я не знаю, чому, але в ньому було багато печалі... Мені спадає на думку тільки одне — якась таємниця щодо його батька, про яку він не хотів мені говорити. Він не міг про це говорити. Він не розповідав про свої почуття. Насправді він взагалі нічим не ділився.

— Яке в нього було дитинство?

— Він виріс у Галіфаксі. Він завжди казав, що був щасливою дитиною. У нього була повна сім'я. Обидва його батьки були алкоголіками: наскільки я зрозуміла, батько довгий час пив дуже багато. Думаю, мати почала пити, коли Джимі був підлітком.

Як я дізнався пізніше від сестри Джимі Донни, старшою від нього на два роки, батько був гірким пияком упродовж усього їхнього дитинства. Ми з Донною мали дві бесіди.

— В дитинстві я почувалася дуже добре, — спочатку сказала вона мені. — Молодші брати й сестри думали інакше... але я вважаю, у нас було гарне дитинство, добре виховання. Дуже щаслива сім'я... Джимі був справжнім хлопчиськом, щасливою дитиною. Ми увесь час гралися разом. Ми йшли на задній двір та влаштовували водяні бої — знаєте, водяними пістолетами. Я пам'ятаю його малюком із радісним, щасливим обличчям.

— А якими ви пам'ятаєте батьків?

— Тато був найдобрішим, найприязнішим чоловіком у світі. Він був дуже смішний. Він грав із нами у водяні бої, жартував із нами, лоскотав. А ще він показував Дональда Дака й копіював його голос. Люди заходили до нас і просили: «Нехай ваш тато скаже щось як Дональд Дак». Він був смішною, веселою людиною, але ми мали його слухати. Ми з ним пустували, але коли тато говорив, земля трусилась... Якщо він роздратується або розгнівається,

якщо вже досить — значить, досить. Якщо наказував щось зробити, то треба було одразу йти й робити.

— Чому?

— Тому що інакше тебе вилають і покарають.

Донна вийшла заміж та переїхала в інше місто, коли їй було дев'ятнадцять. Джимі залишався з батьками до двадцяти двох років. Поїхавши ненадовго у Ванкувер, нібито побачитися з другом, він зателефонував додому сказати, що не повернеться. І він не повернувся, тільки зрідка навідував батьків.

— Він просто подзвонив і сказав, що не повернеться додому. У верхній шухляді столу він залишив листа, де все пояснював.

— Тобто, він утік.

— Так. І пам'ятаю, він пояснив: «Я не міг вам сказати, тому що не хотів вас засмучувати...»

— Тобто, він відчував, що його бажання бути незалежною людиною засмутить його батьків.

— Всі ми вимушені були так почуватись. Для нашої мами діти були всім її світом. Ми були всім для неї. Вона намагалася робити для нас усе, що могла, але вона була надто прив'язана до нас, так, що це вже навіть шкодило мені, а ще більше — Джимі. Оглядаючись назад, я розумію, що ми були надто прив'язані, на нездоровому рівні. Думаю, у якийсь момент треба відпустити дітей. Здається, емоційно вона нас не відпустила. Я почувалася зобов'язаною їм, і Джимі ще більше. Зазвичай, коли дорослішаєш, батьки мають спробувати зрозуміти та прийняти твоє відокремлення.

— Втеча Джимі до Західного узбережжя не обов'язково означає, що він звільнився внутрішньо.

— Звісно, ні. Він почувався жахливо. Йому було дуже, дуже погано. Він це зробив, але йому довелося жити з цими почуттями.

За словами Донни, Джимі навіть наприкінці життя вважав тягар емоційного болю своїх батьків нестерпним.

— Мій брат зателефонував мені якраз перед Днем Праці. Він повідомив, як справи з меланомою, але сказав таке: «Знаєш, Донно, я не можу зателефонувати мамі й татові, бо мені не витримати цих емоцій. Ти можеш сама їм сказати?»

Я сказала, звісно, можу. Тоді він сказав: «Тільки скажи, щоби вони не дзвонили мені в сльозах та розпачі, тому що я не зможу це витримати».

Я сказав Донні, що, можливо, те «щасливе обличчя» Джимі, яке вона пам'ятає, не було його справжнім обличчям. Якнайменше, частково це міг бути адаптаційний механізм, який Джимі засвоїв для подолання гніву та тривожності батьків. Це був спосіб уникнути болісного впливу їхніх емоцій на

себе. Заспокоєння почуттів батьків було досягнуто через заперечення своїх власних.

Кілька днів по тому Донна зателефонувала мені. Наша розмова викликала в неї багато спогадів. Їй треба було поговорити.

— Після нашої розмови я й далі займалася своїми справами, як завжди. Ввечері лягла спати. А о четвертій прокинулась. Це неймовірно, скільки всього вплигло і пронеслося в мене в голові! Ви згадували, Лінда казала, що в Джимі було багато печалі — мабуть, це через батька. Я дуже добре знала Джимі, і це правда, що в ньому було багато печалі. Я можу пригадати з його раннього дитинства. Єдине, що я пам'ятаю з того, що тато робив разом із Джимом — це трохи поводитися на килимі у вітальні. Я пам'ятаю усмішки, сміх. Але крім цього він не брав ніякої участі в житті Джимі. Ніколи не ходив на хокей. Ніколи не грав із ним... Дивно, батько завжди говорив, що любить нас, але він міг зробити дуже боляче. У мого другого брата були проблеми із вагою, а він висміював його перед усіма. Він казав йому жахливі речі. І Джимі також... Я ніколи на нього не гнівалася, я завжди його виправдовувала — може, свідомо, а може, не зовсім. А тієї ночі я раптом так розгнівалася! Я почала думати про Джимі і про все, що з ним траплялось, коли він був малий, і потім, упродовж його життя. Я пригадувала всі ті випадки, коли тато починав гриміти. Коли він хотів щось полагодити, а не було потрібних інструментів, коли цвях падав на підлогу, коли щось йшло не так, як повинно було йти, він кричав і гримів, і ми були перелякані. Ми просто втікали. Раптом я пригадала його голос, усі ці крики, галас, і подумала — жити треба не так. Нам не треба було потерпати від усього цього... Навіть під кінець... Батько приїхав побачити Джимі — вони приїхали автомобілем із Галіфаксу. Насправді за кермом були моя сестра та її чоловік — тато всю дорогу пив. Вони приїхали за пару тижнів до того, як Джимі мав лягти у відділення паліативної допомоги. Батько увійшов у квартиру та сів, потягуючи пиво, він не хотів навіть йти до спальні побачити Джима, свого сина.

Ми намагалися якось це згладити. Ми не хотіли, щоби Джимі думав, що батько не може наважитись увійти — боїться побачити, як виглядає Джим. Нарешті, тато набрався сміливості та увійшов і спитав: «Джимі, тобі щось принести? Ти чого-небудь хочеш?»

А потім він вийшов, пішов на кухню й раптом спитав: «Чому тут немає яблучного соку? Очам не вірю!» І він почав городити бозна-що, сварити всіх присутніх у квартирі. Ми були приголомшені. Він узяв пальто, пішов у магазин і приніс яблучного соку для Джимі... А потім він поїхав додому, ось і все. Він не бачив Джимі в лікарні. Він повернувся до Галіфаксу й більше не бачив

Джимі. Цікаво, що... Лінда завагітніла, і вони одружилися за п'ять днів до смерті Джимі. Він був напівсвідомий у той день.

— Так, він був дуже сонний. Нам довелося різко підвищити дозу знеболювального.

— Я все згадую одне... Після вінчання він був дуже слабкий, але підняв руку і сказав: «Дивіться, дивіться, *точно як татова обручка*». Його обручка була такою ж самою, як у батька. Кумедно, що Джимі вимовив ці слова — «*точно як татова обручка*».

Властива Джимі модель подолання емоцій часто зустрічається в описах пацієнтів із меланомою. У прекрасному дослідженні 1984 року описали психологічну реакцію на стресовий стимул трьох груп людей: групи пацієнтів із меланомою, із захворюваннями серця та контрольної групи без медичного діагнозу. До кожної людини під'єднали дермограф — прилад, що фіксував електричні імпульси шкіри, коли людина дивилася на серію слайдів, що спричиняли психологічний дистрес. Слайди містили ствердження образливого, неприємного або депресивного характеру, наприклад, «Ти потворний», або «У цьому тільки твоя провина». Поки прилад реєстрував фізіологічну реакцію, учасників попросили письмово описати свою суб'єктивну оцінку того, наскільки спокійно або емоційно вони почувалися, читаючи ці твердження. Дослідники ж забезпечували запис наявного рівня стресу, який зазнавала нервова система учасника, одночасно з описом його суб'єктивного свідомого сприйняття емоційного стресу.

Фізіологічна реакція у всіх трьох груп учасників була однаковою, але група з меланомою продемонструвала найбільшу схильність відмовлятися від усвідомлення тривоги або суму, спричинених посланнями на слайдах. «Це дослідження виявило, що пацієнти зі злоякісною меланомою проявляють адаптаційні реакції та схильності, які можна описати як ознаки “придушення”, репресії. Ці реакції дуже відрізнялися від пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, які продемонстрували, можна сказати, протилежні механізми адаптації»^[2].

Група з меланомою мала найбільший з усіх трьох груп рівень пригніченості емоцій, група із серцево-судинними хворобами — найменший. (Але це не означає, як може здаватися, що реактивність таких пацієнтів — це здорова поведінка. Між пригніченістю та гіперреактивністю є здорова медіана). Це дослідження показує, що люди іноді переживають емоційні стреси, фізичну дію яких на їхній організм можна виміряти, але водночас їм вдається відокремити свої почуття, помістивши їх за межі свідомості.

Саме у зв'язку з меланомою вперше запропонували термін «особистість типу С» — тобто, комбінація рис характеру, яку можна частіше знайти з-поміж

пацієнтів, що мають рак, ніж з-поміж тих, хто його не має. Особистості типу А виглядають більш «агресивними, гнівними, напруженими, швидкими, схильними все контролювати», і вони більш схильні до серцевих захворювань. До типу В належать люди збалансовані, помірні, які можуть переживати та проявляти свої емоції, не піддаючись їм повністю, до втрати себе через неконтрольовані вибухи. Особистості типу С описують як «надзвичайно терплячі, пасивні, такі, які все розуміють, яким бракує наполегливості та рішучості... Тип С може бути схожим на тип В, оскільки обидва виглядають дружелюбними та приємними людьми, але... у той час, як тип В легко виражає гнів, страх, сум та інші емоції, люди типу С, на нашу думку, пригнічують “негативні” емоції, особливо гнів, намагаючись зберігати бадьорий та радісний вигляд»^[3].

Чи може саме хвороба змінити особистість людини, вплинувши на її модель подолання труднощів, так що вона більше не відображатиме ту поведінку, яка була до хвороби? Історія Джимі, яку розповіли його дружина та сестра, показує, що пригнічення, «люб’язність» та брак агресії — це його постійні моделі, які були закладені ще в дитинстві. Як зазначили дослідники психологічної реакції на стрес у пацієнтів із меланомою, «коли люди отримують діагноз — це може бути як рак, так і серцево-судинне захворювання — вони зазвичай кардинально не змінюють моделі подолання стресу й не розвивають нові моделі поведінки... Під дією стресу люди, як правило, мобілізують існуючі моделі та захисні механізми».

Як психологічний стрес позначається на онкологічному утворенні на шкірі? Збільшення кількості пухлин меланоми на ділянках шкіри, що не піддаються дії сонячної радіації, можна пояснити дією гормонів. Дослідники припускають, що має місце гіперстимуляція гормонами клітин, що виробляють пігмент^[4].

Риси особистості типу С, що співвідносяться з меланомою, пов’язані також з іншими типами раку, що підтверджують інші дослідження. У 1991 році дослідники з Мельбурну, Австралія, вивчали, чи можуть бути деякі риси характеру чинниками ризику раку товстої та прямої кишки. Понад шістьсот людей, які недавно отримали діагноз, порівняли з контрольною групою. Ракові пацієнти зі статистично значущою різницею продемонстрували такі риси: «елементи заперечення та пригнічення гніву та інших негативних емоцій... зовнішні прояви “приємної” та “хорошої” людини, стримування реакцій, що можуть образити інших, уникання конфліктів... Ризик раку товстої або прямої кишки, пов’язаний із цією моделлю поведінки, виявився незалежним від раніше знайдених чинників — раціону, споживання пива, сімейної історії»^[5]. Пацієнти з раком кишечника також частіше розповідали про своє дитинство або доросле життя як нещасливе. Ми вже помітили спільні риси з-поміж

пацієнтів із раком молочної залози, простати, легень, а також із меланомою, лейкоїєю та лімфоїєю.

У 1946 році дослідники з Університету Джона Гопкінса почали довготривале перспективне дослідження, щоби з'ясувати, чи можуть певні психологічні риси молоді людини передбачити її схильність до хвороб у майбутньому. Упродовж наступних вісімнадцяти років 1 130 білих молодих людей, які навчалися в медичній школі, проходили психологічні тестування. Вони відповідали на питання щодо емоційних моделей подолання труднощів та відносин із батьками в дитинстві. Реєструвались і їхні біологічні дані: пульс, кров'яний тиск, вага та рівень холестерину, а також звички, такі як куріння, вживання кави, алкоголю. Наприкінці дослідження майже всі студенти закінчили школу, більшість були лікарями віком від тридцяти до шістдесяти років. На цьому етапі перевірили стан їхнього здоров'я. Здебільшого учасники були здорові, але майже пропорційно в групі були серцеві хвороби, високий кров'яний тиск, психічні хвороби, рак або самогубства.

Починаючи це дослідження, вчені не очікували, що рак буде пов'язаний із будь-якими попередніми психологічними чинниками. Однак дані показали, що такий зв'язок є. Між онкологічними хворими та тими, хто скоїв самогубство, була разюча схожість: «Як виявляється, результати нашого дослідження узгоджуються з відкриттями, що ракові пацієнти “більшою мірою, ніж інші люди, схильні заперечувати або стримувати конфліктні імпульси та емоції”»^[6].

Дослідники виявили, що як для здорової більшості, так і для кожної категорії захворювань є характерний набір психологічних рис. Найнижчі показники депресії, тривожності та гніву зареєстрували в тих учасників, у яких пізніше виявили рак. Саме вони повідомляли про найбільшу віддаленість від батьків. Ракові пацієнти гірше з усіх могли виражати емоції. Чи означає це, що є «ракова особистість»? На це питання не можна відповісти простим «так» або «ні».

У випадку з меланомою спроби знайти єдиний чинник, єдине джерело її походження виявляються марними. Світла шкіра не може бути єдиним чинником, тому що не всі світлошкірі люди хворіють на меланому. Ультрафіолетові опіки також не можна вважати достатньою причиною, оскільки, знову ж, не у всіх людей зі світлою шкірою, що отримали сонячні опіки, розвивається меланома. Емоційне пригнічення само собою також не можна вважати причиною всіх випадків злоякісної меланоми, тому що не всі люди, які пригнічують у собі емоції, хворіють на меланому або інші види раку. Але комбінація всіх трьох чинників може бути смертельною.

Хоча не можна стверджувати, що деякі типи особистості *спричиняють* рак, але деякі риси характеру дійсно підвищують ризик, тому що вони частіше стають причиною психологічного стресу. Пригнічення емоцій, нездатність

сказати «ні» та невміння усвідомлювати свій гнів значно підвищують вірогідність того, що людина може опинитися в ситуації, коли її емоції не знаходять виходу, її потреби ігнорують, а її доброту і м'якість експлуатують. Такі ситуації спричиняють стрес, свідомий або несвідомий. Якщо вони повторюються роками, це може порушити гомеостаз та імунітет. Саме цей стрес — а не особистість сама собою — підриває фізіологічний баланс та імунний захист організму, наражаючи його на хвороби або знижуючи здатність боротися з ними.

Виходить, що фізіологічний стрес — це зв'язок між рисами особистості та хворобою. Певні риси, відомі ще як стиль вирішення проблем, у кілька разів збільшують ризик захворювань, оскільки підвищують вірогідність хронічного стресу. У всіх них є дещо спільне — знижена здатність до емоційного контакту. Емоційні переживання перетворюються на потенційно шкідливі біологічні зміни тоді, коли в людини немає можливості навчитися успішно виражати свої емоції. Це навчання відбувається — або не відбувається — у дитинстві.

Досвід дитинства формує відносини людини зі своїм тілом і душею. Емоційне середовище дитинства разом із природним темпераментом закладає риси особистості. Більшість того, що ми називаємо особистістю — це не фіксований набір рис, а тільки механізм розв'язання проблем, сформований у дитинстві. Є важлива різниця між природними *характеристиками*, що вкорінені в людині незалежно від її оточення, та *реакцією на оточення*, моделі поведінки, сформовані для виживання.

Те, що ми вважаємо вкоріненими рисами, може бути тільки несвідомо засвоєними звичними захисними техніками. Люди часто ототожнюють з цими звичними моделями, вважаючи їх невід'ємною частиною їхньої особистості. Вони можуть навіть таїти ненависть до себе за певні риси — наприклад, коли людина описує себе як «засранця, що все контролює». Насправді не буває природної схильності до контролю. Але за нею може бути прихована глибока тривожність. Малюк або дитина, яка відчуває, що її потреби не задовольняють, може розвинути в собі нав'язливу поведінку — звичку тривожитися через будь-яку подію. Коли така людина відчуває, що не може все контролювати, то переживає сильний стрес. Підсвідомо вона думає, що може задовольнити свої потреби, тільки якщо контролюватиме кожную сферу свого життя та оточення. З роками вона може відчувати, що ображає інших людей, або звинувачувати себе в тому, що спочатку було відчайдушною спробою подолати емоційну депривацію. Схильність до контролю — не природна *риса*, а *стиль подолання проблем*.

Пригнічення емоцій — це теж стиль подолання проблем, а не риса особистості, закладена від природи. З-поміж людей, бесіди з якими я наводив у

цій книжці, небагато змогли відповісти «так» на таке питання: Коли в дитинстві ви відчували сум, гнів, розчарування, чи був у вас той, із ким ви могли про це поговорити — навіть якщо це та людина, що викликала ці почуття? За чверть століття медичної практики, включно з десятиріччям паліативної роботи, я ніколи не чув позитивної відповіді на це питання від людини з онкологією або з іншими хронічними захворюваннями. Багато дітей виховують у такий спосіб, і не через якісь шкідливі або насильницькі наміри, а тому що батьки самі налякані тривожністю, гнівом або сумом, які вони відчувають у дитині, або тому, що вони надто зайняті або знесилені, щоби приділяти увагу дитині. «Моїй мамі або моєму татові треба було бачити мене щасливою» — це проста формула, з якою росли багато дітей, що пізніше навчилися пригнічувати свої емоції та стали дорослими з тривожністю, депресією або фізичною хворобою.

Кінорежисерка із Чикаго Джил, у якої рак яєчників на пізній стадії, визнає себе перфекціоністкою. Її подруга повідомила мені, що за рік до діагнозу вона відчувала стривоженість, дивлячись, як Джил переживає стресовий досвід. «Я тоді відчула, що це може заподіяти не тільки психологічну шкоду», — сказала вона.

— Близько трьох років тому Джил узяла участь у сумісній роботі над одним відео. Кіностудія зробила його не дуже якісно. Це стало для неї просто кошмаром, тому що вона очікувала, що досягне свого. Коли вона погодилася на цей проєкт, то розраховувала, що відео буде ідеальним. Вона витратила втричі або вп'ятеро більше часу в порівнянні з винагородою за нього. Думаю, що це могло бути приводом для її тіла сказати «я не можу з цим миритись».

Спілкуючись із Джил, мене вразила комбінація обеззброюючої щирості та психологічного заперечення. Джил поділилася дуже відвертими історіями про свої відносини з батьками та чоловіком, ані на мить не усвідомлюючи, що вони могли сприяти її хворобі. Їй п'ятдесят, вона дуже красномовна, схильна щодо кожної теми вдаватись у безліч деталей. Мені здалося, це був її спосіб тримати тривожність під контролем. Навіть миттєва пауза в розмові була для неї незручною. На першій зустрічі зі мною Джил ще була в перуці, тому що втратила волосся через хіміотерапію.

У шлюбі вона прийняла на себе материнську роль. Коли її чоловік Кріс страждав на гостру, але дуже виснажливу хворобу, вона доглядала його з материнською турботою та відданістю — телефонувала лікарям, піклувалася про нього ночами, слідкувала, щоби за ним добре доглядали, коли вона на роботі. Водночас вона готувала презентацію для виступу на національній конференції та проводила вечірні заняття для режисерів-початківців. Вона

провела таке заняття і ввечері перед відльотом на конференцію, а о другій ночі зібрала речі у валізу та вилетіла раннім рейсом.

Перші симптоми раку яєчників вона відчула невдовзі після доглядання за чоловіком. Контраст між її доглядом та турботою про неї чоловіка був різкий. Крім кілька місяців не звертався до лікарів від її імені та, очевидно, ігнорував її біль та втрату ваги, незважаючи на те, що вона «жила на знеболювальних». «Чужі люди в ліфті питали мене, чи добре я почуваюсь», — каже вона. Як це часто буває з раком яєчників, лікарям знадобилося кілька місяців, щоби поставити цей діагноз.

Перше, що сказала Джил, коли дізналася про рак, було: «Бідний мій чоловік і бідна моя мама. Я для них — опора в житті. Мені їх так шкода, тому що вони залишаться без цієї опори».

Онколог повідомив парі, що прогнози на наступні п'ять років погані, враховуючи стадію раку на момент встановлення діагнозу. Крім не хотів цього визнавати. «Він, здавалося, не почув цього, — каже Джил. — Мені треба було поговорити про те, що я почула, але в машині по дорозі додому він усе говорив про те, як ми будемо боротись і подолаємо це. Він, очевидно, не пам'ятав, що сказали спеціалісти щодо прогнозу, і не згадав цього потім. Ця інформація пройшла мимо його вух».

Поставши перед необхідністю операції, Джил довелося зіткнутися з рішенням матері бути з нею.

— Вона не збиралася приїжджати. Насправді, вона звикла сама бути в центрі уваги, до того ж вона не любить перельотів. Але всі казали їй: «Вашій доньці робитимуть операцію, а ви не їдете до неї?». Тож їй довелося послухатись, пригадати, що вона матір, і таки приїхати.

— Якщо ви так на це дивитесь, що ви відчували щодо її приїзду?

— Спочатку я зраділа, що вона не приїде. Я не хотіла цього. Я знаю, що вона використовує мене, щоби виглядати хорошою матір'ю, але це я піклувалася про неї після смерті батька — він просив мене про це.

— Мені здається, ви піклувалися про неї з дня народження.

— Гаразд, з дня народження. Розумієте, тато казав мені — залиш її в спокої. Він її захищав, він був озлоблений на неї, але любив її якоюсь викривленою любов'ю. Також він дуже добре розумів її обмеженість і намагався як міг їй допомагати — за свій рахунок.

Якось тато зустрічав мене в аеропорту після мого довгого відрядження до Південно-Східної Азії. Я була виснажена. Мама була вчителькою, і тато хотів відвезти мене до її школи. «Щоби ти могла привітати маму — вона чекає тебе разом з усіма учнями», — сказав він. Я відповіла: «Ні, тату, я не хочу їхати. Я дуже втомилась. Це була така емоційно виснажлива подорож. Я хочу швидше

додому і просто побути на самоті». «Зроби це для мами. Ти знаєш, вона цього дуже чекає». І він відвіз мене туди, і мені довелося надіти отого широкого рисового капелюха, що я купила, і розважати їх. Він опікав її отак усе життя, і він знав, що вона цього потребує. Їй треба було показати, що її донька була в подорожі, а тепер повернулася і приїхала побачити її. Я грала цю роль, щоби задовольнити батька, і це ставалося кожного разу.

— Ви заохочували б своїх дітей наполягати на своїх бажаннях і не давати іншим змушувати себе піклуватися про когось у такий спосіб? Джил, у вас тяжке захворювання, буде серйозна операція, і ваша мати не тільки приїжджає, вона залишається на місяць.

— І до того ж вона дуже вимоглива. Якось я цілий місяць для неї готувала. Знаєте, це правда — у мене відчуття обов'язку, дуже сильне відчуття обов'язку. Я піклуюсь про неї. Я пройшла через це й говорила про це з друзями, багато з них радили мені не дозволяти їй приїжджати... Я багато про це думала. Якби хтось із моїх дітей потребував операції й не хотів, щоби я приїжджала, я прийняла б це. Проте я сподіваюсь, що вони були б не проти, щоби я була поруч. Щодо матері, я почуватимуся винною та нещасною, що не задовольнила її бажання, і це буде для мене великий стрес.

Джил пригадує, що була бунтарем, а не слухняною дитиною.

— Підлітком я була не такою вже й хорошою дівчинкою. Тато казав, що ніколи не бажав би мені мати таку дитину. Я була для них твердим горішком. Мене вважали дуже важким підлітком. В університеті я навчалася добре, але школу я просто не любила. А потім я вийшла заміж за достойну людину. Тобто я все ж виявилася хорошою дівчинкою.

Матір Джил померла минулого року, уже після нашої бесіди. Її донька відчувала потребу піклуватися про неї навіть після її смерті. Вона написала хвалебний некролог, зазначивши, що її мати подолала велику відстань, щоби бути поряд і доглядати за нею після операції з раку яєчників.

55-відсоткове рішення

Чотирнадцять років тому, коли їй було тридцять дев'ять, Марта рушила з Феніксу, Арізона, до Клініки Майо в Рочестері, Мінесота, щоб отримати другу медичну думку. Її гастроентеролог сказав, що єдиний спосіб стримати її хворобу Крона — це видалити весь товстий кишківник. «Я була готова прийняти, що мені потрібна операція, — каже вона. — Але мені цього не хотілося».

Понад п'ятнадцять років Марта страждала на епізодичні кишкові кровотечі, анемію, лихоманку, втому та біль у шлунку. Ці симптоми з'явилися в неї невдовзі після народження третьої дитини. «Це був дуже напружений період, багато біганини. Мій чоловік, Джері, закінчував стоматологічну школу в Монтані. Мені було двадцять три, я була матір'ю трьох дітей». Дітям було чотири і два роки, молодшій дитині було тільки п'ять місяців. Сім'я ще не мала доходу, і Марта іноді працювала нянею або бралася за будь-яку роботу, яку могла отримати. Після того, як Джері закінчив медичну школу, сім'я переїхала у Фенікс, де він заснував медичну практику.

— Я просто почувалася не дуже добре. Третя дитина, втома, емоційна виснаженість. У Феніксі я була абсолютно самотня. По-перше, я ніколи не хотіла туди переїжджати. Я хотіла жити в Монтані. І головне, одного разу в нього була інтрижка з іншою жінкою — ось що остаточно вибило мене з колії. У мене почалися болі в животі.

Через кілька місяців пара повернулася до Монтани на випускну церемонію Джері. «На той час у мене була кишкова кровотеча. Мене негайно поклали в лікарню, тому що моя свекруха працювала в поліклініці, і вона бачила, що мені не зовсім добре. І тоді з'ясувалося, що в мене хвороба Крона».

Хвороба Крона — це одне з двох основних запальних захворювань кишківника (ЗЗК); друге — це неспецифічний виразковий коліт. Обидва захворювання характеризуються запаленням кишківника, але в різний спосіб. При виразковому коліті, який трапляється частіше, ніж хвороба Крона, запалення починається з прямої кишки й піднімається догори. Воно може охопити всю товсту кишку. Запалення носить постійний характер, але обмежується слизовою оболонкою, яка вистилає кишківник.

При хворобі Крона запалення уражає всю стінку кишківника. Найчастіше уражаються товста кишка та клубова кишка, що є третьою, нижньою частиною тонкого кишківника, але хвороба може з'являтися у всіх відділах шлунково-кишкового тракту, від стравоходу до товстої кишки. На відміну від виразкового

коліту, при хворобі Крона уражені ділянки травного каналу чергуються зі здоровими. ЗЗК часто супроводжуються запаленням суглобів, очей та шкіри.

Симптоми ЗЗК залежать від ділянок ураження. Діарея та біль у животі виникає при обох захворюваннях. Пацієнти випорожнюються кілька разів на день, іноді навіть з'являється нетримання. Коли уражена товста кишка, може бути кров у калі або навіть кровотеча, як у Марти. Також, особливо при хворобі Крона, трапляються лихоманка та втрата ваги. Можуть бути й інші ускладнення, наприклад, спричинені запаленням фістули — тунелю з кишківника до інших органів, таких як шкіра або піхва.

ЗЗК — це зазвичай хвороби молодих людей. Хоча вони трапляються в будь-якому віці, найчастіше перші симптоми з'являються у віці від п'ятнадцяти до тридцяти п'яти років.

У лікарні із симптомам Марти швидко впоралися за допомогою кортизону. Невдовзі після виписки в неї знову була кровотеча, і вона повернулася до лікарні.

— Мені зробили переливання крові, але коли підійшов час виписки, знову трапилася кровотеча. Цього разу я втратила свідомість. Я була в реанімації. А потім я повернулась і спробувала зібрати до купи своє життя... Я зрозуміла, що, можливо, не хочу повертатися до шлюбу й додому. Я не бачила іншої причини, чому щоразу, коли приходив час повертатись, у мене відбувалася кровотеча. Чому я просто не піду від свого чоловіка? Думаю, я просто була страшенно молодою. Насправді, коли я повернулась, усе закінчилося тим, що в нього знову з'явилася жінка. Я сказала: «Я йду. Це кінець». Треба було тоді піти, але я залишилась. Наступні три або чотири роки я була хворим цуценям. Я швидко втомлювалась. Моя старша п'ятирічна дитина мала допомагати з молодшими, тому що я постійно хотіла спати.

— Що в цей період робив ваш чоловік? Які у вас були відносини?

— Я завжди йому поступалася. Він агресивна людина, і він мене пригнічував. Він фізично мене гнітив. Він ніколи мене не бив, але кричав на мене й погрожував, він був дуже злим. Також він багато пив. Одного разу він принизив мене перед дітьми, що було зовсім не добре. Він стояв прямо переді мною й лаяв мене. Я була мовчазною жертвою, а він — неймовірним маніпулятором. Усе й завжди було моєю провиною. Я завжди почувалася в небезпеці. Іноді я повірити не могла, як він міг повернути все так, що це виглядало як моя провина.

— Чи припускав хто-небудь зв'язок між вашими стресами та вашою хворобою?

— Ні. Ніхто з лікарів ніколи цього не озвучував. Але в Майо було цікаве опитування. Вони спитали: «Чи в цьому році трапилось або відбувається щось

важливе?» Пам'ятаю, що прочитала це питання й замислилась. Господи, уперше хтось цікавиться тим, що коїться в моєму житті. Це мене вразило.

Медицина вважає ЗЗК «ідіопатичними», тобто захворюваннями невідомого походження. Деяку роль грає спадковість, але не головну. Приблизно 10 або 15 % пацієнтів мають сімейну історію ЗЗК. Оцінка ризику складає від 2 до 10 %, якщо таке захворювання є в близького родича^[1]. Часто люди інтуїтивно відчують, що між їхніми ЗЗК та життєвими стресами є зв'язок, як це відчувала Марта щодо своєї кровотечі. Насправді, дослідження показують, що «більшість людей із запальними хворобами ШКТ вважають стрес головною причиною своєї хвороби»^[2].

Найближчим стресом Марти за рік до візиту до клініки Майо став від'їзд двох її старших доньок до університету до Каліфорнії. Раніше вона покладалася на їхню емоційну підтримку. Її чоловік і далі емоційно пригнічував її, а пияцтво змінили азартні ігри. Коли доньки поїхали, операція стала невідворотною. Пізніше, завдяки психологічному консультуванню, Марта зрозуміла, наскільки емоційно нерозвиненою та залежною вона була.

П'ятдесятидворічний Тім, у якого виразковий коліт, визнає в собі нав'язливу потребу когось задовольняти. «Я витратив багато часу, намагаючись догодити комусь та справити на когось враження, радше ніж прислухатися до себе». Він має двох старших братів. Ніхто із сім'ї не знайшов себе в професії й не досяг успіху. Один із них лише нещодавно, після п'ятдесяти років, одружився. Мати дуже критикувала братів Тіма, а він докладав зусиль, щоб уникнути засудження.

«Я відчував себе ідеальним сином — дружина, будинок із парканом і троє дітей. Може, у якомусь сенсі я намагався задовольнити маму, не усвідомлюючи цього». Дослідження пацієнтів із виразковим колітом, проведене в 1955 році, виявило, що «матері пацієнтів із колітом були такими, що все контролювали, і мали схильність до ролі мучениць»^[3]. Ніхто не приймає свідомого рішення бути мучеником для своїх дітей або все контролювати. Тобто, не засуджуючи нікого, можна стверджувати, що в таких випадках дитина приймає на себе відповідальність за емоційні страждання матері.

Тім схильний занурюватись у деталі. «У нього все в ідеальному порядку, — каже його дружина Ненсі. — Мене дратує, коли він весь час питає: “Де твій розклад на цей день? Не забувай про те й те”». Дослідження 1955 року, у якому взяли участь понад сімсот пацієнтів із виразковим колітом, показало, що велика частина таких пацієнтів «мали obsesивно-компульсивні риси, до яких належать акуратність, пунктуальність та сумлінність. Разом із цими рисами часто присутні уникнення афективності (вираження емоцій), надмірна

інтелектуалізація, суворе ставлення до принципів моралі та стандартів поведінки... Схожі риси особистості описують і пацієнтів із хворобою Крона»^[4].

Тім каже, що дуже критично ставиться до себе й інших — і за це він також себе засуджує. «Я перфекціоніст, тож думаю, у мене немає природного людського співчуття. Я, ймовірно, холодний. За п'ятнадцять років я ніколи не пропускав роботи, навіть тоді, коли від дванадцяти до п'ятнадцяти разів на день бігав до туалету із кровотечею. Мій співробітник учора взяв вихідний — помер його собака. Я не второпав: “Його немає, тому що помер його собака? Це ж просто собака. Чому він не може прийти на роботу?” Дехто з працівників спитав: “У вас ніколи не було собаки? Чи немає серця?” А я просто не міг зрозуміти».

Доктор Дуглас Дроссман — визнаний у світі гастроентеролог, професор медицини та психіатрії в університеті Північної Кароліни в Чапел-Гілл, а також помічник редактора журналу «Гастроентерологія», офіційного журналу Американської гастроентерологічної асоціації. Він — один із головних захисників точки зору, що кишкові захворювання — це прояв не тільки фізіологічних проблем, а й наслідок стресового життя. У 1998 році він написав основоположну статтю на цю тему. «Спираючись на медичні звіти, оцінки наявних матеріалів досліджень та клінічного досвіду, я вважаю, що є принаймні непрямі докази того, що психологічні чинники впливають на вразливість до захворювання та його розвиток. Найімовірніший механізм цього впливу — це психоімуннологічні шляхи»^[5].

ЗЗК — це результат порушеної імунної активності в кишківнику. Окрім функції перетравлювання та всмоктування поживних речовин, він слугує одним з основних бар'єрів для інфекцій. Усе, що потрапляє в кишківник, просто проходить уздовж нього й повертається назовні. Тільки проникнувши крізь стінку кишки речовини та організми можуть дійсно потрапити в організм. Оскільки ця захисна функція кишкової тканини дуже важлива для здоров'я всього організму, вона рясно оздоблена захисними клітинами місцевої імунної системи, яка так само узгоджує свою роботу з загальним імунітетом організму.

Запалення — це геніальний винахід організму, що служить для того, щоби відокремити та знищити ворожі організми та шкідливі частинки. Для цього в тканині трапляється опухання та наплив цілої низки імунних клітин та антитіл. Для посилення захисту, стінка, або слизова оболонка кишківника знаходиться «у постійному стані контрольованого або диригованого запалення»^[6]. Це нормальний стан здорової людини.

Потужні захисні сили імунітету мають бути добре врегульовані і працювати в такому балансі, щоби мати змогу виконувати свої поліцейські функції без нанесення шкоди ніжним тканинам, які вони мають захищати. Деякі речовини спричиняють запалення, інші пригнічують його. Якщо баланс порушений, може початись захворювання. Зменшення здібності кишківника ініціювати реакцію запалення дає змогу потрапляти в організм інфекціям, що загрожують життю. Основне порушення при запальних хворобах ШКТ — це якраз дисбаланс цих, як їх назвали в одній статті, «прозапальних та антизапальних молекул» у слизовій оболонці кишківника. Через посередництво нервової системи та імунітету, тобто через суперсистему психонейроімунітету, емоційні зміни можуть схилити баланс у бік запалення. Як зазначили канадські дослідники, «більшість, якщо не всі, аспекти фізіології кишківника можуть регулювати нейроімунні чинники»^[7].

Нервова система глибоко пов'язана з емоціями. З іншого боку, вона дуже активно задіяна у формуванні імунних реакцій та запалень. Для посилення або пригнічення запалення слугують білкові молекули нейропептиди, які виробляються нервовими клітинами. Ці молекули у великій концентрації знаходяться на ділянках кишківника, які найчастіше піддаються ЗЗК. Вони беруть участь і в місцевих імунних реакціях, і в реакції організму на стрес. Наприклад, такий нейропептид як *речовина Р* є потужним стимулятором запалення, оскільки він змушує імунні клітини виділяти запальні хімічні речовини — гістамін, простагландин та багато інших. У кишківнику імунні клітини тісно пов'язані з нервовими клітинами. Моделі емоційної поведінки при хронічному стресі можуть спричинити запальне захворювання кишківника через посередництво психонейроімунної суперсистеми та завдяки активації прозапальних молекул.

Кишківник, або травний канал — це значно більше, ніж просто орган травлення. Це чуттєвий апарат зі своєю власною нервовою системою, яка тісно пов'язана з емоційними центрами мозку. Кожна людина інтуїтивно розуміє вислів «нутроці перегортаються», який описує емоційно стресову ситуацію. Багато з нас пам'ятають, як у нас «болів животик», коли було тривожно та страшно. Приємні та неприємні відчуття в животі — це частина нормальної реакції організму на зовнішній світ, вони допомагають нам зрозуміти, що відбувається навколо, чи ми в безпеці, або нам щось загрожує. Нудота, біль або тепле, заспокійливе відчуття в животі орієнтують нас і допомагають усвідомити значення подій у нашому житті.

Кишківник виділяє свої власні нейротрансмітери та знаходиться під впливом загальної гормональної системи організму. До того ж, важлива частина захисного бар'єру для шкідливих речовин створюється саме в кишківнику,

який грає велику роль в імунному захисті. Процеси в ньому — невід’ємна частина психологічної оцінки зовнішніх стимулів та реагування на них, які відбувається щомиті. Здатність кишкової тканини підтримувати свою цілісність дуже залежить від психологічних чинників, і протидія запаленню та навіть онкологічним змінам також піддається впливу емоційного стресу. Один із видів мавп Нового Світу, едипові тамарини, хворіють на виразковий коліт та рак товстої кишки, якщо їх саджати в клітки^[8]. Італійське дослідження 1999 року показало, що при виразковому коліті «довготривалий стрес, який переживає пацієнт, на місяці та роки підвищує ризик загострення»^[9].

Канадський гастроентеролог із Калгарі доктор Ноель Гершфілд, чий лист свого часу викликав мій інтерес до психонейроімунології, опублікував у Канадському журналі гастроентерології свою статтю. Він повідомив, що в клінічних випробуваннях ліків проти запальних хвороб ШКТ було майже 60 % випадків відповіді на плацебо; також в інших випробуваннях, що порівнювали дію наркотичних ліків із плацебо, ефект плацебо постійно спостерігали на рівні 55 %. Показник 55 % був таким самим і у випробуваннях антидепресантів. Це явище отримало назву «правило 55-ти відсотків».

Здебільшого люди вважають ефект плацебо просто уявою, доказом переваги «духу над матерією». Але ефект плацебо — це цілком фізіологічне явище, хоча воно починається з думки або емоції. Саме активація неврологічних та хімічних процесів організму долає симптоми та сприяє зціленню.

Доктор Гершфілд запропонував дослідити, що відрізняє людей, яким допомагає плацебо. «Які вони? У якому оточенні вони живуть? Чи були в їхньому минулому якісь події, пов’язані з такою реакцією? Яке життя вони ведуть? Чи задоволені вони своїм дитинством, вихованням, шлюбом, відносинами із суспільством?» Лікарі зрідка ставлять такі питання своїм пацієнтам, як тим, які одужують, так і тим, які гірше піддаються лікуванню. Однак, коли такі питання ставлять, відповіді зазвичай однаково показові. Стаття доктора Гершфілда закінчується логічним висновком, який із погляду сучасної медицини може виглядати радикальним: «Можливо, ми маємо включити в навчальні матеріали для наших колег та співробітників також і психологічні аспекти захворювань, психодинаміку одужання та біохімію зцілення, а також навчати їх того, що хвороби людства не можна зцілити ще однією ендоскопією, біопсією або іншою високотехнічною процедурою, які тільки підтверджують діагноз, але не лікують»^[10].

Перший та єдиний напад гострого виразкового коліту мого друга Тібора стався тоді, коли він переживав «шалене відчуття безпомічності, страху та поганих передчуттів». Йому було трохи за двадцять, і після смерті батька він несподівано опинився в ситуації, коли мусив підтримувати матір і піклуватися

про молодшу сестру. У його матері було погане здоров'я, її звільнили з роботи, і шанси отримати іншу роботу були невеликі. «Я не знав, чи зможу я колись жити своїм життям», — пригадує Тібор. З лихоманкою та кровотечею товстої кишки він потрапив до лікарні.

«Вони дали мені стероїд. Я був у лікарні три тижні, але щойно почалося лікування, мені вже стало значно краще, і я почав із задоволенням спілкуватись із медсестрами. Це було ще до скорочень у лікарнях, і медсестри мали час на пацієнтів. Лікарі лякали мене тим, що може трапитися зі мною в довготривалій перспективі: хвороба, рак, що завгодно. Я сказав: “Я не дам цьому статися зі мною”. Я почав шукати інформацію на цю тему і прочитав, що виразковий коліт може мати психологічні причини, і що на нього впливає стрес. Я знайшов книжку з техніками релаксації. Я лежав і виконував інструкції — ну, ви знаєте, розслабте пальці ніг, розслабте ноги, розслабте все тіло.

Я недовго вживав ліки — тільки в лікарні. Вони говорили мені, щоби я сидів на такій чи ській дієті. Я подумав: не буду так жити. Чого б це не вартувало, я вирішив, що контролюватиму ситуацію. Ще я вирішив, що не дам зовнішнім стресам мене подолати, і свідомо робив усе, що міг, щоби зменшити стрес у своєму житті. Й ось уже тридцять років, як у мене не було нічого серйознішого за незначну діарею та невелику кровотечу. Я не потребую ліків або медичної допомоги».

Це не означає, що я пропоную лікувати ЗЗК розслабленням пальців ніг. Але в досвіді мого друга дуже важливим є те, що він прийняв негайне рішення взяти на себе відповідальність.

Як вказує доктор Гершфілд, остаточно розв'язати проблему запального захворювання кишківника можуть не сучасні технології або чарівна пігулка, а підтримка здатності пацієнта зцілюватись. 55-відсоткове рішення.

Це все в неї в голові

Здається, Патрісія розгнівалася досить нещодавно. «Я зла на цих лікарів. Вони ставляться до мене поблажливо. Вони дивляться на мене зверхньо. Мені в обличчя сказали, що я симулюю. Мені сказали, що я маю припинити шукати другу медичну думку. Мені сказали, що я не відчуваю болю».

Патрісія працює продавчиною. У 1991 році, коли їй було двадцять вісім, їй видалили жовчний міхур, але вона досі відчуває біль у животі. «Мені сказали, у мене фантомний біль у жовчному міхурі. У мене знову виникав біль, ніби мене накачали повітрям. Біль посилювався, потім мене нудило, у мене була блювота, і на деякий час мені легшало. Я йшла до лікарні. Вони мене ігнорували або казали “У вас немає жовчного, тож у вас не може бути таких симптомів”. А потім у мене з’явилася чутливість до деяких продуктів, і почастишала діарея».

Після багатьох візитів до лікарів та аналізів Патрісії поставили діагноз синдрому подразненого кишечника (СПК). У медичній термінології такі хвороби називаються *функціональними* розладами. *Функціональний* — це такий розлад, симптоми якого неможливо пояснити жодними анатомічними, патологічними та біохімічними порушеннями або інфекцією. Лікарі, стикаючись із такими пацієнтами, звикли заковувати очі вгору, оскільки *функціональний* — це медичний вислів, що означає «це все в голові». І в цьому є правда. Частково переживання пацієнта насправді в його мозку, але не в тому принизливому сенсі, на який натякає фраза «це все в голові».

Історія хвороби та досвід перебування в лікарнях Фіони разюче нагадує історію Патрісії. У 1989 році вона також перенесла операцію на жовчному міхурі, але вона не припинила болю в животі.

— Ці болі в мене з того самого часу. Це просто неймовірний різкий біль; вони зробили всі аналізи, які тільки могли вигадати, але нічого не знайшли. Тоді поставили діагноз СПК. У мене немає діареї або закрепів, тільки біль. Біль ось тут, зверху.

— Строго кажучи, це не СПК, — зазначаю я.

— Це те, що мені весь час кажуть. Спочатку мені сказали, що це спастичний біль товстої кишки, а потім назвали це СПК. Цей діагноз поставив лікар із Торонто. У мене був шлунковий зонд, потім рентген із барієвим контрастом, і вони виписали мені купу ліків. Вони спробували три або чотири види ліків від цього болю. Але пігулки ніколи мені не допомагали.

Іноді кілька місяців у мене немає нападів, а потім приходить день, коли він трапляється. Іноді він триває кілька хвилин, а бувають просто божевільні напади по кілька годин. Це гострий, сильний, спазматичний біль. У мене перехоплює подих — це неймовірний біль. Зараз поганий період. Бувають напади, які тривають годину, але вона здається мені роком.

Коли я була в Торонто, вони не знали, що зі мною. Вони поклали мене в лікарню й підключили до крапельниці з демеролом, тож щоразу, як у мене був напад, я могла самотійно вводити собі ліки. Деякі медсестри казали мені, що для мене це спосіб привернути увагу та отримати більше наркотиків, бо я на них підсіла. Я відповідала: «Тоді припиніть їх мені давати. Усе, що вони - роблять — це змушують мене заснути, більше вони ніяк не допомагають із болем». Ненавиджу персонал у цій лікарні.

Хоча біль у животі — це яскрава ознака СПК, але згідно із сучасним визначенням, одного болю недостатньо для того, щоби поставити цей діагноз. Вважають, що людина має СПК, якщо разом із болем у неї є порушення функції кишечника, такі як діарея або закреп, при відсутності інших патологій^[1]. Симптоми в різних людей можуть змінюватись, і навіть у однієї людини є різні періоди. Порушення Патрісії, наприклад, абсолютно безсистемні.

— Вони змінюються від діареї до закрепу. Між ними — нічого. Я можу кілька днів не ходити до туалету, а потім йду — і це діарея. Буває по кілька разів на день, а буває я сиджу в туалеті три години поспіль. Єдина постійна річ — це те, що немає ніякої постійності. Іноді це як вибух, а іноді — ні.

Часто, хоча й не обов'язково, є й інші симптоми. Пацієнти зі СПК нерідко описують своє випорожнення як «шкарубке», або «як дріб», або навпаки, водянисте чи надто м'яке. Вони можуть сильно тужитись, але відчувати, що не випорожнили кишечник до кінця. Вони часто зазначають слиз у калі. Поширене також відчуття здуття або розпирання живота.

Синдром подразненого кишечника вражає майже 17 % населення індустріальних країн і є найчастішою причиною звернення до гастроентеролога. Цікаво те, що здебільшого пацієнти із симптомами, яких було б достатньо для цього діагнозу, зовсім не звертаються до лікаря.

Стійке неприйняття невизначеності, властиве медичній професії, неймовірно ускладнює життя таких пацієнтів як Фіона та Патрісія. Ми очікуємо, що пацієнт опише симптоми, які чітко вписуються в певну категорію та приводять до недвозначних висновків. Як пише гастроентеролог Дуглас Дроссман: «Сорок років тому медична соціологиня Рене Фокс зазначила, що найважчим етапом для студентів-медиків є прийняття невизначеності, яка властива медичній практиці. Але біологічна модель створює невизначеність для всіх поширених порушень, які не описані в медичній літературі як основні захворювання»^[2]. Ця

невизначеність — наслідок нашої недовіри до розповіді пацієнта, якщо ми не можемо узгодити її з чіткими даними обстежень, сканувань, рентгенів, аналізів крові, зондів, біопсій та результатів електродіагностики. У таких випадках пацієнт може відчувати, що лікарі не визнають його симптоми. Ще гірше, його можуть звинувачувати в тому, що він маніпулятивний, невротичний, намагається отримати наркотики або просто «прагне привернути до себе увагу». Пацієнти зі СПК, а також із синдромом хронічної втоми та фіброміалгією часто опиняються в подібній ситуації.

Магда, яка сама є терапевткою, визнає за краще не звертатися до лікарні зі своїм сильним болем у животі. Їй також поставили діагноз синдрому подразненого кишечника. «Найчастіше в мене були біль та здуття. Ніхто не міг визначити, що зі мною не так, тож ми назвали це СПК. Я зробила колоноскопію та всі можливі дослідження. Але нічого більше не виявили. Думаю, можна назвати це винятковим діагнозом.

Майже не було дня, коли в мене не болів живіт. Іноді я просто лежала на підлозі у своєму кабінеті, тримала грілку та гадала, як мені пережити цей день, а потім як сісти за кермо та доїхати додому. Це був дуже частий і неймовірно сильний біль. Я відчувала його 80–90 % часу. Не було жодного дня, коли в першій половині дня в мене не з'являвся біль у животі, і це тривало роками! Впевнена, що багато разів я опинялася б у лікарні невідкладної допомоги, настільки сильний був цей біль. Але я намагалася триматися подалі від таких місць, бо я знаю, що там коїться. Я не вірила, що мені там хтось допоможе. Тож я туди й не йшла, але не тому, що біль був недостатньо сильний».

Якщо біль при СПК не вважають результатом невротичної уяви пацієнта, причиною його, як і будь-якого невизначеного болю в животі, донедавна визнавали некоординовані скорочення в кишечнику. Звідси така фраза як *спазми товстої кишки*. Наразі доведено, що розлади при таких болях не локалізуються виключно в кишечнику. Ключове питання в тому, як нервова система сприймає, оцінює та інтерпретує біль.

Кілька досліджень привели до нового розуміння болю в животі. Особливу цінність несуть електричні дослідження мозку та його комп'ютерне сканування. Коли ділянки кишечника штучно розтягують, реакція мозку пацієнтів із функціональними болями в животі дуже відрізняється від тієї, яка є в людей, що не скаржаться на біль^[3].

Біль від розтягування можна також дослідити, помістивши в кишечник ендоскоп, а потім надувши кульку, прикріплену до трубки. У таких дослідження групи пацієнтів із функціональними розладами постійно повідомляють про надчутливість до розтягування. Вони кажуть, що біль при цій процедурі схожа на той біль, який вони зазвичай відчують. Одне дослідження порівняло ефект

від надування кульки в пацієнтів зі СПК та в контрольній групі. «Надування кульки до об'єму 60 мл спричиняло біль у 6 % учасників контрольної групи та у 55 % пацієнтів зі СПК... Розрахункове напруження стінки кишківника при різних об'ємах в обох групах було однаковим. *Але біль від напруження стінки в групі пацієнтів зі СПК був майже в десять разів сильнішим*»^[4].

Схожі результати спостерігали по всьому травному тракту, від стравоходу до тонкої кишки. Тобто це означає, що при функціональному болю в животі фізіологічні дані з кишківника і шлунку передаються нервовою системою та сприймаються мозком інакше. «З'явилася нова сфера досліджень щодо пацієнтів із такими розладами, — пише доктор Дроссман. — Після десятиліть досліджень фізіології органів травлення пацієнтів зі СПК та її відхилень від нормальної ми почали бачити відмінності у фізіології мозку».

Обстеження, відоме як позитрон-емісійна томографія (ПЕТ), вимірює активність ділянок мозку, відстежуючи зміну кровотоку. ПЕТ визначає ділянку мозку, яка реагує, коли піддослідним розтягують кишківник. На відміну від контрольної групи, у пацієнтів зі СПК при розтягуванні кишківника, навіть при передчутті цієї процедури, активувалася префронтальна кора — ділянка, яка в нормі не активується^[5].

У префронтальній корі зберігаються емоційні спогади. Вона інтерпретує теперішні стимули через призму минулих подій, які могли трапитись іще в грудному віці. Активація цієї ділянки мозку означає, що відбувається щось емоційно важливе. У людей, які переживають хронічний стрес, префронтальна кора та пов'язані з нею структури залишаються в стані підвищеної пильності, в очікуванні небезпеки. Активація префронтальної кори — це несвідоме рішення індивідуума, а ймовірніше, результат автоматичного збудження нейронних ланцюгів, створених у минулому.

В іншому дослідженні виявилось, що в пацієнтів зі СПК амплітуди мозкових хвиль, викликаних звуковими стимулами, вищі, ніж у контрольної групи, що знову свідчить про підвищену фізіологічну пильність^[6].

Що є причиною такої різниці в реакції нервової системи? Відповідь можна отримати, подивившись не тільки на організм людини, а й на її життя. В історіях життя людей із захворюваннями кишківника, особливо зі СПК та іншими функціональними розладами, спостерігається багато випадків насильства.

У 1990 році в дослідженні, проведеному в гастроентерологічній клініці медичної школи Північної Кароліни, 44 % жінок повідомили про певні види сексуального або фізичного насильства. «Жінки, що пережили насильство, мали вчетверо більший ризик болю в зоні тазу, удвічі або втричі частіші випадки не кишкових симптомів (головний біль, біль у спині, втомленість), а

також більше серйозних операцій»^[7]. У пізнішому дослідженні в тій самій клініці дві третини опитуваних жінок розповіли про пережите сексуальне, фізичне, або обидва види насильства. І знову ж таки, пацієнти, що пережили насильство, частіше мали операції, такі як видалення жовчного міхура, гістеректомія та лапаротомія. Також у них було «більше болю, симптомів, не пов'язаних із гастроентерологією, поганих недієздатних днів, психологічного дистресу та функціональної недієздатності в порівнянні з тими, хто не пережив сексуального насильства»^[8].

Очевидно, що пряма фізична травма — сильна контузія або пошкодження нерву — може спричинити фізіологічне порушення нервової системи. А як на сприйняття болю впливає психологічна травма?

Нервова система кишківника має близько сто мільйонів нервових клітин — лише тільки в тонкій кишці їх стільки ж, скільки у всьому спинному мозку^[9]! Ці нерви роблять більше, ніж координують травлення, всмоктування та абсорбцію їжі, а також видаляють відходи — вони також є частиною нашого сенсорного апарату. Кишківник реагує на емоційні стимули скороченням м'язів, зміною кровотоку та виділенням багатьох біологічно активних речовин. Така взаємодія між мозком та травним трактом необхідна для виживання. Наприклад, може виникнути необхідність за мить відвернути великий об'єм крові від кишківника та спрямувати його до серця та м'язів кінцівок.

З іншого боку, кишківник рясно оточений сенсорними нейронами, що несуть інформацію до мозку. Всупереч думкам, які переважали донедавна, кількість нервових волокон, що піднімаються від кишківника до мозку, набагато перевищує кількість тих, що спускається від мозку до кишківника^[10].

Мозок передає кишківнику дані від органів чуттів — очей, вух, шкіри — або, точніше, до кишківника передається *інтерпретація* цих даних емоційними центрами мозку. Фізіологічні події в кишківнику, спричинені цими даними, посилюють емоційну інтерпретацію. Сигнали, що надходять від кишківника до мозку, викликають внутрішнє, «шосте чуття», яке ми можемо сприймати вже свідомо. Якби ми втратили зв'язок із цим «шостим чуттям», світ став би для нас небезпечнішим.

Очевидно, якби ми відчували всі мікроподії в організмі, життя було б нестерпним. Дихання, травлення, кровотік до органів та кінцівок та міриади інших функцій мають здійснюватися без втручання у свідомість. Повинен бути певний поріг, нижче якого мозок не реєструє відчуттів, і стимули сприймаються як незначні, і вище якого мозок збуджується, сприймаючи потенційну загрозу ззовні або зсередини. Іншими словами, має бути добре калібрований термостат для болю та інших відчуттів.

Коли подій, що «перевертають нутрощі», надто багато, неврологічний апарат може стати надмірно чутливим. Так, у спинному мозку через перенесену психологічну травму змінюється передача сигналів болю від кишківника до головного мозку. Дотичні до цього процесу нерви збуджуються від слабших стимулів. Що сильніша травма, то нижчий поріг чутливості. Нормальний для інших об'єм газів у кишківнику та нормальний рівень напруги його стінок у гіперчутливої людини буде спричиняти біль.

Водночас, префронтальні ділянки кори головного мозку будуть у стані підвищеної пильності, реагуючи дистресом на нормальні фізіологічні процеси. Крім підвищеного відчуття болю, пацієнти зі СПК повідомляють про вищий рівень тривожності, збудженості та втоми, ніж здорові люди. Під час емоційного стресу активність кори мозку посилює сприйняття дистресу.

Доктор Лін Чанг — помічник професора Медичного центру Університету Каліфорнії в Лос-Анджелесі та один із директорів Програми дослідження нейроентеричних захворювань студентської організації UCLA/CURE. Він підсумував сучасне розуміння синдрому подразненого кишківника так: «Розвиток СПК спричиняють як зовнішні, так і внутрішні стресори. До зовнішніх стресорів належить насильство в дитинстві та інші патологічні стреси, які змінюють механізм реагування на стрес та роблять індивідуума схильним до розвитку СПК. Пізніше на розвиток та загострення СПК впливають такі чинники як інфекції, операції, антибіотики та психологічні стреси»^[11].

Безумовно, стрес може спричинити скорочення м'язів кишківника. Жінки, що пережили сексуальне насильство, наприклад, більш схильні до закрепів, тому що їхні м'язи тазового дна хронічно напружені, що спричиняє труднощі з їх розслабленням при дефекації. І навпаки, як іноді трапляється з дуже сильно наляканими людьми, стрес може спричинити неконтрольований рух товстої кишки. Це було наочно продемонстровано одним майбутнім лікарем, який мимоволі став піддослідним кроликом у експерименті: «Під час сигмоїдоскопії, яку добровільно проходив студент-медик четвертого курсу, дослідники спричиняли в нього паніку, повідомивши, що, можливо, знайшли в нього рак. Це призвело до підвищення напруженості, або “спазму” кишківника, який продовжувався, допоки обман не розкрили. Такі дослідження підтверджують, що стрес впливає на функцію товстої кишки як у здорових людей, так і в пацієнтів»^[12].

Те, що виявили щодо СПК, стосується також і інших захворювань кишківника. На додаток до СПК, Патрісія страждає на печію, яка, очевидно, не піддається медичному поясненню. Вона розповідає про це з прикрістю: «Я маю ці містичні шлунково-кишкові проблеми, але ніколи не мала діагнозу. У мене

печія та відчуття кислоти від абсолютно прісної їжі. Мені довелося виключити зі свого раціону всі продукти, що мають хоч якийсь присмак.

Я й далі роблю аналізи, але мені завжди говорять, що в мене все добре... Хоча, треба зазначити, один аналіз дійсно виявив деяке порушення, але вони кажуть, воно зовсім не відповідає тому, наскільки погано я почуваюся. Вони просувають цю штуку через ніс до стравоходу та вимірюють кількість кислоти. Там дійсно була невеличка кількість кислоти, але не настільки, щоби спричиняти такий біль.

Три або чотири роки я приймала пантолок. За шість тижнів він мав повністю прибрати кислоту. Ще я щодня приймаю діовол та гавіскон. У мене й досі є симптоми печії, але лікарі нічого не знаходять».

Медична назва неприємного хронічного потрапляння кислоти зі шлунку до стравоходу — гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). У 1992 році проводилися дослідження зв'язку між рефлюксом та стресом у пацієнтів із ГЕРХ. Хоча стресові стимули значно підвищували відчуття спричиненої рефлюксом печії, об'єктивний рівень кислоти був однаковим, незалежно від якості стимулу. Іншими словами, стрес знижує больовий поріг^[13].

Не знайомий із нейрофізіологією та психологією болю гастроентеролог, подивившись через ендоскоп на нижню частину стравоходу Патрісії, може з чистою совістю заявити, що кислотний рефлюкс не відповідає рівню болі, який вона відчуває. А Патрісія, абсолютно зрозуміло, буде обурена таким, на її думку, жорстоким ігноруванням проблеми, яка щодня не дає їй нормально жити.

Це не означає, що люди з ГЕРХ не можуть мати рефлюкс частіше за інших. Ймовірно, вони його мають, і знову ж таки, це проблема шлунку та мозку. Дослідники порівняли здорових людей та пацієнтів із печією і виявили, що низьке напруження нижнього стравохідного сфінктеру частіше зустрічається в пацієнтів із ГЕРХ. Знижена функція сфінктера дозволяє кислоті частіше потрапляти в стравохід^[14].

Як розум і мозок можуть впливати на печію? Це відбувається за допомогою блукаючого нерву, який відповідає й за тонус м'язів нижнього стравохідного сфінктера. Так само, активність блукаючого нерву залежить від гіпоталамусу. А гіпоталамус, як ми бачили, отримує сигнали від чутливих до стресу емоційних центрів кори головного мозку. Так, при ГЕРХ низький больових поріг поєднується з надто розслабленим сфінктером — явищами, які можуть бути пов'язані зі стресом.

Усі три жінки, які давали інтерв'ю для цієї книжки, описали схожий біль, але лише в Патрісії сукупність симптомів дала змогу поставити їй діагноз СПК. На відміну від більшості пацієнтів у дослідженнях із Північної Кароліни, жодна з

них не пережила сексуального або фізичного насильства ні в дитинстві, ні в дорослому віці. Як же тоді пояснити їхній знижений больовий поріг?

Зниження калібрування больового «термостату» нервової системи не обов'язково спричиняє насильство; для того, щоби знизити поріг чутливості та спричинити підвищену тривожність, достатньо хронічного стресу. Хоча основне джерело таких стресів — це насильство, у житті дитини, що росте й розвивається, є й інші потенційні стреси, менш помітні, але однаково шкідливі. Такі порушення є в багатьох родинах, де дітей люблять і не припускають навіть думки про те, щоби їм нашкодити. Переживання, які впливають на сприйняття болю та функціонування кишківника можуть статися із дітьми, які не піддавалися насильству в будь-якому сенсі цього слова, і навіть відчували, що їх люблять та захищають.

Найближчим стресором, дотичним до сильного болю в животі в Магди, була її ситуація на роботі. У той час вона працювала в Нью-Йоркській лікарні. Директор її лабораторії нещодавно звільнився, і Магда опинилася в нелегкій ситуації. «Нова директорка із самого початку точила на мене зуб. Оглядаючись назад, я гадаю, вона з першого дня шукала спосіб позбутися мене. Це була страшенно неприємна, напружена, гидка ситуація, коли любиш свою роботу, але ненавидиш оточення.

Я працювала неймовірно багато. О сьомій я вже була в офісі. Додому я зазвичай принципово йшла вчасно, о четвертій, якщо не було якоїсь зустрічі, що траплялося досить часто. Я ніколи не робила перерви на обід. Я не відпочивала в робочий час. Я брала роботу додому, працювала у вихідні. Я ніколи не замислювалася над цим усім, але тривалі понаднормові робочі години супроводжувало величезне напруження, і брудна гра щодо мене, а також неймовірний страх — у моїй галузі не було іншої роботи — це була професія, що зникає. Я ніколи не хотіла працювати терапевткою загальної практики, і повертатися назад та проходити ще одну інтернатуру я теж не хотіла.

Навіть з усім цим болем у понеділок о сьомій я з'являлася на роботі й ніколи не робила помилок, ніколи. Я ніколи не брала лікарняний. Я не збиралася надавати їм приводу позбутися мене. Вони не мали до чого причепитись. Я не знала, що мені робити зі своїм життям. Я страшенно хотіла піти звідти, але не знала, куди».

Магда народилася після війни в таборі для переселенців зі Східної Європи. Її польські батьки пережили Голокост, і вона отримала вторинну травму як дитина тих, хто вижив. Вона завжди несла в собі важкий тягар провини та відповідальності за страждання своїх батьків і за труднощі, які їх спіткали потім. Її рішення піти в медицину не було її справжнім внутрішнім бажанням.

Воно виходило зі сприйняття потреб та очікувань її батьків і бажанням позбавити їх тривоги за її майбутнє.

— Якщо подивитися на мої природні здібності — я дуже вправна в мовах і вмію гарно все пояснювати. Якби я сама обирала, я ніколи не пішла б у медицину. Насправді я багато чого в ній ненавиджу, але мені довелося про це забути.

Більшість матеріалів курсу я ненавиділа. Я майже провалила анатомію. Це був абсолютний кошмар. Мені не давалися обчислення. Я не тямила у фізиці. У мене не такий тип мислення. Я ніколи не була успішною в клінічній практиці. Не знаю, чи почула я хоч раз діастолічний шум. У мене просто немає хисту до цього. Не думаю, що я можу намацати селезінку — я завжди вдавала, що можу. Усе це просто не моє — у мене не виходить добре, і схильності до цього немає.

Я вважала, що хочу бути лікаркою. Мої батьки ніколи не казали, що я повинна це робити або що я не повинна робити щось інше. Вони просто багато разів наголошували, як добре мати змогу допомагати людям, і що лікарі були потрібні навіть нацистам.

— Так, мені теж так казали. І про надійність також — оскільки свої вміння та знання завжди носиш із собою.

— Так, і ніхто не може їх забрати. Лікарі завжди потрібні, які б не були часи, що б не відбувалося. Ти можеш бути сам собі бос, і це так добре. Мої батьки промивали мені мозок із раннього дитинства. І потім я стала лаборантом, почала займатися дослідженнями, тобто я не була «нормальним» лікарем, яким уявляли мене батьки. Моя мати ніколи по-справжньому не розуміла, чим я займаюсь, і не була повністю задоволена. Моя робота для них — другосортна. Я не притуляю до пацієнта стетоскоп, не виписую ліків і не роблю всього того, що роблять справжні лікарі. Я просто дивлюся на предметне скло та зразки. Вона не каже цього мені в обличчя, але якоюсь мірою вона розчарована.

Зрозумівши, що звичайне медичне лікування їй не допоможе, Магда почала психотерапію. У ній почав здійснюватися пригнічений із раннього дитинства глибокий гнів на батьків.

— Я сама на коротку замкнула свій внутрішній гнів — гнів на батька, тому що він кричав, лаявся й сильно лякав мене, коли я була дитиною. Але ще більшою проблемою були мої стосунки з матір'ю. Я думала, що вони були чудові, і що ми були найкращими подругами — вона була моїм другом та підтримкою, моєю союзницею й тією, хто годинами слухав мене, коли я поверталася зі школи, тією, кого я вважала близькою, хто розумів мене і все таке. Знадобилося багато-багато сесій, щоби виявити, що насправді це були не зовсім хороші стосунки. З усім своїм бажанням мене захистити, вона мене послаблювала. Вона викликала в мене відчуття нездібності жити в суспільстві

й у мирі із собою, і вона не дала мені вирости та стати справжньою собою. Вона утримувала мене в дуже незрілому стані — з найкращими намірами.

І ще дещо — вона розповідала мені історії про Голокост. Іншим дітям розповідали чарівні казки, а мені — історії про Голокост... там було багато чого недоречного для мого віку.

— Ви відчуваєте, що дізнаватися про таке було для вас недоречно?

— У три або чотири роки, коли вона почала про це розповідати — так, це було недоречно. Я не знаю, скільки мені було років, але скільки я себе пам'ятаю, я завжди знала історію про те, як усю нашу сім'ю ледве не вбили через мене, коли ми перетинали польський кордон, як я плакала на руках у всіх, окрім мами, але я була важкою, і вона перечепилась і впала, і зронила мене в річку, і щоби не дати мені потонути, вони почали кликати по допомогу, і їх мало не вбили. А потім вона вивихнула плече, і з того часу воно так і не виправилося.

Вони ніколи не казали, що життя було б легше без дитини. Вони хотіли дитину, і вони любили мене. Але я все ще відчуваю, що була проблемою.

З огляду на пережиту травму та обставини її дитинства, ігнорування Магдою своїх бажань та намірів було майже неминучим. Цей вибір також зробив її небезпечно вразливою до стресу. Відчуття того, що вона в пастці на цій роботі, альтернативи якій вона не бачила, і з новою директоркою лабораторії, яка її ненавиділа, спрацювало спусковим механізмом її нестерпного болю в животі. І в цій ситуації в неї виходило відстоювати себе не більше, ніж у батьківському домі, коли вона була дитиною. Вона дійшла висновку, що походження її болю пов'язане з несвідомим пригніченням гніву.

Ми вже зазначали, що «шосте чуття» — це важлива частина сенсорного апарату, який допомагає нам оцінити оточення та зрозуміти, чи небезпечна ситуація. Воно посилює відчуття, які емоційні центри мозку вважають важливими та передають гіпоталамусу. Біль у животі — це сигнал, який тіло використовує, щоби надсилати повідомлення, які важко проігнорувати. Отже, біль може бути ще одним *шляхом сприйняття*. У фізіологічному сенсі, біль передає мозку інформацію, прямий шлях передачі якої ми заблокували. Це потужний вторинний спосіб сприйняття, який збуджує нас, коли перекриті первинні шляхи. Він постачає нам інформацію, яку ми, на наш ризик, ігноруємо.

Фіона, чий біль у животі спочатку приписували «спастичній товстій кишці», а потім — синдрому подразненого кишечника, мала не таке драматичне дитинство, як Магда. Однак у неї був дуже схожий хронічний страх того, що її не сприйматимуть такою, яка вона є.

— Зараз я насправді вважаю себе дорослою, і думаю, що тато як доросла людина, ніколи свідомо не судив мене за те, що я робила, але він завжди

критикував та оцінював мене. Коли мені було сімнадцять, я сказала подрузі в Калгарі, що в мене навіть немає путньої роботи, і я вже відчуваю, що моє резюме не порівняти з резюме моїх братів та сестер. З татом складалося враження, що ти не займаєшся тим, що любиш, а будуєш хороше резюме.

— Коли в дитинстві вам було погано, ви коли-небудь говорили про це батькам? — питаю я.

— Про фізичний біль — так. Про емоційний — ніколи. У мене завжди погано виходило про це говорити. Не знаю, чому. Думаю, що це просто надто особисте. Зараз мені це краще вдається. П'ять років тому я не говорила б про це з вами.

У той час основним стресом Фіони був її шлюб. Вона була у відносинах вісім років, мала двох дітей.

— Мій чоловік страждає від депресії та панічних атак. У нього бувають дуже погані періоди; він був таким, скільки я його знаю. Він чудова людина, і я його дуже люблю. Він має добре серце, але піклуватися про нього дуже важко. Я йому замість матері. У мене троє дітей — тридцятидев'ятирічна, шестирічна та дворічна.

— Ці проблеми ви усвідомлюєте. Чи може бути таке, що ваш біль відображає те, на що ви ще не звертали уваги? Можна дивитися на біль не як на проблему, а на «шосте чуття», яке свідчить про щось. Коли ви не звертаєте уваги на емоційні сигнали, тоді тіло каже «окей, ось тобі фізичні сигнали». Якщо ви й на них не звертаєте уваги, тоді у вас серйозні проблеми.

Через тиждень після цієї розмови Фіона зателефонувала мені знову. Вона дізналася, що у її чоловіка серйозна наркотична залежність, яку вона довго ігнорувала. Намагаючись триматися за наївну надію, що він кине наркотики, вона пригнічувала свою тривогу та гнів. Після нашої бесіди в неї з'явилися інші думки про цю ситуацію.

Патрісія, яка страждала від синдрому подразненого кишківника та печії, мала найважче з емоційної точки зору дитинство з усіх трьох героїнь цього розділу. Вона виросла з відчуттям не тільки того, що її не приймають такою, яка вона є, а й того, що вона насамперед не бажана.

— Я знаю, що мене не хотіли. Не пам'ятаю, коли я вперше це усвідомила — підлітком чи вже в дорослому віці. Я думала про те, що мені сказала мама, і зрозуміла, що деякі сигнали цього були вже давно, з дитинства. Просто я тоді їх не розуміла. Я лише пам'ятаю, що в такі моменти почувалася незручно. Вона завжди казала: «Знаєш, ти мабуть не з нашої сім'ї. Здається, нам дали не ту дитину». Вона казала це з усмішкою. Але люди часто вдають, ніби жартують, коли говорять серйозні речі.

Пацієнти зі СПК частіше за інших мають симптоми в інших частинах організму. Схильність до болю — наприклад, мігрені — проблема для багатьох пацієнтів зі СПК, і це не дивно, якщо враховувати концепцію підвищення чутливості нервової системи після переживання стресу. Як показує історія хвороби Патрісії, гіперчутливість до болю може поширитися на весь організм. На додаток до СПК та печії Патрісія страждає на інтерстиціальний цистит та фіброміалгію.

Північнокаролінське дослідження, яке показало, що більшість жінок зі СПК перенесли насильство, також виявило, що лише в 17 % випадків насильства лікар пацієнта знав про цю травматичну подію. Виключення життєвих історій пацієнтів із їхніх історій хвороб позбавляє медиків потужних інструментів зцілення. А також залишає їх вразливими до реклами найновіших фармакологічних див. Ось один із сумних прикладів «дивовижних нових ліків» від синдрому подразненого кишечника.

24 жовтня 2000 року в щотижневику The Medical Post, який читають багато канадських лікарів, з'явився оптимістичний заголовок: «Нові ліки позбавляють жінок синдрому подразненого кишечника». Стаття повідомляла, що новий препарат алосетрон «як доведено клінічними випробуваннями, є безпечним, добре переноситься і швидко й ефективно полегшує біль та відновлює нормальну функцію кишечника в жінок зі СПК, особливо у випадку варіанту з діареєю». У статті цитували авторитетного канадського фахівця, який підтримував препарат та висловлював надію, що його підтримають і інші. «Терапевти матимуть надійне лікування СПК... Пацієнти з СПК розчаровані через те, що ми не можемо пояснити причин виникнення симптомів. Деякі з пацієнтів не можуть полегшити свій стан».

Інший експерт, голова медичного факультету одного з канадських університетів, відлунив позитивні відгуки про новий препарат: «Це вражаючий прорив... Поки що нічого іншого для них нема. Інші ліки не працюють. Це те, чого ми чекали».

Через чотири місяці поважне щотижневє періодичне видання з препаратів та медикаментів The Medical Letter вже звітувало про те, що в алосетрона немає доведених переваг над стандартними засобами лікування. У тих пацієнтів, які відчували полегшення під час приймання препарату, через тиждень після припинення симптоми повернулися. The Medical Letter також зазначило, що в деяких жінок, що приймали препарат, з'явилися симптоми ішемічного коліту — потенційно катастрофічного захворювання, при якому через недостатнє постачання кисню до кишечника, спричинене звуженням судин, пошкоджується тканина кишечника.

У Сполучених Штатах алосетрон також був прийнятий із фанфарами. У лютому 2000 року його схвалили FDA — Управління із продовольства та медикаментів США. Але наприкінці листопада, лише через місяць після обнадійливої статті в журналі The Medical Post, FDA змусило виробника вилучити препарат. Ще більше жінок з ішемічним колітом потрапили в лікарні, і деякі з них потребували операції. Повідомлялося, що принаймні в одному випадку довелося видалити всю товсту кишку. Були повідомлення і про смертельні випадки.

Якщо препарат прописується при хронічній хворобі, такій як СПК, його зазвичай приймають упродовж місяців або років. Покладатися на новий препарат, чия безпека при довготривалому прийманні ще не доведена належними дослідженнями до його появи на полицях аптек, дуже ризиковано. Лікарям та пацієнтам не завжди необхідно вдаватися до медикаментозного лікування, коли є так багато доказів ефективності впливу на захворювання психологічних чинників. Обнадійливі результати досліджень показують, що навіть мінімальне психологічне втручання може бути корисним: «В одному контрольованому дослідженні когнітивно-поведінкової терапії для пацієнтів зі СПК вісім двогодинних сесій упродовж трьох місяців призвели до збільшення числа успішних когнітивних та поведінкових стратегій та одночасного зменшення числа скарг на порушення та біль у кишківнику. До того ж, обстеження через два роки після терапії показало збереження цього ефекту»^[15].

Нью-йоркська лаборантка Магда впоралася із сильним болем у кишківнику, відпрацьовуючи свій пригнічений гнів за допомогою психотерапії. Крім того, вона почала вивчати професію, яка більше відповідає її здібностям та уподобанням. «Час, коли я 80 % часу мучилася від болю, минув, — каже вона. — За останні два-три місяці мені навіть покращало. Нещодавно я вимила холодильник в офісі і знайшла склянку бентилолу [препарат проти спазмів у кишківнику]. Чесно кажучи, я не пам'ятаю, коли востаннє його приймала. Може, кілька місяців тому».

Фіона вирішила прислухатися до попереджень, які надсилав їй її кишківник. Коли стало очевидно, що її чоловік не кине наркотики, вона пішла від нього. З обома дітьми вона переїхала до іншого міста та подала на розлучення. Біль більше не повертається.

Я почну помирати згори

Хвороба Альцгеймера стає кошмаром покоління бебі-бумерів. Добробут та розвиток медицини призвели до того, що люди, які зараз досягають зрілого віку, житимуть довше, ніж будь-яка група людей цього віку в історії, і, відповідно, частіше стикатись із випадками деменції, ніж будь-яке з минулих поколінь. Передбачають, що за наступні пів століття кількість літніх людей у Канаді збільшиться на 50 %. У США від хвороби Альцгеймера щороку помирає близько сто тисяч людей, і, за оцінками, хворіють нею близько чотири мільйони. Якщо збережеться поточна тенденція, у 2050 році статистика передбачає приблизно п'ятнадцять мільйонів випадків хвороби Альцгеймера.

Захворювання, які призводять до деменції — буквально, втрати розуму — з віком стають частішими. З-поміж людей сімдесяти років страждають на хворобу Альцгеймера або інші форми деменції 3 %, по досягненню сімдесяти семи років ця частка зростає до 13 %. Фінансові витрати дуже великі, як і фізичне та емоційне навантаження на піклувальників. І як може здорова людина уявити собі страждання того, хто безпомічно спостерігає, як його пам'ять, інтелект, сама сутність розчиняються в хаосі, який зароджується? Поступово втрачається контроль над вираженням емоцій, мовленням та функціями організму, за якими, якщо хвороба розвивається стандартним шляхом, наступають параліч та смерть.

«Це найгірше, що може трапитись із розумною людиною, — каже один із пацієнтів. — Відчуваєш, як ти, твоє внутрішнє та зовнішнє “я”, розпадається». Цей пацієнт мав бесіду з Девідом Шенком, автором книжки про історію хвороби Альцгеймера «Забування».

Шенк також цитує Джонатана Свіфта. Цей ірландський письменник сімнадцятого століття, сатирик і гуморист був видатною людиною надзвичайного інтелекту, який в останні роки свого життя перетворився на інтелектуального ліліпута зі зникаючою пам'яттю та безладом у думках. «Я не пишу й не читаю, не згадую й не розмовляю», — скаржиться Свіфт у листі, написаному на початку хвороби. В іншому листі він каже, що «навіть чи можу написати десять рядків без грубих помилок, як ви бачите за кількістю перекреслень та помарок. На додачу, у мене не залишилось і кусня пам'яті».

Одним із найперших при хворобі Альцгеймера руйнується гіпокамп — центр сірої речовини мозку, що розташовується в скроневих ділянках за вухами. Гіпокамп активно задіяний у формуванні пам'яті, а також грає значну роль у

регуляції стресу. Добре відомо, що хронічно високий рівень гормону стресу кортизолу зменшує об'єм гіпокампу.

Чи можуть досвід раннього дитинства, емоційне пригнічення та довготривалий стрес підвищувати схильність до хвороби Альцгеймера? Це підтверджують і наукові дослідження, і вивчення історій життя людей із цією хворобою, як звичайних, так і відомих, таких як Свіфт або колишній президент США Рональд Рейган. Цікавий доказ того, що переживання раннього дитинства можуть грати критичну роль у виникненні деменції, впливає з експериментів на тваринах. У щурів, які зазнали ніжних та лагідних дотиків у дитинстві, у старості гіпокамп майже не зменшувався, і їхня здатність запам'ятовувати залишалася непошкодженою^[1]. Для порівняння, щури, яких не торкалися, у старості страждали від зменшення об'єму гіпокампу та більшої втрати пам'яті.

Широко відоме дослідження старіння та хвороби Альцгеймера за участю католицьких черниць виявило, що низький розвиток мовлення в ранньому дитинстві тісно пов'язаний із деменцією в старшому віці та ранньою смертю. Ретроспективно вивчили автобіографії групи молодих постуланток (кандидаток у черниці), написані кожною з них у перший рік у жіночому монастирі. Їхній середній вік на той час складав двадцять три роки. Понад шістдесят років по тому дослідники попросили дозволу подивитися на автобіографії кожної з черниць, тепер уже похилого віку, і провести обстеження їхнього психічного здоров'я та когнітивних здібностей. Крім того, кожна черниця у відповідь на прохання надала дозвіл на розтин після смерті. Виявилося, що ті черниці, у юначих спогадах яких була бідність ідей та менш жива та відверта мова, у похилому віці мали пропорційно більшу вірогідність хвороби Альцгеймера, що було підтверджено характерними змінами в мозку^[2].

Багатство або бідність мови визначається великою кількістю чинників, але найважливішим із них є якість емоційних відносин раннього дитинства. Автора «Мандрів Гуллівера» навряд чи можна назвати позбавленим лінгвістичних здібностей. Однак, якщо придивитися, життя і твори Джонатана Свіфта свідчать про бідність саме *пережитого* емоційного досвіду та *прямого* прояву емоцій. Його надзвичайний талент проявлявся переважно в інтелектуальних ідеях та різкому гуморі, такому сухому, що його жарти часто не розуміли менш інтелектуальні читачі. Як ми вже бачили із Гільдою Раднер, гумор часто буває стилем подолання проблем, який блокує свідомий емоційний біль, приховує гнів та надає можливість бути прийнятим іншими людьми.

Висновок про те, що Свіфта переповнювали негативні емоції, особливо до жінок, можна зробити з пасивно-агресивного стилю його різкої сатири та деяких жорстоких та грубих описів у його творах. Один із найогидніших із

них — це фрагмент, коли Гуллівер бачить, як немовля смочче грудь годувальниці в Бробдінгнегу, країні велетнів. «Я маю визнати, що жоден об'єкт не викликав у мене такої відрази, як ця велетенська грудь, яку я навіть не знаю, з чим порівняти... Вона була добрячих шість футів заввишки та не менше шістнадцяти в обхваті. Сосок був розміром із половину моєї голови, і як він, так і сама грудь були так усіяні плямами, прищами та зморшками, що я не можу пригадати нічого нудотнішого».

Цей епізод можна зрозуміти на глибшому рівні, дізнавшись, що в грудному віці Свіфт страждав від сильного емоційного болю, причину якого він пізніше приписав своїй нянці-годувальниці. Батько Свіфта, теж Джонатан, помер за сім місяців до народження свого першого та єдиного сина. У віці одного року Джонатана розлучили з матір'ю Ебігейль. Він не бачив її роками. У фрагменті автобіографії Свіфт пише, що нянька викрала його, але деяким біографам це здається «заспокійливою казкою». Ймовініше, мати покинула його, а пізніше, після короткого возз'єднання, покинула знову.

Епізод із цією велетенською груддю, без сумніву, уособлює внутрішній емоційний спогад. Ми бачимо відчай та гнів немовляти Джонатана через раптову відсутність його мами, яку — на думку немовляти — невідомо чому замінили на огидну няньку з її огидними грудьми.

Джонатану було двадцять років, коли він знову зустрівся з матір'ю за своєю ініціативою. Як часто буває з тими, хто пригнічує емоції, він ідеалізував спогади про матір, незважаючи на їхні майже відсутні відносини. У надгробному слові для неї він пише: «Якщо шлях до небес — це благочестя, правда, справедливість та милосердя, то вона там».

Довго прихований гнів на матір з'являється пізніше не тільки в його женоненависницьких творах, а й у відносинах із жінками. Він проявляв до них «холодний, беземоційний гнів» або навіть фізичне насильство. Його сексуальність була пригнічена. Авторка нещодавно опублікованої біографії Вікторія Глендіннінг пише: «З жінками, які були до нього близькі, він підтримував вічну мерзлоту в емоціях. Відлига була б надто великим ризиком. Ніхто не повинен був отримати влади над ним — влади розтопити його холонокровність та витримку, спричинити біль... Вихід емоцій був можливий тільки в обмежених, незагрозливих відносинах із безсилими, покірними жінками»^[3].

Властива Свіфту все життя відраза до близькості та прихований страх емоційного контакту — це захисна тактика дитини, позбавленої емоційного піклування, дитини, що мала швидко навчитися відстоювати себе. «Здається, не було жодної дорослої людини, яка особливо дбала б про Джонатана, або про яку дбав би він».

У деяких дуже чутливих осіб можуть бути моменти надприродного передбачення глибоко прихованих процесів у їхніх душі й тілі. Ми бачили це в історії Жаклін дю Пре і танцівниці Джоан, які померли від БАК. За тринадцять років до смерті, ще в доброму здоров'ї, Свіфт передбачив свою деменцію. Він написав у «Вірші на смерть доктора Свіфта»:

*Погляньте, друзі, на декана!
Радіти тут нема чому:
Як швидко гіршає йому!
Запамороки ці він має
Терпіти, аж поки сконає;
До того ж, з пам'яттю бедлам:
Одне й те саме каже нам,
Не може друзів пригадати,
І де обідав, розказати...*

Те ж саме передчуття він висловив на прогулянці з другом, побачивши дерево, яке гинуло: «Я буду як це дерево — почну помирати згори».

Свіфт помер у віці сімдесяти семи років, на той час це був дуже поважний вік. Останні його роки він провів у деменції, яка невідворотно посилювалась. Але до самого кінця він був здатен на грізні вислови — несвідомо, з пам'яті. Глендінінг пише: «Якось у сумний останній період — це була неділя 17 березня 1744 року, — сидючи в кріслі, він простягнув руку, щоби вхопити ніж, що лежав на столі. Енні Ріджвей пересунула ніж подалі від Свіфта. Він знизав плечима, гойднувся в кріслі і промовив: “Я такий, який є”. І знову повторив ці слова: “Я такий, який є. Я такий, який є”».

Від діагнозу до смерті ймовірна тривалість життя з хворобою Альцгеймера складає вісім років, незалежно від віку, у якому вона почалася. Зрідка це може трапитися на шостому десятку. Таким був випадок п'ятдесятиоднорічної фрау Аугусти Д., яка в 1901 році потрапила до франкфуртської психіатричної лікарні із незрозумілими епізодами дивної поведінки, неконтрольованих проявів емоцій та втратою пам'яті. Її фізичні та психічні симптоми невідворотно посилювалися, досягнувши кульмінації перед смертю чотири роки по тому. Тоді діагноз, що описував би її симптоми, ще не був відомий; уже після її смерті захворювання фрау Д. отримало назву за іменем її психіатра, блискучого вченого Алоїза Альцгеймера.

Хоча захворювання фрау Д. було схоже на сенільну деменцію, яку тоді вважали сумним, але нормальним наслідком старості, однак, зважаючи на порівняно молодий вік пацієнтки, Альцгеймер припустив, що в неї якийсь

невідомий досі процес. Нові лабораторні технології того часу дали змогу зробити посмертне дослідження мозку фрау Д., яке виявило те, що зараз є класичною ознакою хвороби Альцгеймера — специфічні для неї патологічні зміни тканини мозку. Нормальні нервові волокна замінили дивні заплутані клубки, які називаються *фібрили*, а також бляшки, які доктор Девід Шнек описує як «крихкі коричневі грудки... мішанину із зерен та коротких скручених ниток, схожих на магніти, на які налипло багато мікроскопічного сміття»^[4].

Завдяки новаторській роботі Альцгеймера ми тепер знаємо, що деменція не є невідворотним наслідком старіння, а завжди свідчить про хворобу. Для пояснення причин цієї деменції було створено багато теорій, але жодна з них не є достатньо переконливою. Кілька років тому виявлення збільшеної кількості алюмінію в мозку, враженому хворобою Альцгеймера, змусило багатьох людей позбавитись алюмінієвого посуду, щоб уникнути цієї хвороби. Тільки пізніше з'ясувалося, що присутність цього металу в мозку є наслідком, а не причиною дегенеративного процесу. Що дивніше, клубки та бляшки знайшли й у мозку людей, які за життя не мали жодних симптомів хвороби Альцгеймера (пригадайте згадану раніше присутність ракових клітин у молочних залозах жінок, які не мали клінічної онкології, а також у простаті чоловіків, які спокійно померли природньою смертю в дуже похилому віці). Приклад із вищезгаданого дослідження старіння та хвороби Альцгеймера за участю католицьких черниць є, мабуть, найяскравішим. «Незвичайна жінка, зірка Дослідження черниць сестра Мері мала перед смертю у віці 101 року дуже високі результати когнітивного тесту. А ще дивніше те, що ці високі когнітивні здібності зберігалися в неї до самої смерті, незважаючи на рясні нейрофібрилярні клубки й сенільні бляшки — класичні ознаки хвороби Альцгеймера»^[5].

Міжнародна наукова думка поступово доходить висновку, що хвороба Альцгеймера — це одне із захворювань аутоімунного спектру, разом із розсіяним склерозом, астмою, ревматоїдним артритом, виразковим колітом та багатьма іншими. Повторююсь, це захворювання, при яких імунітет організму починає боротись із самим організмом. При таких хворобах розмивається межа між я — власним організмом — та *не-я* — чужорідною матерією, яку треба атакувати.

«Аутоімунна агресія» — так нещодавно описали патологічні процеси при хворобі Альцгеймера російські дослідники^[6]. Канадські лікарі, виявивши в родинах пацієнтів із хворобою Альцгеймера вищу кількість інших аутоімунних захворювань, припустили, що є спільна схильність до них^[7]. Запалення тканини мозку при Альцгеймері, яке група італійських вчених назвала *inflamm-aging*¹⁰, успішно уповільнили ті ж самі протизапальні ліки, які використовуються при лікуванні артриту. Іспанські дослідники знайшли в тканині мозку пацієнтів

компоненти імунітету, зокрема, специфічні імунні клітини та хімічні речовини^[8]. Вчені ідентифікували ці унікальні протимозкові антитіла, які виробляв спантеличений імунітет. За словами австрійських дослідників: «Майже немає сумніву, що в нейродегенеративному процесі при хворобі Альцгеймера задіяний імунітет»^[9].

¹⁰ Від inflammation – запалення, aging – старіння. (Прим.пер.)

Усі аутоімунні захворювання пов'язані з дисбалансом в організмі нормальної системи регуляції стресу — зокрема, гормонального каскаду, який починається з гіпоталамусу. Викид гормонів досягає кульмінації, коли наднирники виділяють кортизол і адреналін. Багато досліджень виявили при Альцгеймері порушену реакцію на стрес, до якої належить надмірно високе вироблення кортизолу та гормонів гіпоталамусу й гіпофізу. У людей з Альцгеймером та у тварин із їхнім варіантом деменції спостерігався надмірний рівень кортизолу і пропорційний йому рівень руйнування гіпокампу.

Всесвітньо відомий дослідник Університету Британської Колумбії доктор Кей Сонг є одним з авторів нещодавно опублікованого підручника «Основи психонейроімунології». «Я впевнений, що хвороба Альцгеймера — аутоімунна, — каже доктор Сонг. — Ймовірно, її спричиняє хронічний стрес, який діє на імунітет організму, що старіє».

Як ми вже бачили, емоційні центри мозку мають сильний вплив на неврологічні та гормональні процеси реакції на стрес. Пригнічення негативних емоцій — наприклад, неусвідомленого гніву, горя та ненависті, які переживав Джонатан Свіфт у результаті втрати батьків у дитинстві, — це постійне джерело сильного руйнівного стресу. Дослідники Університету штату Огайо припустили, що основним чинником ризику початку та розвитку хвороби Альцгеймера, як і інших аутоімунних хвороб, є негативні емоції^[10].

Найвідоміша у світі людина з хворобою Альцгеймера — це Рональд Рейган. Коли у віці вісімдесяти трьох років, через шість років після кінця його другого президентського терміну, йому вперше поставили цей діагноз, він із сумом написав у своєму прощальному листі американському народу: «Я починаю подорож, яка приведе мене до присмерку мого життя». Це було довге та сумне смеркання.

Як і Свіфт, Рейган ще маленьким зазнав травми. Його батько Джек був алкоголіком. «У свої чотири роки він навряд чи розумів, що його батька заарештували за публічне вживання алкоголю», — стверджує автор Едмунд Морріс у оригінальній біографії «Датч: Біографія Рональда Рейгана». «Мрійливий хлопчик із м'якими манерами, Датч не здогадувався про високу ціну, яку доводилося платити сім'ї за алкоголізм батька. Він не розумів, чому в

дні бейсбольних матчів йому з Нілом [його братом] вішали на шию пакети зі свіжим попкорном та казали йти до парку продавати його»^[11].

Проникливий біограф Морріс цього разу помилявся, принаймні частково. Якщо мала дитина не може *усвідомлювати* сімейного сорому, *емоційно* вона сприймає всі негативні вібрації порушеної сімейної системи. Найлегший та найчастіший захист мозку в такій ситуації — вимкнення емоцій, відключення від реальності. Як наслідок, «Великий комунікатор» міг говорити мовою сентиментів, але не справжніх почуттів. Фраза «Насправді, у мене немає слів» стала мантрою Рейгана, «його стандартним кліше для вираження емоцій, які від нього очікували», — пише Морріс.

Наслідком раннього придушення емоцій, під час критичної фази розвитку мозку, може бути порушення здатності розуміти реальність. Рейган усе своє життя мав труднощі з розрізненням реальності та вигадки. «Він не бачив різниці між фактами і фантазією», — пригадує колишня наречена; це свідчить про те, що в дитячому розумі, а пізніше й у дорослому, фантазія заміняла болісні факти. «Пам'ять Рейгана була вибірковою», — пише у власній автобіографії «Інше життя», що була опублікована в 1999 році, видавець та редактор Майкл Корда:

Він був відомий ще й тим, що плутав вигадку з реальністю. Якось він розповів нагородженим Медаллю Пошани історію про пілота бомбардувальника Восьмої Повітряної Армії, який, коли його B-17 був підбитий зенітною ракетою, віддав команді наказ парашутувати. У ту мить, коли він сам збирався вистрибувати з палаючого літака, він побачив, що поранений стрілок застряг у турелі, не може вибратись із люку й наляканий, що залишиться один помирати. Тоді пілот зняв свій парашут... і ліг на підлогу, щоби дотягнутися до турелі та тримати стрілка за руку. «Не бійся, синку, — сказав він. — Ми впадемо разом», і літак встромився в землю.

Це викликало сльози в Рейгана та нагороджених героїв. Єдиною проблемою було те, що цього ніколи не було насправді. Це була сцена з фільму, яку президент мимоволі переніс у реальне життя^[12].

Таких історій про Рейгана досить багато, як і про його погану пам'ять на людей. «Тату, це я. Твій син. Майк» — благав одного разу його старший син, коли Рейган, безпомічно блимаючи, дивився на нього в групі сокурсників.

Тоді ще майбутній президент якось описав себе як «спокійну пусту серцевину урагану». Як пише Морріс, у Рональдї Рейгані завжди було щось від «безмежної ізольованості... дитина вже була закована в дивний непорушний... параліч чутливості». Мета цього самонаведеного захисного паралічу зрозуміла.

Ще одна жінка, чиєї прихильності від домагався, сказала: «Я завжди знала, що Датчу не можна завдати болю».

Але Датчу — таке прізвисько було в Рейгана в ті часи, коли він був радіоведучим — *можна* було завдати болю. Він просто глибоко ховав біль та гнів. Ніде так очевидно не проявляється його емоційне пригнічення, як в описаному ним випадку, коли у віці одинадцяти років він прийшов додому і знайшов свого батька п'яним біля будинку. «Джек лежав на спині в снігу, руки його були розкинуті. Він був безтямно п'яний. Я стояв над ним хвилину або дві... Я відчував біль і смуток за мого батька. Руки розкинуті, як у розп'ятого — а таким він і був, — волосся мокре від талого снігу, хрипле дихання, — я не міг ображатися на нього».

«Я не міг ображатися на нього» — ці слова свідчать про гнів хлопця на свого батька. У психотерапії часто трапляються такі випадки «підтвердження через заперечення»: той, що розповідає, раптом повідомляє, що *не* відчуває певного почуття — зазвичай гніву — про яке його ніхто не питав. Це зізнання було правдивішим, ніж він усвідомлював. Те, що він не міг відчувати обурення, — правда, але тільки тому, що його усвідомлення почуттів було давно порушене. Він, хоча й мимоволі, повідомив, що його гнів лежав поза межами свідомості. Негативне твердження «Я не міг відчувати обурення» показує внутрішній конфлікт між цим обуренням та пригніченням.

Мати Рейгана, очевидно, була надто самозаглиблена та перевантажена проблемами шлюбу з невірним та часто п'яним чоловіком. Вона не могла бути близькою зі своїми дітьми — так само, як пізніше Рейган не міг бути близьким зі своїми. Протиотрутою від гніву дитини, яку ігнорують, досить часто є ідеалізація матері — що Рейган, ймовірно, і робив. Глибина його заперечення почуттів проявилася найбільше, коли та, що замінила йому матір, його віддана друга дружина та піклувальниця Ненсі захворіла на рак молочної залози. Їхній лікар Джон Хаттон мав повідомити президента. Едмунд Морріс у жовтні 1987 року пише:

У НР рак молочної залози.

Джон Хаттон підготувався, щоби повідомити РР після засідання кабінету 5 жовтня: «Містере президенте, боюся, у мене погані новини щодо мамограми першої леді». Каже, що ніколи раніше не усвідомлював усієї сили заперечення Датча. Вислухав, сидючи за столом із ручкою в руці, а потім м'яко та з кам'яним виразом обличчя: «Ну що ж, ви лікарі; я впевнений, ви з цим впораєтесь». Кінець бесіди.

Знічений Джон намагається пом'якшити ситуацію: «Місіс Рейган, президент надто приголомшений, щоби щось сказати». Він залишається з

нею, поки не приходить РР, несучи роботу із собою. Незграбне привітання, ані слова про новини. Хаттон виходить, ще більше збентежений.

Такі випадки не свідчать про те, що в людини не було ніяких почуттів; дехто байдужий міг би принаймні трохи вдати, що співчуває. Навпаки, *його почуття були надто сильними, щоби він міг свідомо їх проявити* — але тим більше вони проявлялися фізіологічно. Ще раз можна побачити, що неспроможність переживати емоції наражає людину на більший та триваліший фізіологічний стрес. Оскільки вона не усвідомлює свого внутрішнього стану, у неї менше можливості захистити себе від наслідків стресу. Окрім того, здоровий прояв емоцій сам собою зменшує стрес. А спричинені тривалим стресом гормональні та імунні зміни готують підґрунтя для хвороб на кшталт Альцгеймера.

Прихована під сентиментальністю емоційна скупість Рейгана, яка проявляється в його автобіографічних нотатках того часу, коли він навчався в коледжі, різко контрастує з емоційною мовою черниць, які дожили до похилого віку без хвороби Альцгеймера. Вражає той зв'язок, який простежується між дуже емоційними нотатками деяких молодих черниць та їхньою пізньою здоровою психікою, позбавленою порушень хвороби Альцгеймера. І навпаки, ті, хто писав свої автобіографії без проявів емоцій, мали потім хворобу Альцгеймера.

Історії життя всіх пацієнтів із хворобою Альцгеймера, яких я зустрічав під час своєї практики сімейного лікаря, відрізнялися пригніченням почуттів. Я мав бесіди з кількома дорослими, які доглядають літніх батьків із хворобою Альцгеймера. Усі вони розповідають про втрати або емоційну депривацію в ранньому дитинстві їхніх батьків. «Батько моєї матері помер, коли вона була ще малою, — сказав мені один із них. — Їй було, мабуть, десять або одинадцять. Сім'я жила у Ванкувері, але того літа батьки відправили її до Гібсонів працювати по дому. Це було ще в тридцяті. Мама працювала в Гібсонів, коли помер батько. Старша сестра мами забрала її назад до Ванкуверу. Коли вони приїхали додому, їхня мати сказала сестрі: “Навіщо ти її привезла?” Прямо на очах моєї мами. Це була неймовірна жорстокість».

«Коли я зростав, у нас завжди відчувалася величезна напруга, — згадує ще один чоловік, чия мати хворіє на Альцгеймера. — Все було приховано. Усе, що казала мати, завжди було прекрасно, але мовою тіла вона казала: “Йди звідси”. Вона нічого не показувала. Коли я ріс, я завжди відчував, що нічого не розумію».

Однак те, що людина з пригніченими емоціями ховає сама від себе, можуть розуміти інші люди. Морріс пише, що одна відома голлівудська актриса, яка була знайома з набираючою популярності кінозіркою Рональдом Рейганом,

однак не піддалася на його чари, усе ж була «зворушена схованим за його невинною нервовою жартівливістю відчаєм».

Морріс якось запитав президента, чого йому найбільше хотілося в юності. «Нависла довга пауза, ніби він не хотів відповідати», — пише автор. Нарешті, Рейган відповів, що найбільше він шкодував не тому, що йому не вистачало людини, яка б його любила. Він сказав: «Мені не вистачало того, кого б я любив». Морріс пише: «Я записав ці слова й подивився на них у глибшому сенсі, який допомагає біографам у роботі, що означає *Він говорить не те, що думає*».

«Я» чи «не-я»? Спантилений імунітет

У першому виданні свого класичного твору «Принципи та практика медицини», опублікованому в 1892 році, Вільям Ослер припустив, що ревматоїдний артрит має «найімовірніше, нервові походження». Сучасною мовою, Ослер мав на увазі психоемоційний стрес. Він пише про «зв'язок шоку, тривоги та горя із цією хворобою».

Вільям Ослер був не зарозумілим теоретиком, а найвідомішим на той час лікарем у англomовному світі. За словами Шервіна Б. Нуланда, який сам був лікарем та письменником, Ослер «ймовірно, був найкращим вчителем медицини всіх часів і народів». Він викладав в університеті МакГілла в Монреалі, у Медичній школі університету Джона Гопкінса в Балтіморі, а також в Оксфорді. У Британії за свій внесок у мистецтво лікування він отримав лицарське звання. Його широко відомий підручник витримав шістнадцять перевидань, останнє — в 1947 році, через двадцять вісім років після його смерті.

В 1957 році ванкуверський спеціаліст із внутрішніх хвороб доктор К. Е. Дж. Робінсон цитує Ослера в короткій статті у *Canadian Medical Association Journal*. «Я був також дуже вражений, — пише він, — тим, як часто розвитку ревматичних захворювань передують хронічний або тривалий стрес... Думаю, що емоційний та психологічний стан багатьох пацієнтів із ревматичними захворюваннями має першочергову значущість»^[1].

Медична освіта доктора Робінсона ґрунтувалася на тоді ще цілісному та гуманістичному підході Ослера. Тепер, на початку двадцять першого століття, марно шукати в базових медичних текстах хоча б якусь згадку про стрес у інформації про ревматоїдний артрит або інше аутоімунне захворювання, яких вирізняє те, що між імунітетом та власним організмом відбувається громадянська війна. Оминати цю інформацію, що є й так трагічною для мільйонів людей, що страждають від ревматоїдного артриту, ще безпідставніше з урахуванням того, що з тих часів зв'язок між стресом та аутоімунними захворюваннями підтверджений багатьма дослідженнями, а також вивчені можливі фізіологічні механізми цього зв'язку.

До численного списку медичних захворювань, що називаються ревматичними, належать ревматоїдний артрит, склеродермія, анкілозуючий спондиліт та системний червоний вовчак (СЧВ). У всіх цих і багатьох інших захворюваннях порушений імунітет вражає власні тканини організму, особливо сполучні — хрящі, сухожилля, оболонки суглобів та стінки

кровоносних судин. Ці хвороби характеризуються різними типами запалень, які вражають суглоби кінцівок та хребта; або поверхневих тканин, таких як шкіра або слизова оболонка очей; або внутрішні органи, такі як серце та легені, або — у випадку СЧВ — навіть мозок.

Характерною психологічною рисою людей із ревматичними захворюваннями є доведений до високого рівня стоїцизм, глибоко вкорінена схильність замовчувати потребу в допомозі. Такі люди часто мовчки миряться із сильним дискомфортом або не озвучують свої скарги достатньо голосно, щоби їх почули, або відмовляються приймати ліки, що полегшують симптоми.

Тридцятирічна Селія пережила напад одного з аутоімунних захворювань — артеріїту, або загального запалення артерій. Біль був жорстокий. «Два дні я відчувала настільки сильний біль, що мене вже рвало від кількості тайленолу та ібупрофену, які я приймала. Моя подруга сказала: “Ти все ще не здаєшся?” — і відвезла мене до відділення невідкладної допомоги».

— «Ти все ще не здаєшся» — що це означає? — цікавлюсь я.

— Я вперта. Завжди, коли хворію, я боюся, що мені не повірять або вважатимуть іпохондриком.

— Тобто, ви вже не можете рухатися через неймовірний біль, і далі хвилюєтеся, що люди вважатимуть вас іпохондриком? Давайте на мить перевернемо цю ситуацію. Уявіть, що ваш друг, або чоловік, або дитина відчуває такий біль. Ви б не діяли швидше?

— Так, діяла б.

— Звідки тоді ці подвійні стандарти?

— Не знаю. Гадаю, це почалося дуже давно. Ще коли я була дитиною.

Мовчазний стоїцизм ревматичних пацієнтів — це стиль подолання труднощів, засвоєний ще в ранньому дитинстві. Тривоги Селії завжди були пов’язані з іншими людьми. Хоча вона сама в дитинстві пережила насильство, її більше турбувало, як захистити матір від одного жорстокого партнера за іншим. Вона боялася, що в них не вистачатиме коштів, або що люди навколо дізнаються про насильство в сім’ї.

— Найбільше я тривожилася, що молодший брат стане неповнолітнім злочинцем, і з ним станеться щось жахливе.

— А як щодо вас?

— Я завжди відчувала, що якимось впораюсь і подолаю все це. Я не хотіла визнавати, як усе було насправді сумно. Я раціоналізувала все до такого рівня, щоби мати змогу прийняти це й діяти. Я применшувала.

Інтенсивне медико-психіатричне дослідження людей із ревматоїдним артритом, проведене в 1969 році для Мерілендської філії Фонду ревматоїдного

артриту, дійшло висновку, що «незважаючи на різноманітність групи пацієнтів, їхні психологічні характеристики, слабкі місця та життєві конфлікти вражає схожі»^[2]. Одна зі спільних характеристик — це псевдонезалежність, описана авторами як *компенсуюча гіпернезалежність*. Уперта віра Селії в те, що вона може впоратися з усім самотійно — це захисний механізм, компенсація емоційних потреб, які ігнорували в дитинстві. Дитина в її ситуації виживає, роблячи перед собою та іншими вигляд, що в неї немає потреб, які б вона сама не могла задовольнити. Одним з аспектів такої поведінки є применшення сприйняття стресу до рівня, властивого дитині, і ця звичка може залишитися на все життя.

Компенсуюча гіпернезалежність, що виникла в дитинстві в результаті взаємозаміни ролей дитини та батьків, пояснює стійкість Селії до фізичного болю, її терплячість такого рівня, що подрузі довелось тягнути її до лікарні зі словами: «Ти все ще не здаєшся?»

В 1969 році британський психіатр і дослідник Джон Боулбі опублікував книгу «Прив'язаність» — першу частину його класичної трилогії, що розглядає вплив батьківсько-дитячих відносин на розвиток особистості. «Взаємозаміна ролей між дитиною або підлітком та батьками, якщо вона трапляється не на дуже короткий час, майже завжди є не тільки ознакою патології в батьків, — пише він, — а і причиною її в дитини»^[3]. Заміна ролей із батьками викривляє відносини дитини з усім світом. Вона є потенційним джерелом фізичних або психологічних хвороб, тому що робить людину схильною до стресу.

До інших рис, які були виявлені в процесі психологічного дослідження пацієнтів із ревматичними захворюваннями, належать перфекціонізм, страх власних гнівних імпульсів, заперечення ворожих почуттів і сильне відчуття неспроможності. Як ми бачимо, схожі риси пов'язані з «онкологічною особистістю» та з людьми, що мають високий ризик розсіяного склерозу, БАС або будь-яких інших хронічних захворювань. Жодна з цих рис не є вродженою або такою, яку не можна змінити.

Згідно з Мерілендським дослідженням «вражає, що спільною подією в дитинстві всіх цих пацієнтів є *практична* втрата одного або обох батьків». Читач помітить, як часто в особистих історіях цих пацієнтів є ситуації, у яких вони рано розлучилися з батьками, їх покинули батьки або навіть смерть матері або батька. Ще універсальнішим чинником є *емоційна депривація*, теж часто повторювана тема в дослідницькій літературі. Проведене в 1967 році в Австралії дослідження пацієнтів зі СЧВ, зазначає: «Більша, ніж у контрольній групі, частка пацієнтів повідомляє про емоційну депривацію в дитинстві, пов'язану з порушеними батьківсько-дитячими стосунками в “благополучних сім'ях”»^[4].

Як і компенсаторна гіпернезалежність, пригнічення гніву теж є формою *дисоціації* — психологічного процесу, який виник у дитинстві. Юна людина несвідомо не дозволяє собі зрозуміти почуття або інформацію, які, якщо їх усвідомити, можуть створити нерозв'язні проблеми. Боулбі називає такий феномен «захисне виключення». «Інформація, яка, ймовірно, піддається захисному виключенню, є такою, усвідомлення якої в минулому призвело до більш або менш сильних страждань причетної людини»^[5].

Іншими словами, дитина, що гнівалася, отримала проблеми та пережила відторгнення. Ці гнів та відторгнення довелося спрямувати всередину, на самого себе, щоби зберегти стосунки прив'язаності з батьками. Це, так само, веде до «сильного відчуття неспроможності та поганої оцінки себе», яке зауважили дослідники в людях із ревматичними захворюваннями. «Нерідко гнів переспрямовується від об'єкту прив'язаності, який його викликав, на самого себе», — пояснює Боулбі. «Результатом є недоречний критицизм»^[6].

В аутоімунних хворобах захист організму спрямовується на сам організм. У суспільстві таку політику вважають зрадою. В окремому організмі фізичний бунт є результатом імунологічного конфлікту, який точно відображає несвідоме психологічне переплутування «я» й «не-я». У такому безладі з межами імунні клітини атакують організм, ніби він — ворожа субстанція, і так само власна психіка піддається нападу спрямованого всередину гніву та докорів.

Цей подвійний безлад відображає порушення взаємопов'язаних механізмів тіла-розуму в межах емоційно-неврологічно-імунно-гормональної суперсистеми, яку ми називаємо ПНІ — психонейроімунною системою. Емоції точно відповідають та доповнюють інші компоненти психонейроімунітету: як і імунна та нервова системи, емоції захищають організм від зовнішніх загроз, як нервова система та гормони, вони забезпечують задоволення незамінних харчових та інших потреб, і як усі ці системи разом, вони допомагають підтримувати та відновлювати внутрішнє середовище організму.

Емоції — гнів, страх, любов — так само необхідні для виживання організму, як і нервові імпульси, імунні клітини та гормональна активність. З давніх давен у процесі еволюції для життя та розмноження живих організмів були необхідні примітивні реакції. Емоції, як і фізичні клітини і тканини, які їх втілюють та передають, є невід'ємною частиною механізму виживання. Отже, не дивно, що основні молекули, спільні для всіх систем гомеостазу та захисту організму, беруть участь і в емоційних реакціях. Навіть у найпримітивніших істот, які не мають і рудиментарної нервової системи, є речовини-месенджери, до яких належать, наприклад, ендорфіни. Тобто, органи, що втілюють та передають

емоції, не просто *взаємодіють* із системою ПНІ — вони складають її основну частину.

У розділі 7 ми зазначали, що молекули-месенджери цитокіни, які виробляються імунними клітинами, можуть приєднуватися до рецепторів клітин головного мозку та спричиняти зміни в стані, настрої та поведінці. Зміни імунітету, викликані емоціями — це зворотній бік тієї ж самої монети. Щоби побачити паралель між емоціями та імунітетом і зрозуміти їхню доповнюючу роль у захисті організму, достатньо порівняти роль імунних клітин із роллю емоцій — скажімо, гніву.

Навіщо нам гнів? У тваринному світі гнів — це не «негативна емоція». Тварини відчують гнів, коли якась життєво важлива потреба опиняється під загрозою або не задовольняється. Хоча тварини не усвідомлюють емоцій, але вони їх відчують і переживають фізіологічні зміни під час Емоції I¹¹. Звісно, вони також демонструють поведінкові прояви Емоцій II. Специфічна мета біологічних змін при Емоції I — підготувати організм до реакції «бийся або тікай». Але оскільки й битва, і втеча потребують великих витрат енергії й пов'язані з ризиком поранення або смерті, прояви Емоції II грають дуже важливу посередницьку роль: вони часто допомагають врегулювати конфлікт без шкоди для будь-кого з учасників.

¹¹ Три рівні емоційної реакції за Россом Баком розглядаються у розділі 3. (Прим. ред.)

Загнана в кут тварина повертається до переслідувача із проявом лютого гніву. Гнів може врятувати її життя — він або залякує мисливця, або робить здобич нездатною ефективно захищатися. Гнів також виникає, коли тварина того ж виду, але з іншої сім'ї, зграї або череди вривається на їхню територію. Якщо обидві тварини негайно почнуть битися за спірну територію, одна з них або, ймовірно, обидві будуть поранені. Природа пропонує інше рішення, підказуючи обом посилювати прояви гніву: оскалені зуби, загрозливі рухи тіла, лячні звуки. Найпереконливіші прояви гніву приносять перемогу, а також дають можливість уникнути ран та пошкоджень обом учасникам.

Щоб ефективно демонструвати гнів, організм має відрізнити загрозливу подію від незагрозливої. Фундаментальна різниця — це різниця між «я» й «не-я». Якщо я не знаю, де починаються й закінчуються мої межі, я не можу знати, коли в моє життя втручається щось загрозливе. Необхідне розрізнення між близьким та чужим, між хорошим та потенційно шкідливим потребує точного розуміння «я» й «не-я». Гнів — це і *впізнавання* чужого та небезпечного, і *реакція* на це.

Перше й найнеобхідніше завдання імунної системи — відрізнити «я» від «не-я». Тобто імунний захист завжди починається з *упізнавання*. Впізнавання — це

сенсорна функція, яку виконують сенсорні органи нервової системи. Можна впевнено сказати, що імунітет — це також сенсорний орган. Будь-яка помилка імунітету у впізнаванні може наразити нас на більшу небезпеку, ніж порушення здатності бачити, чути, відчувати дотик або смак. Ще одна функція нервової системи — це пам'ять. Імунітет теж повинен мати пам'ять: йому потрібно пригадати, що з зовнішнього світу добре й поживне, що нейтральне, а що потенційно шкідливе.

Під пильним оком дорослих немовля досліджує світ, дізнається, що можна їсти, а що ні, що приносить комфорт, а що спричиняє біль, що шкідливе, а що корисне. Отримана інформація зберігається в банку пам'яті дитини. Імунітет — це також навчання. Пам'ять імунітету зберігається в клітинах, запрограмованих на миттєве впізнавання визначеної раніше загрози. І як нервова система має зберігати здатність до навчання впродовж усього життя, так само й імунітет має можливість створювати нові «спогади», виробляючи клони клітин, які спеціально навчені розпізнавати будь-яку загрозу.

Оскільки імунні клітини знаходяться і в крові, й у всіх тканинах та порожнинах організму, можна вважати імунітет «плаваючим мозком», який вміє відрізнити «я» від «не-я». Органами чуттів — очима, вухами та смаковими бруньками — цього плаваючого мозку служать рецептори на поверхні імунних клітин, створені так, що вони вміють розпізнавати корисне та шкідливе. «Я» розпізнається за допомогою так званих *ендогенних («своїх») антигенів* на мембранах здорових клітин організму — молекул, які імунітет безпомилково розпізнає. Ендогенний антиген — це білок, який є в клітинах будь-якого типу. Чужорідним організмам та речовинам не вистачає таких маркерів, і це робить їх об'єктами нападу з боку імунної системи. Різноманітність таких власних антигенів ще тільки вивчається. «Ймовірно, у майбутньому знайдеться набагато більше таких власних маркерів», — зазначається в статті в журналі Science^[7].

Лімфоцити, здатні «пам'ятати» чужорідні антигени — Т-клітини, що дозрівають у тимусі, або вилючковій залозі. В організмі людини близько трильйон таких клітин. За допомогою імунних рецепторів на мембрані вони «мають навчитися впізнавати кожную тканину, кожную клітину, кожен білок організму. Вони мають відрізнити гемоглобін крові, інсулін, що виділяється підшлунковою залозою, білок склистої тіла ока від усього іншого. Вони мають давати відсіч незліченним чужорідним організмам, але не атакувати свій»^[8].

Обговорення механізмів, за допомогою яких різні імунні клітини впізнають чужі організми та речовини, і як різні імунні клітини навчені знищувати таких чужаків, лежить за межами цієї книжки. Багато чого ще відкриють, а із того, що

вже відомо — це неймовірно складна послідовність біохімічних подій та взаємодій. Головне зараз — побачити спільну функцію імунітету та емоцій: по-перше, «усвідомлення» свого «я» й одночасно усвідомлення «не-я», по-друге, прийняття поживних і корисних речовин та впізнавання загроз, і, нарешті, прийняття впливів, які допомагають рости й розвиватися, й одночасно знищувати або обмежувати небезпеку.

Коли наша психологічна здатність відрізнити «я» від «не-я» порушена, ця неспроможність поширюється й на фізіологію. Пригнічений гнів може призвести до порушення імунітету. Неспроможність ефективно переживати та проявляти почуття і схильність задовольняти потреби інших, перш ніж хоча б усвідомити свої — це спільна риса людей, що мають хронічні захворювання. Ці способи долаання труднощів проявляються розмитими кордонами, плутаниною між «я» й «не-я» на психологічному рівні. Така ж сама плутанина трапляється й на рівні клітин, тканин, органів. Імунітет стає надто спантеличеним, щоби відрізнити своє від чужого, і надто порушеним, щоби ефективно захищатись.

Зазвичай клітини імунітету, які атакують власний продукт, миттєво знищуються та деактивуються. Якщо їх не знищити або не знешкодити, вони атакуватимуть тканини організму, який мають захищати. Тоді можуть з'являтися алергічні реакції та аутоімунні захворювання. І навпаки, якщо здорові імунні клітини знищені радіацією, наркотиками або, наприклад, вірусом ВІЛ, організм залишається без захисту проти інфекцій та неконтрольованого росту пухлин. Порушення імунітету внаслідок хронічного емоційного стресу може мати той самий ефект.

Взаємозв'язок між емоційним самопригніченням та бунтом імунної системи показало проведене в 1956 році дослідженні *здорових* родичів жінок, які страждали на ревматоїдний артрит. У нормі антитіла виробляються тільки як реакція на мікроби або потенційно шкідливі чужорідні молекули. Одна з характерних ознак ревматоїдного артриту — це знаходження антитіл, які атакують власний організм спантеличеною імунною системою. Це називається «ревматоїдний чинник», або РЧ. Його знаходять у 70 % хворих на ревматоїдний артрит, але він може бути й у людей, які не мають цього захворювання. Метою саме цього дослідження було виявити, чи пов'язані певні психологічні характеристики з присутністю антитіл, навіть без захворювання.

У дослідженні брали участь тридцять шість дорослих жінок та дівчат-підлітків, жодна з яких не хворіла на ревматоїдний артрит. Чотирнадцять із них мали антитіла РЧ. У порівнянні з жінками без антитіл, група з РЧ мала значно вищі психологічні показники пригнічення гніву та занепокоєння соціальним прийняттям їхньої поведінки. Також вони мали значно вищий рівень таких рис

як «поступливість, сором'язливість, добросовісність, релігійність та моральність».

Присутність антитіл у цих людей свідчить про те, що емоційне пригнічення вже спрямувало активність імунітету проти самого організму, хоча не до такого рівня, щоби спричинити клінічне захворювання. Можна очікувати, що додаткова стресова подія в житті цих жінок може спричинити ще сильніший бунт імунітету, активувати запалення та спровокувати безпосереднє захворювання. «Емоційний дисбаланс у поєднанні з ревматоїдним чинником може спричинити ревматичне захворювання», — такого висновку дійшли дослідники^[9]. Однак ревматичне захворювання може початись *і без* антитіл РЧ. Можна очікувати, що в таких випадках рівень стресу має бути вищий — це й показало інше дослідження^[10].

Огляд медичної літератури 1987 року зазначає, що «маса результатів різноманітних досліджень дають змогу впевнено стверджувати, що психологічний стрес грає важливу роль у виникненні, протіканні та кінцевому результаті ревматоїдного артриту»^[11].

З історії молодой єврейки Рейчел можна побачити, наскільки явним може бути вплив стресу на появу аутоімунної хвороби. Її перший випадок ревматоїдного артриту трапився після події, яка відтворювала її дитячу травму.

Рейчел зростала в постійному конфлікті зі своїм старшим братом, якого вона вважала улюбленцем батьків. Батьки розлучилися, і вона відчувала особливе відторгнення з боку батька. «Я завжди була людиною другого сорту, — каже вона. — Насправді він любив тільки мого брата. Я досі пам'ятаю, як йшла вулицею за їхніми спинами, і батько обіймав мого брата за плечі. Я завжди мала сидіти на задньому сидінні. Кілька років тому мати зізналася мені, що я поїхала в Чикаго до батька тільки тому, що вона сказала: “або береш обох дітей, або нікого”. Я там нікому не була потрібна».

Рейчел розповідає, що дитиною вона була «хорошою дівчинкою, яка ніколи не спричиняла жодних проблем», і в дорослому віці вона й далі притримувалася цієї моделі поведінки. Два роки тому на єврейський Новий рік, Рош га-Шана, вона була в матері, допомагала готувати обід для всієї сім'ї. Вона поспішала, тому що мала піти до приїзду брата, який в останню мить вирішив приєднатися до них.

— Він не хотів приходити зі мною, тож ми домовились, що я прийду рано й допоможу матері приготувати їжу. О четвертій годині дня. А потім я піду, щоби він, невістка та племінниця могли провести Рош га-Шана з матір'ю.

— Чи правильно я зрозумів, — перериваю її я. — Ви кажете, що ви мали прийти, приготувати їжу і зробити все необхідне, а потім піти, щоб інші змогли приємно провести вечір і поїсти разом? Чому ви на це погодились?

— Тому що це був Рош га-Шана, і я відчувала, що сім'я має бути разом.

— І що трапилось?

— Коли я була в матері, у мене почався такий біль, що й уявити не можна. Мене забрали в лікарню. В одній нозі був настільки сильний артрит, що я не могла нею рухати. Я зазвичай не кричу від болю. Але я впевнена, мене чуло все відділення невідкладної допомоги. Наступного дня я знову була в лікарні, тому що біль пішов по всьому тілу. Я не могла поворушитись. Навіть коли мене везли в кріслі, я кричала від болю.

Зі стресом пов'язані не тільки початок та напади ревматичних захворювань, а і їхня інтенсивність. У 1967 році почалося п'ятирічне дослідження п'ятдесяти молодих людей із нещодавно отриманим діагнозом ревматоїдного артриту. На початку дослідження оцінили психологічні стреси, що передували появі хвороби. Усі пацієнти двічі на рік проходили обстеження й раз на рік — рентген зап'ясть та долонь, де найчастіше проявляється ця хвороба. Наприкінці дослідження за результатами фізичного огляду та рентгену учасників поділили на групи відповідно до рівня ушкодження тканин: категорія 1 — без набряків та руйнування кісток (ерозії), категорія 2 — м'які набряки та відсутність ерозій, категорія 3 — ерозія кісток зап'ясть та долонь. Результати дослідження були опубліковані у *The American Journal of Medicine*. Дослідники повідомили, що пацієнти, які згодом потрапили до третьої категорії, на початку дослідження «за оцінкою інтерв'юерів, мали значно вищу частоту психологічних стресових чинників, пов'язаних із початком хвороби», ніж ті, хто потрапив до інших категорій^[12].

Більшість інтерв'ю, які я провів для цієї книжки, проходили в людей вдома. П'ятдесятидворічна Гіла, що хворіє на ревматоїдний артрит, наполягла на зустрічі в найближчому Макдональдсі. Здавалося, що саме з неї був створений образ «саможертвовного, конформного, соромливого, несміливого, пригніченого перфекціоніста» із ревматоїдним артритом, який описують у психологічній літературі.

Гілі поставили діагноз у 1976 році під час загострення поліміозиту — генералізованого запалення м'язів. До першого відвідування лікарів вона вже встигла втратити більшість м'язової маси плечей та стегон. Дихальні м'язи були настільки слабкими, що її дихання було тільки поверхневим. Вона не могла підняти руки та ноги, не могла ковтати нічого сухого. Після огляду

спеціаліста її негайно відправили до лікарні, щоби зробити внутрішньовенний курс кортикостероїдів.

— Він сказав, що я ходячий труп. Насправді, у моєму стані я не мала б і ходити. Коли я дмухала в трубку під час аналізу функції легень, голка не рухалась. Анітрішечки. Але я захищалася. Знаєте... я не усвідомлювала. Ходячи, я не помічала, що тягну ноги, замість підіймати їх.

— Чому ви цього не помічали, як ви гадаєте?

— Думаю, тому що я була зайнята. У мене було двоє маленьких дітей, я бігала туди-сюди.

— Мені цікаво, чому ви захотіли зустрітися зі мною в Макдональдсі.

— Вдома я завжди переймаюсь, як виглядає моя оселя. Там має бути чисто й охайно. Якщо хтось приходить до мене й бачить десь пил, тоді...

— Ви зараз кажете не про чистоту, а про досконалість. Ви не можете змиритися з пилом, так? Але пил — це частина життя. І якщо ви не можете його прийняти, це означає, що все має бути досконалим. У вас так само і з усім іншим?

— Так. До того, як захворіла на ревматоїдний артрит, я прагнула досконалості навіть більше... Моя тітка називала мене супержінкою. Мій чоловік від'їжджав із міста. Йому треба було працювати на лісопилці, щоби заробляти на навчання. Я залишалася сама з двома дітьми. Я працювала, і працювала понаднормово, тому що ми тільки-но купили дім. Іноді я працювала сім днів на тиждень, по десять годин.

— Ким ви працювали?

— На пошті. Хоча насправді, мені подобалася робота.

— Вам подобалося працювати сім днів на тиждень по десять годин?

— Йти на роботу було однаково, що йти у відпустку. Мені подобалися люди на роботі. Ми дружили із керівницею, ніхто там не завдавав мені проблем. Хоча всім навколо, здається, нудно працювати на пошті, я просто не розумію, чому їм нудно й чому вони скаржаться. Я отримую від цього задоволення. Тому, думаю, це було однією з причин початку мого артриту. Думаю, я знущалася над собою. Я не мала достатньо відпочинку. Достатньо сну.

На додаток до роботи та домашніх справ Гіла відчувала, що має утримувати в ідеальному порядку садок і задній двір. Її будинок був розташований між оселями двох подружжів на пенсії, які підтримували двори в ідеальному стані, і вона вважала, що її занедбаний сад може знизити ціну на їхні будинки.

— Так, вони бездоганні. Щотижня косять газон. Тож я теж мала косити щотижня, щоби триматися на рівні.

Вона також хотіла, щоб у її дітей були можливості, яких не було в неї самої. На вихідних вона возила їх на уроки гри на піаніно, заняття співом, балет, народні танці та спортивні ігри.

Гіла робила все це сама, без допомоги чоловіка, і до того ж весь час працювала на пошті в післяобідню зміну, з 16:30 до 01:00. Вона роками спала по чотири години на добу.

— Коли в мене почався ревматоїдний артрит, мій лікар сказав: «Коли з'являється біль, треба зупинитись. Треба відпочити, тому що це означає, ваше тіло каже вам, що треба зупинитись». Отже, я так і роблю. Але справа в тому, що мій дім уже не такий, як раніше. Тоді я пилюсосила принаймні раз на день, іноді двічі. Тепер це робить мій чоловік, тому що я більше не можу. І мені не подобається, як він це робить. Тож іноді я роблю це ще раз, хоча він про це не знає. Я просто доробляю за ним. Мій дім більше не такий чистий та охайний, як був.

Гіла провела дитинство на Філіппінах, і яким воно було, читач, мабуть, уже здогадується. Вона була найстаршою з восьми дітей, і піклувалася про всіх. Батьки нещадно критикували її. Якщо було щось не так, її могли відшльопати.

— У мене була астма. І вона починалася щоразу, коли мене шльопали. І щоразу, коли вона починалася, мама казала: «Це божя кара за те, що ти була поганою. Тому що ти не зробила своєї роботи, тому що ти нечемно відповідала». І тому я намагалася робити все, що треба. Я не була поганою навмисно. Я намагалася робити все якнайкраще, але якщо я щось забувала, вона мене карала. А іноді я просто не могла зробити все так, як вона хотіла. Вона теж була перфекціоністкою.

На початку їхнього шлюбу чоловік Гіли бив її. Пізніше це перейшло в емоційну байдужість, але він і далі жорстоко ревнував та контролював її.

Хоча деякі фізіотерапевти згадували стрес у роботі з Гілою, жоден із терапевтів, які займалися її ревматоїдним артритом, ніколи не питав про її життєві та сімейні обставини. Мудрість сера Вільяма Ослера загубилася в безмежному Бермудському трикутнику сучасної медичної практики.

Коли почалося захворювання, Гіла зрозуміла, що їй потрібно зробити деяку психологічну роботу. Вона збагнула, що її небажана хвороба, можливо, намагалася чогось їй навчити. Медична система не могла їй допомогти. За власною вимогою Гілу направили до психотерапевта. «Він сказав, що мені не треба так засмучуватись, і що я маю поводитись із чоловіком, ніби він мій старший син. Я більше туди не ходила. Я не хотіла третього сина. Я хотіла чоловіка».

У жінок із ревматоїдним артритом спостерігалися порушення імунітету в стресові періоди, але тих, у кого були кращі шлюбні стосунки, загострення

запалення та біль минали^[13]. Інше дослідження показало, що підвищення стресу у відносінах пов'язане з посиленням запалення^[14].

Такі результати не дивні. Пригадайте, що стрес — це реакція на сприйняття загрози. Лабораторні дослідження показали, що багато органів та тканин організму під час та після періодів, які сприймаються як загрозові, більше вразливі до запалення та травм^[15]. Стимули, які сприймаються як потенційно небезпечні, можуть миттєво спричинити розширення кровоносних судин, набряки або кровотечу, підвищити схильність тканин до пошкоджень та знизити больовий поріг. Такі зміни можуть бути миттєво викликані навіть прийомами ведення інтерв'ю, які посилюють відчуття загрози.

Є кілька потенційних шляхів, завдяки яким надмірний психологічний тиск може вилитись у запалення суглобів, сполучних тканин та органів. Вчення впливового римського лікаря другого століття Галена говорить, що будь-яка частина організму може діяти на іншу частину через нервові зв'язки. Різкі зміни у відповідь на стрес, без сумніву, відбуваються через миттєву активність нервової системи. Розряди в мозку можуть змусити віддалені нервові закінчення виділяти потужний потік прозапальних молекул, які здатні через надмірну активність імунітету спричинити пошкодження суглобів. Деякі хімічні речовини, що виділяються нервами, є також больовими агентами. При аутоімунних захворюваннях у рідині запалених суглобів, а також у кровотоку, рівень таких речовин підвищений. Такий неймовірно швидкий механізм, напевно, спричинив різкий напад артрити у Рейчел, коли вона готувала сімейний обід, на якому не мала права бути сама. Суворість симптомів під час цього нападу відповідала силі її пригніченої емоційної реакції на ситуацію з братом.

У хронічних процесах аутоімунного захворювання бере участь уся суперсистема ПНІ, особливо тріада мозок-гормони-імунітет. Гіпотеза, що спричинені стресом порушення системи ПНІ є фізіологічними чинниками початків та спалахів аутоімунних хвороб, підкріплена багатьма дослідженнями.

Опис багатьох потенційних механізмів, якими стрес через посередництво системи ПНІ спричиняє аутоімунне захворювання, містить надто велику кількість наукових деталей, щоби приводити їх у цій книжці. Достатньо сказати, що через хронічну надмірну стимуляцію порушується механізм реакції на стрес, а саме вироблення ключового гормону стресу — кортизолу. Пригадайте, що нормальний рівень кортизолу регулює імунітет та пригнічує запальні реакції, запущені продуктами імунних клітин. При ревматоїдному артриті рівень кортизолу, який виробляється у відповідь на стрес, знижений — отже, можна зрозуміти, що спричиняє розлад імунітету та запалення. По-перше, імунітет уникає нормального контролю й починає атакувати свій

організм, а, по-друге, необхідні протизапальні реакції послаблені або неефективні.

Той факт, що при всіх аутоімунних захворюваннях постійно використовують один і той самий препарат кортикостероїд, а точніше, його синтетичний аналог — не випадковість. Кортизол — основний гормон стресу, і саме його баланс, як показують дослідження, найбільше потерпає внаслідок хронічних стресів. Аутоімунні захворювання сполучних тканин, від СЧВ та ревматоїдного артриту до склеродермії та анкілозуючого спондилоартриту, відображають виснаження та порушення нормальних механізмів реакції на стрес у організмі.

Виснаження — це слово, яке одразу викликає в мене в пам'яті одного з моїх колишніх пацієнтів з анкілозуючим спондилоартритом, тому що саме ним він описав своє життя до початку хвороби, і навіть після.

Роберт — відомий у Британській Колумбії лідер лейбористів. Ми розмовляли з ним у його офісі. Кремезний доброзичливий чоловік під п'ятдесят, Роберт говорить гучним голосом і має здорове почуття гумору. Коли йому треба повернути голову, щоби поговорити по телефону або подивитися на вас трішки під іншим кутом, він нахиляє весь тулуб. Очевидно, що його спина нерухома. «У мене все заморожене, від шиї до сідниць», — каже він.

Коли йому було двадцять п'ять, Роберт почав відчувати біль у п'ятках, дванадцять наступних років у нього був безперервний біль у суглобах плечей та ключиць. Кілька разів він звертався до лікарів, але згодом припинив. «Вони лише говорять тобі, що це те й те, або не те й не те. Вони не дають нічого для полегшення. А ви що зробили б?» Нарешті, після п'яти років болю в стегнах та ногах, він пішов до ревматолога.

— Я так беріг ліву ногу, що якимось лежав у ліжку, і моя жінка побачила, що одна нога в мене менша за іншу — усохли м'язи, бо я нею не користувався. Звісно, вона влаштувала істерику і змусила мене йти до лікаря.

За дванадцять років від початку симптомів до діагнозу Роберт ніколи не пропускав роботи. У багатьох аспектах його історія типова. Кожний профспілковий працівник, якого я колись лікував, працював за межами можливого. Ця робота потребує неймовірної кількості часу, не кажучи вже про постійний стрес та безперервні конфлікти, політику щодо профспілок, непередбачені зустрічі, справи, обов'язки, які ніколи не кінчаються. «У нашому лейбористському русі дуже-дуже хороший пенсійний план, — каже Роберт. — Причина такої прекрасної пенсії в тому, що ніхто не доживає до шістдесяти п'яти, щоб отримати цю пенсію... можливо, лише одиниці! Тому в нас такий сильний пенсійний план. Ніхто не виходить на пенсію».

Коли в Роберта почався ревматоїдний артрит, він подорожував усією Північною Америкою й налітав 100 000 миль на рік. У 1976 році, який він вважає найгіршим роком свого життя, він був у дорозі чотири з половиною місяці поспіль. «Весь цей час я не бачив сім'ю. Я працював на страйку на півдні Штатів, тому що я був у міжнародній спілці, у якій більше не було нікого з такою кваліфікацією. Я був в Арканзасі, Оклагомі, Джорджії, працював від дванадцяти до чотирнадцяти годин на день шість днів на тиждень». Спав він «у ті години, що залишалися від роботи».

— Що відбувалося у вашому особистому житті?

— Дружина, двоє дітей. Профспілковий рух завжди вбиває подружжя. Я не знаю жодного друга, досі одруженого з першою дружиною. Ті, з ким я починав у 1973-мі — дехто помер, а дехто мав уже два, три, а один навіть п'ять шлюбів! Ця робота просто проковтує тебе і випльовує... Тебе ніколи немає вдома, ти ніколи не приділяєш увагу сім'ї. Тепер я шкодую. Тоді я був надто дурний, щоби про це думати. Я не розумів, що мав. Тепер у мене близькі стосунки з дітьми — вони вже дорослі. Я не дуже пам'ятаю сина маленьким або підлітком — ну, звісно, у мене є світлини. Я навіть не знав, що в мене є донька, доки їй не виповнилося двадцять.

Не знаю, чи замислювався я про це, тому що всі навколо так жили. Це було частиною нашої культури. Мертві шлюби, пияцтво — це була звичайна справа. У групі своїх однолітків я першим кинув пити.

Роберт каже, що він схильний до залежності. «Не тільки від роботи. П'янки, жінки, азартні ігри, наркотики — цілих дев'ять років. Я не пив алкоголю з 19:40 2-го вересня 1980 року. Тоді я останнього разу випив пива. Я втомився прокидатися вранці на підлозі й віддирати язик від килима, почувавшись, як купа лайна. І курити я теж кидав, 132 рази. Проблема в тому, що 133 рази я починав знову. Це одна залежність, якої я так і не позбувся».

До організації профспілок Роберта спонукало та досі тримає бажання й можливість покращити життя людей, зробити суспільство справедливішим, більш рівним. «І тому ти ніколи не кажеш “ні”. Завжди залишається ще стільки всього не зробленого. Список несправедливостей ніколи не кінчається. Я почувався щасливим, що маю можливість зробити свій внесок у покращення цього світу».

Наразі Роберт навчився відмовляти надмірним вимогам. Цікаво, — і, можливо, не випадково — те, що він отримав від свого анкілозуючого спондиліту неочікувану користь у плані прояву емоцій.

«У мене є перевага над іншими щодо прояву гніву. Я володію мовою. Я ніколи ні на кого не кричу. Мені не потрібно кричати, я можу все просто донести до вас, мені допомагає контроль над диханням. Що є доброго в анкілозуючому

спондиліті — це те, що він блокує ребра спереду та ззаду». Роберт пояснює, що коли люди засмучуються та втрачають контроль над реакцією гніву, їхнє дихання стає дуже поверхневим — за допомогою міжреберних м'язів вони розширюють грудину, щоби наповнити легені повітрям. А він цього не може завдяки своєму АС.

«Щоби мати сильніший голос та краще контролювати мову, треба дихати за допомогою діафрагми. Ви цього не робите — ви дихаєте поверхнево, ваші ребра здіймаються та опускаються. А я маю дихати діафрагмою, тому здіймається та опускається мій живіт. М'язи діафрагми контролюються значно краще, ніж м'язи верхніх кінців ребер». Це також дає змогу краще контролювати емоції та забезпечує краще постачання мозку киснем.

— Раніше мені треба було над цим працювати. А тепер, оскільки мої ребра нерухомі, у мене немає іншого вибору.

— Це дуже цікаво. Вчителі йогічного дихання завжди кажуть, що треба дихати діафрагмою. Це здоровіший спосіб дихання. А ваш АС змусив вас це робити.

— Це надає мені силу більшої ясності. Здебільшого в людей гнів розпізнається по тому, що вони кричать. Так вони вербально проявляють свій гнів. А я з моїм способом дихання маю говорити короткими реченнями, обрізати потік слів і не кричати, а говорити ясным голосом. Управління диханням дає змогу контролювати самовладання та гнів, а під контролем я маю на увазі використовувати їх для того, щоб отримати бажане.

Слухаючи Роберта, я був вражений тим, як природа може через хворобу навчити дорослого того, чого він не зміг навчитися в дитинстві й коли був здоровим.

Одне з досліджень вказало на можливість того, що навіть болісне запалення при ревматоїдному артриті може мати захисну функцію: періоди чутливості суглобів були дуже сильно пов'язані зі зменшенням стресів упродовж наступного тижня.

«Результати дослідження мають важливе медичне значення, — йдеться у висновку. — Динамічна взаємодія між соціально конфліктними подіями та біллю суглобів описує гомеостатичну систему, у якій негативну соціальну взаємодію регулюють посилення захворювання»^[16].

Іншими словами, напади хвороби змушують пацієнта уникати стресових ситуацій. Тіло каже «ні».

Прекрасний баланс: біологія відносин

Мою пацієнтку, семирічну дівчинку, направили до Дитячої лікарні Британської Колумбії для операції на серці. Раніше в неї вже були дві операції через вроджену ваду серця. Її батьки добре знали всю процедуру, і вони хотіли змінити одне з правил операційної палати. Раніше їхня донька лякалась і чинила спротив, коли її прив'язували до операційного столу, її оточували незнайомі люди в масках, а руку насильно тримали, щоби ввести катетер з анестетиком. Цього разу батьки хотіли бути з нею, доки наркоз не подіє, і вона не засне. Хоча персонал лікарні вважав, що в присутності батьків дитина буде чіплятися за них та чинити спротив, вони все ж погодились. Процедура введення наркозу пройшла без проблем.

Традиційна медична практика виключення батьків з операційної не враховує важливості прив'язаності для регуляції емоцій, поведінки та фізіології дитини. Біологічний стан дитини в присутності батьків та без них дуже відрізняється. Нейрохімічний стан, електрична активність емоційних центрів головного мозку, частота серцебиття, кров'яний тиск та рівень причетних до стресу гормонів у сироватці крові дуже змінюються.

Життя можливе тільки в певних дуже чітко окреслених межах, як внутрішніх, так і зовнішніх. Скажімо, високий рівень цукру в крові ми витримуємо не краще, ніж високий рівень радіації внаслідок ядерного вибуху. Роль саморегуляції, як емоційної, так і фізичної, можна порівняти з термостатом, який забезпечує вдома постійну температуру, незважаючи на погодні умови назовні. Коли надворі холоднішає, ми включаємо систему обігріву. Якщо повітря в кімнаті перегрівається, ми вмикаємо кондиціонер. У тваринному царстві саморегуляція проявляється в тому, що теплокровні тварини можуть мешкати в різних умовах, не перегріваючись і не переохолоджуючись. Вони можуть пережити екстремальніші холод і спеку, ніж холонокровні тварини. Останні можуть існувати лише в значно вужчому діапазоні температур, тому що не здатні регулювати внутрішнє середовище.

Діти та дитинчата тварин фактично не здатні до саморегуляції; їхній внутрішній біологічний стан — частота серцебиття, рівень гормонів, активність нервової системи — повністю залежить від відносин із дорослим, який про них піклується. Такі емоції як любов, страх та гнів служать для самозахисту й одночасно підтримують необхідні стосунки із батьками або іншими дорослими, які піклуються про них. Психологічним стресом є все, що ставить під загрозу сприйняття дитиною безпечних надійних відносин із

дорослими, тому що будь-яке порушення відносин спричиняє тривожну бурхливість внутрішнього середовища.

Емоційні та соціальні стосунки зберігають вплив на біологічний стан не тільки в дитинстві. «Незалежної саморегуляції може не бути навіть у дорослому віці, — писав у 1984 році доктор Мирон Гофер, який був тоді професором відділення психіатрії та нейронаук у Медичному коледжі імені Альберта Ейнштейна в Нью-Йорку. — Соціальні взаємодії можуть і далі грати важливу роль у щоденній регуляції внутрішніх біологічних систем упродовж усього життя»^[1].

Наша біологічна реакція на зовнішні виклики дуже залежить від контексту та від відносин, які поєднують нас з іншими людьми. Як влучно висловив це один відомий дослідник: «Адаптація відбувається не тільки всередині особистості»^[2].

Люди як вид еволюціонували не як окремі істоти, а як соціальні тварини, чие виживання залежало від потужних емоційних зв'язків із сім'єю та племенем. Соціальні та емоційні зв'язки — це невід'ємна частина нашого неврологічного та хімічного складу. Усі ми добре знаємо це завдяки щоденному досвіду різних фізіологічних змін в організмі, спричинених взаємодією з іншими. Фраза «ти знову спалила тост» викликає дуже різну реакцію організму залежно від того, як її сказати: гнівно крикнути або промовити з усмішкою. Враховуючи нашу еволюційну історію та наявні наукові дані, абсурдно навіть припускати, що здоров'я та хвороби можна розглядати й розуміти окремо від психоемоційних процесів. «Основна ідея в тому, що фізіологічний гомеостаз та загальне здоров'я людини, як і інших соціальних тварин, залежить не тільки від матеріального, а й від соціального оточення»^[3].

Згідно з такою *біопсихосоціальною* точкою зору, біологія окремого індивідуума, його психологічне функціонування й міжособистісні та соціальні відносини працюють разом, впливаючи одне на одного.

Джойс — сорокачотирирічна професорка прикладної лінгвістики. Вона помітила, що головним чинником початку симптомів астми в неї є стрес, на який вона сама себе наражає.

«Мені здається, що напад трапляється тоді, коли я беру на себе більше, ніж можу винести. Навіть якщо я думаю, що можу, моє тіло якось дає мені зрозуміти, що ні.

Я вже десять років викладаю в університеті. Кілька років я була з-поміж викладачів єдиною жінкою. Тепер усе дійсно змінилося, я відчуваю, що мої зусилля не марні. Тепер у нас чотири жінки, і це добре, але внутрішньо я маю багато чого долати. Самостверджуватися. Вони ніколи не наймали жінок на мій

факультет. Атмосфера тут не сприяла розвитку жіночих ідей, появи професорок.

Я брала на себе багато справ. Це було важко. Нездатність відмовити — це про мене. Для мене відмова означала неймовірну порожнечу, якої я боялася. Я робила дуже багато справ, тільки щоби заповнити її».

Цієї осені та зими астма Джойс особливо посилилася. Їй довелося збільшити звичайні дози ліків, щоби відкрити дихальні шляхи та запобігти запаленню.

«Я зрозуміла, що моя хвороба змушує мене відмовляти. Я мала їхати до Балтимора за обміном, але я сказала: “Ні, я не можу”. Це трапилося кілька разів. Я скасовувала різні справи, говорячи “У мене напад астми, я не можу”. Але мені все ще доводиться за чимось ховатись. Я не можу просто сказати “Я не буду це робити”».

Слово астма походить від грецького, що означає «дихати важко». Це захворювання характеризується двостороннім звуженням маленьких дихальних шляхів бронхіол унаслідок напруги м’язів навколо них. Одночасно з цим набухає та запалюється оболонка бронхіол. До астми залучено всі компоненти системи ПНІ — емоції, нерви, імунні клітини та гормони. Нервові сигнали можуть спричинити звуження дихальних шляхів у відповідь на різноманітні стимули, наприклад, емоції. За запалення оболонки бронхіол, що є ще однією характеристикою астми, відповідає імунітет. Кінцевий наслідок — опухлість оболонки дихальних шляхів та накопичення в бронхіолах продуктів запалення.

При астмі порушується не вдихання, а виведення повітря зі звужених бронхіол. Астматику важко видихати, і він відчуває, як його грудна клітина напружується. Легені намагаються очистити заблоковані дихальні шляхи, активуючи рефлекс кашлю. При гострих нападах утруднене видихання спричиняє свистячий звук. При епізодах середньої важкості єдиним симптомом може бути дратуючий кашель. В одних людей астма має хронічний характер, в інших — епізодичний.

Залежно від індивідуальної схильності, напади астми можуть починатися від чого завгодно: алергії, фізичних вправ, холодного повітря, ліків (наприклад, аспірину), плачу, сміху, вірусних респіраторних інфекцій або емоційного збудження. Астма — одне з небагатьох захворювань, щодо яких медицина визнає сильний зв’язок тіла й розуму.

Емоції грають найважливішу роль у вразливості людини до астми незалежно від її триггеру — це може бути аспірин, холодне повітря або тривожність. Хронічний емоційний стрес підвищує чутливість імунної системи, і вона різко реагує на будь-який тригер.

Ще один шлях впливу емоцій на запалення при астмі — це гормони. Глюкокортикоїдні гормони — стероїдні протизапальні гормони, передусім кортизол — виробляють надниркові залози за сигналом від системи гіпоталамус-гіпофіз. Знижена реакція виділення кортизолу через порушення вісі гіпоталамус-гіпофіз може спричинити запалення.

Дослідження, проведене в університеті Трієра в Німеччині, виявило, що в дітей, які страждають на atopічний дерматит (екзема, сверблячі алергічні висипи) або астму, знижений рівень вироблення кортизолу у відповідь на стрес. «Коли їх просили розповісти історію або розв'язати усну математичну задачу, рівень концентрації глюкокортикоїдів у їхній слині підвищувався менше, ніж у здорових однолітків»^[4]. Дійсно, основні ліки при астмі — це штучні замінники гормону кортизолу.

Багато досліджень дітей та дорослих з астмою демонструють сильний зв'язок між важкістю протікання хвороби та станом емоційного збудження, який спричиняють відносини^[5]. Дослідники, які вивчали взаємодію між батьками та дітьми з астмою, виявили характерні моделі ненадійних стосунків прив'язаності. У дітей з астмою спостерігався вищий рівень страху розлуки в порівнянні не тільки зі здоровою контрольною групою, а й із дітьми, що страждали на значно серйозніше вроджене захворювання легень — кістозний фіброз^[6]. Іншими словами, причиною тривоги була не важкість захворювання.

Одне дослідження в тестових умовах вивчало дихання дітей з астмою віком від двох до тринадцяти років і порівнювало із контрольною групою здорових дітей. Кожна дитина слухала запис голосу матері та чужої жінки. «Незалежно від тону голосу, в астматичних дітей було більше порушень дихання під час прослуховування голосу матері, ніж голосу незнайомої жінки. Цей цікавий результат дає змогу припустити в цих дітей специфічний емоційний вплив голосу матері на дихання, відмінний від очікуваного: коли голос матері мав би бути заспокійливим»^[7].

У німецьких дослідженнях астматичні діти частіше, ніж здорові однолітки, мали довгі, наростаючі, негативні для обох сторін конфлікти з матерями та батьками. Їхні батьки були більш схильні до критики своїх дітей, ніж батьки інших дітей^[8]. Об'єктивні виміри показали, що коли діти з астмою переживали розчарування або критику з боку інших, об'єм повітря, що виходило з їхніх легень, зменшувався, що вказує на звуження дихальних шляхів. Зменшення об'єму спостерігалось і тоді, коли їх просили пригадати випадки сильного гніву або страху.

І пацієнт, і його родина не завжди визнають факт, що стрес може спричиняти астму. Доктор Сальвадор Мінухін із Клініки супроводу дітей у Філадельфії вивчає астму та інші захворювання в дітей. На його думку, високочутливі діти

сприймають підсвідомі сигнали оточення, особливо ті, що стосуються емоційного стану їхніх батьків. Він занотував, що сімейні системи, у яких діти хворіють, мають чотири спільні риси: скрутне становище, надмірна опіка (контроль), жорсткість та невміння вирішувати конфлікти. «Патологічно заплутана сімейна система характеризується високим рівнем відповідальності та участі в житті одне одного. Це може проявлятися у взаємозалежності у відносинах, порушенні меж особистості, слабо дифереційованому сприйнятті себе та інших членів родини й розмитих... межах особистості»^[9].

Один із нещодавніх періодів загострення астми в Джойс, який тривав сім місяців після першого нападу, трапився після сімейної зустрічі. Вона відчула агресію з боку старшого брата, і цей випадок розбудив її дитячі емоції страху та пригніченого гніву.

— У дитинстві я жила в постійному страху від проявів гніву. Мене ніколи не били, але в сім'ї було багато гніву — від батька та братів. Мати була співучасницею. Вона не захищала мене від їхнього гніву. Цей гнів не обов'язково був спрямований на мене, але він був навколо мене. Я почувалася безпомічною. Моя неспроможність відмовляти — це частково цей страх не догодити, опинитись у важкій ситуації. Навіть зараз мені дуже важко мати справу з проблематичними ситуаціями.

Постійний низький рівень гніву завжди був присутній у нас вдома. Мій батько був праведником у сім'ї. У нього завжди був такий вираз обличчя, такий тон голосу. Це завжди було так нерозумно, так по-дитячому. Він повадився не як доросла людина.

Я не могла до цього звикнути — я боялася. Я ніколи не почувалася в безпеці. Зараз моєму батькові вісімдесят два. Він доволі старий і тепер так не розходиться. А мій брат — дуже агресивна людина, він кидається на людей, і це може спустошувати.

Тільки згадати, що трапилося цієї осені... Наприкінці листопада день народження мого сина — шість років, велика подія. Батьки приїхали із Сієтла, брат теж приєднався до нас. Ми разом обідали. Він просто перейшов усі межі — критикував, гнівався на мене. Це було в п'ятницю. А в суботу був день народження сина, і мені було дуже сумно. Вранці в понеділок я не могла говорити, ходити, не могла нічого робити.

Нещодавнє австралійське дослідження підтвердило важливість позитивних соціальних відносин у подоланні стресу. У ньому брали участь п'ятсот чотирнадцять жінок, яким належало пройти біопсію молочної залози; з усіма провели інтерв'ю. У трохи менш ніж половини з них згодом виявили рак, у решти — доброякісні пухлини. Результат «показав істотний взаємозв'язок між

серйозними стресорами, що становлять загрозу життю, та соціальною підтримкою. *У жінок, що мали об'єктивно дуже загрозливий стресор, але не мали близької емоційної підтримки, ризик розвитку карциноми був у дев'ять разів вищий»*^[10].

Дослідники були здивовані такими результатами. Вони пишуть: «Наше відкриття взаємозв'язку між дуже загрозливими життєвими подіями та браком соціальної підтримки було *досить неочікуваним*, враховуючи відсутність сторонніх впливів».

Але це відкриття не дивовижніше, ніж той факт, що ризик потонути в людей без рятувальних жилетів, які не вміють плавати, невисокий — принаймні, доки вони не опиняться на глибоководді. З першого розділу читач пам'ятає, що під впливом стресу майбутніх екзаменів у студентів-медиків зменшилася активність імунітету, і найвразливішим виявився імунітет найсамотніших із них. Фізіологічне функціонування людини — навіть у теорії, не кажучи вже про практику — невід'ємне від емоційних та соціальних зв'язків, які допомагають нам триматись.

Сімнадцятирічне дослідження в Аламеді, Каліфорнія, вивчало можливий зв'язок між соціальними зв'язками людини або відчуттям ізолюваності та початком раку. На початку цього тривалого дослідження ніхто з його учасників не мав раку. «Найголовнішим чинником ризику для жінок виявилася соціальна ізоляція, принаймні, *відчуття ізоляції...* Враховуючи роль емоцій у гормональній регуляції, не дивно, що ізоляція має прямий вплив на розвиток цих видів раку»^[11]. Дослідники визначили, що рак молочної залози, яєчників та матки належать до гормонозалежних видів раку.

Ми всі по-різному переживаємо дію соціальних та міжособистісних стресорів або іншого зовнішнього тиску. Чим, окрім вродженого темпераменту, можна пояснити цю різницю?

Ключовим чинником є емоційний розвиток. Якби тій дитині на початку розділу було двадцять п'ять, то коли вона потребувала операції, їй не так необхідно було б тримати руку мами або тата, поки діє анестетик. Вона мала б достатньо здатності до саморегуляції, щоб активність ані нейротрансмітерів, ані гормонів стресу не вийшла з-під контролю без присутності батьків. Однак, не можна вважати, що емоційна незалежність автоматично приходить із віком. У будь-якому віці реакція на потенційні стресори дуже залежить від того, наскільки потреба в прив'язаності, страхи та тривоги домінують у нашому емоційному житті.

Згідно з теорією сімейних систем, яку запропонував нині покійний американський психіатр доктор Мюррей Бовен, хвороба — це не проста біологічна подія в окремої людини. Теорія сімейних систем визнає постійний

взаємозв'язок фізіологічного існування людей. Очевидний у матері та плода, цей зв'язок не припиняється з народженням і навіть із приходом психологічної зрілості. Як ми бачили, стосунки залишаються важливим біологічним регулятором упродовж усього життя.

Основна концепція теорії сімейних систем — *диференціація*, тобто «здатність бути в емоційному контакті з іншими й одночасно автономним у своєму емоційному функціонуванні». Погано диференційованій людині «бракує емоційних меж між нею та іншими і бракує “межі”, яка відокремлює процес мислення від процесу переживання емоцій, який її переповнює. Така людина автоматично поглинає тривогу інших та створює сильну тривожність у собі»^[12].

Добре диференційована людина може реагувати, виходячи з відкритого прийняття власних емоцій, які вона не підлаштовує, щоби догодити іншим, і не заперечує. Вона й не пригнічує свої емоції, і не проявляє їх імпульсивно. Колишній колега Мюррея Бовена доктор Майкл Керр — директор Сімейного центру університету Джорджтауну, округ Вашингтон. Доктор Керр розділяє диференціацію на два типи — *функціональна* та *базова*. Вони можуть виглядати однаковими, але з погляду здоров'я та стресу вони абсолютно різні.

Функціональна диференціація стосується здатності людини жити, *спираючись на відносини з іншими*. Наприклад, може бути так, що я здатен робити свою роботу добре, тільки якщо інші люди — мої підлеглі, партнер та діти — можуть поглинати мою неподолану тривожність, змирившись із моїм поганим характером, шкідливими звичками, браком емоційної близькості або навіть насильством. Якщо вони відмовляться від ролей, на які я їх призначив, я можу зламатись. Ось що таке функціональна диференціація. З іншого боку, якщо моя здатність функціонувати не залежить від того, чи роблять інші замість мене мою емоційну роботу — тобто, якщо я можу взаємодіяти з іншими людьми й одночасно залишатись емоційно відкритим для них та для себе — тоді про мене можна сказати, що в мене є базова диференціація. Що менше базової диференціації досягла людина, то більше її схильність до емоційних стресів та фізичних хвороб.

Одна тисяча чотириста кадетів академії Вест Пойнт були учасниками чотирирічного дослідження стресу, адаптації та імунітету. Вони проходили психологічні тести та регулярно здавали аналіз крові на вірус Епштейна-Барра, який є збудником інфекційного мононуклеозу. Найвразливіші до вірусу та схильні до клінічної хвороби учасники мали спільні риси: у них були високі очікування від себе, вони докладали великих зусиль у навчанні, їхні батьки мали високі досягнення^[13]. Ми бачимо зв'язок між стресом та усвідомленою необхідністю відповідати батьківським очікуванням — тобто, між внутрішнім

біологічним середовищем та постійною потребою дитини в прийнятті та визнанні.

В іншому дослідженні брали участь заміжні жінки й така ж кількість жінок, які розлучилися або розійшлися. У групі заміжніх жінок на основі самозвіту оцінювались якість відносин та задоволення від шлюбу. Зразки крові кожного з учасників показували їхню імунну активність. Погані стосунки були «чітко й однозначно» пов'язані зі слабким імунітетом. У групі розлучених жінок двома психологічними чинниками, найбільш пов'язаними зі зниженим імунітетом, були час, який пройшов із моменту розриву відносин (що менше пройшло часу, то пригніченим був імунітет) та ступінь прив'язаності до колишнього партнера (що більша емоційна прив'язаність, то гірше працював імунітет)^[14]. Жінки з кращою здатністю до саморегуляції та меншою емоційною залежністю від відносин, які їх не задовольняли, мали сильніший імунітет. Краща диференціація означає краще здоров'я.

Залежний партнер у відносинах бере на себе непропорційно більший об'єм спільної тривоги — це пояснює, чому набагато більше жінок, ніж чоловіків, страждають від тривожності та депресії. (Тут найважливіша не *сила*, а саме *влада* — тобто, хто чий потреби задовольняє). Це не означає, що ці жінки більш психологічно не стабільні, ніж їхні чоловіки, навіть якщо здається, що останні функціонують ефективніше. Що дійсно не збалансоване у відносинах — це те, що жінки поглинають стреси та тривоги своїх чоловіків, намагаючись одночасно долати свої власні.

Пригадаймо Ненсі, дружину чоловіка з виразковим колітом, яку дратувала обсесивна, сувора, усе контролююча поведінка її чоловіка¹². Хвороба Тіма багато років була під відносним контролем. Ненсі вдавалося поглинати більшість його тривог та стресів, але за власний рахунок. Зараз Ненсі лікується від депресії і тривожності й каже, що вона на межі. «Я відчуваю, ніби в мене ще одна дитина, — розповідає вона, — тому що він дуже вимогливий. Тепер я розумію, що в мене насправді четверо дітей, за яких я відповідаю. Я виконую батьківську роль за нас обох. Дуже довго я пригнічувала свої емоційні потреби, навіть не розуміючи, що вони в мене були. Страшно думати, що я навіть не розуміла цього, поки не стався цей мінізрив». Якщо Ненсі позбавиться цієї односторонньої ролі у відносинах, хвороба Тіма може тимчасово погіршитись — принаймні, якщо він не навчиться брати більше відповідальності за свої емоції.

¹² Див. розділ 10

Партнер, який має нехтувати власними потребами задля збереження відносин, ймовірно матиме фізичні хвороби — звідти, наприклад, більша поширеність серед жінок аутоімунних захворювань та видів раку, що не

пов'язані з курінням. «Існування зв'язку між організмом та розумом, а також між однією людиною та іншою, означає можливість того, що *тривога* одного проявиться у вигляді *фізичного симптому* в іншого, — пише доктор Керр. — Як у випадку з емоційним розладом, схильнішим до появи фізичних симптомів буде той партнер, який більше пристосовується для підтримання гармонії відносин»^[15].

Важлива мета природи — сприяти розвитку індивідуума від повної залежності до незалежності, або, точніше, до взаємозалежності зрілих дорослих людей, що живуть разом у суспільстві. Розвиток — це рух від зовнішньої регуляції до саморегуляції, наскільки дозволяє генетичне програмування. Люди, які добре управляють своєю поведінкою, краще взаємодіють з іншими та здатні виховувати дітей, які теж опанують це вміння в дорослому житті. Усе, що заважає цьому завданню, загрожує довготривалому виживанню організму. Майже з моменту народження ми спостерігаємо напругу між двома потребами, що доповнюють одна одну — у безпеці та автономії. Розвиток означає поступовий рух людини, відповідно віковим особливостям, від потреби в безпеці до прагнення автономії, від прив'язаності до індивідуалізації. Жодна з цих потреб не зникає повністю, і жодна не повинна повністю домінувати за рахунок іншої.

Із підвищенням здатності до саморегуляції в дорослому віці приходить потреба в автономії — заради свободи робити свій справжній вибір. Усе, що підриває автономію, сприйматиметься як джерело стресу. Стрес відчувається завжди, коли бракує здатності успішно реагувати на події в соціальному або фізичному середовищі, або коли піддослідна тварина чи людина відчуває безпомічність, відсутність значущого вибору — іншими словами, коли підривається автономія.

Однак автономію важливо переживати так, щоби не порушити соціальні взаємини, від яких теж залежить виживання, як близькі емоційні, так і інші важливі стосунки — з керівником на роботі, колегами, представниками влади. Що менше емоційної саморегуляції в дитини, то більше в дорослому житті вона залежатиме від стосунків, щоби підтримувати баланс. Що більша залежність, то більша загроза у випадку втрати або погіршення цих відносин. Отже, *вразливість до суб'єктивних або фізіологічних стресів буде пропорційною рівню емоційної залежності*.

Щоби мінімізувати стрес у важких відносинах, людина має поступитися частиною своєї автономії. Однак це не запорука здоров'я, оскільки втрата автономії сама собою є причиною стресу. Той, хто втрачає автономію, підвищує свій рівень стресу, навіть якщо на поверхні це може виглядати як необхідна жертва заради «надійності» взаємин, і навіть якщо суб'єктивно ми

відчуваємо полегшення, отримавши цю надійність у такий спосіб. Якщо я хронічно пригнічую свої емоційні потреби заради того, щоби бути «бажаним» для інших, я підвищую ризик того, що доведеться сплатити за це велику ціну свого здоров'я.

Інший шлях захистити себе від стресу в ненадійних відносинах — це закрити свої почуття. Щоби почуватись у безпеці, вразлива людина віддаляється від інших та відмовляється від близькості. Така модель подолання стресу може допомогти уникнути тривожності та блокувати суб'єктивне переживання стресу, але не його фізіологічний аспект. Емоційна близькість — це фізіологічна та біологічна необхідність. Ті, хто будує стіну, захищаючись від близькості, не вчаться саморегуляції, вони емоційно паралізовані. Їхній стрес від незадоволених потреб буде дуже високим.

Соціальна підтримка допомагає долати стрес. Тісний зв'язок між здоров'ям та соціальними взаєминами багато разів підтверджували. У дослідженні в окрузі Аламеда соціально ізольовані учасники були більш схильні до різних захворювань. У трьох різних дослідженнях літніх людей ризик смерті впродовж наступних п'яти років прямо пов'язаний із соціальною інтеграцією — що більше в людини соціальних зв'язків, то нижчий ризик смерті. «Рівень соціальних зв'язків та підтримки, — робить висновок група дослідників, —... сам собою, незалежно від інших чинників ризику, залишається потужним показником майбутніх захворюваності та смертності»^[16].

Отже, біологічна регуляція стресу дорослої людини залежить від хиткого балансу між соціальною інтеграцією та надійністю відносин з одного боку і справжньою автономією з іншого. Усе, що порушує цей баланс, є джерелом стресу, незалежно від того, усвідомлює людина це чи ні.

Біологія втрати

Рейчел, яка на свято Рош га-Шана пережила перший напад ревматоїдного артрити — тендітна жінка майже п'яти футів на зріст. Вона сидить на дивані, така мініатюрна, поряд із велетенським плюшевим ведмедем, якого вона підклала собі під спину. Щось у її вигляді нагадує про те, якою емоційно та фізично недогодованою вона була в ранньому дитинстві.

— Під час пологів я захлинулася навколоплідними водами, що потрапили в легені. Перші чотири тижні я провела в інкубаторі. Тоді, в 1961 році, гадки не мали, що новонароджені в інкубаторі теж потребують дотиків. Тож мій перший місяць життя був наповнений голками, уколами, аналізами. Мати не приходила, тому що їй треба було доглядати за братом. Чи приходив батько... не знаю.

Наслідки емоційної і тактильної депривації першого місяця можна було б подолати, якби потім у Рейчел були теплі відносини, але це був не той випадок. Їй не пощастило майже із самого зачаття. Її мати сподівалася, що вагітність допоможе їй зберегти шлюб, але батько покинув їх раніше, ніж Рейчел народилася. Можна собі уявити стан матері, яка залишилася сама виховувати двох дітей — маленького сина, який тільки починав ходити, та новонароджену дівчинку.

За таких обставин потреба виправдовувати своє існування стала другою суттю Рейчел — це ні для кого не буває *першою*. Вона постійно чекала, коли її покинуть. «Я думаю, якщо хтось дізнається, яка я насправді, то точно піде від мене», — каже вона. Коли нещодавно на свята вона отримала кілька запрошень у гості, вона була приголомшена. Їй майже неможливо повірити, що хтось хоче просто побути з нею, нічого від неї не потребуючи.

Після отримання діагнозу Рейчел почала психотерапію. У результаті тепер вона значно краще розуміє, що відчуває в будь-який момент. Однак найважче їй усвідомити гнів. Зазвичай він виникає, коли вона відчуває приниження та неповагу, як, наприклад, нещодавно, коли мати розкритикувала її рішення відвідувати психотерапевта. «Вона не розуміє, як я можу витратити частину прибутку на терапевта, замість того, щоби піти до психіатра, послуги якого сплачує страховка. Але я, нарешті, знайшла того, з ким можу поговорити, а мати думає тільки про гроші». Проте замість того, щоби спокійно сказати, що таким є її рішення, Рейчел почала сперечатися і просити матір зрозуміти її. Сварка спричинила тижневу анорексію — це її спосіб спрямовувати гнів на себе.

Коли потрібно самоствердитися, Рейчел ковтає гнів і намагається виправдати себе, умирити іншу людину або зробити щось, щоб переконати її «зрозуміти». Ці зусилля — автоматична реакція вразливої дитини, яка відчайдушно намагається зробити так, щоб батьки зрозуміли її потреби. Її тривожність та страх бути покинутою змушують її придушити будь-які емоції, які можуть спричинити її відторгнення.

А от домашня кролиця Рейчел дуже чутлива до емоційних станів своєї хазяйки. Коли Рейчел гнівається, кролиця просто не йде до неї на руки. «Коли я знаю, що гніваюсь, я залишаю її в спокої. Якщо я гніваюсь, але не розумію цього, вона не дозволяє до неї торкатися — вона дає мені це зрозуміти, я заглядаю в себе й майже завжди усвідомлюю, що мене щось дратує». Хоча комусь це може здаватися дивним, пояснення дуже просте. У людей та тварин є спільні структури мозку, які передували розвитку фронтальної кори з її мовленнєвим апаратом та раціональним мисленням. Вони спілкуються за допомогою лімбічної системи, яка є емоційним центром мозку. На відміну від людей, тварини дуже чутливі до сигналів лімбічного мозку — як свого, так і господаря або господарки. Отже, кролиця відчуває загрозу від гніву, який Рейчел не усвідомлює.

Як же так вийшло, що людина потребує сигналів від кролика, щоб усвідомити свій гнів? Відповідь можна знайти у вихованні. Жодна дитина не схильна пригнічувати емоції — якраз навпаки. Той, хто хоч раз пробував змусити немовля проковтнути їжу, яку він не хоче, або переконати малюка хоча б відкрити рота, коли він не голодний, не має сумнівів у вродженій здатності дітей чинити спротив насильству та проявляти незадоволення. Так чому ж ми починаємо ковтати їжу, яку не хочемо, та ховати почуття, які не хочуть бачити наші батьки? Зовсім не з природної потреби, а від необхідності виживати.

Ми можемо свідомо пригадати лише деякі аспекти дитячого досвіду. Наприклад, Рейчел *пригадує* відчуття відторгнення та приниження, коли вона йшла за батьком та братом, що обіймалися й розмовляли попереду неї. Вона також знає історію свого народження, хоча не може її свідомо пам'ятати. Але навіть без цієї інформації в нас є факти, що безпомилково свідчать про досвід її раннього дитинства: її відчайдушне прагнення встановити близькі відносини; її постійні, попри майже сорок років безрезультатності, благання до матері про розуміння; і, нарешті, покладання на домашню тварину як сенсора своїх почуттів. Така поведінка виявляє надзвичайно точну систему пам'яті, яка була вбудована в її мозок у ранньому дитинстві. Ця система пам'яті впливала на її поведінку все життя і згодом підготувала підґрунтя для появи аутоімунного захворювання.

Біологічні причини потенційного захворювання з'являються в ранньому дитинстві. Механізми реакції мозку на стрес формуються, починаючи від самого народження, так само як і неявні, неусвідомлені спогади, які управляють нашим ставленням до світу, себе та інших людей і поведінкою з ними. Рак, розсіяний склероз, ревматоїдний артрит та інші захворювання — це не раптові події або новоутворення в житті дорослої людини, а кульмінація процесів, що тривали все життя. Взаємодії з людьми та біологічний імпринтинг, які сформували ці процеси, сталися в період нашого життя, про який ми, ймовірно, не маємо свідомих спогадів.

Тема незадовільних відносин із батьками є в майже сотні детальних інтерв'ю, які я провів для цієї книжки. Пацієнти, з якими я спілкувався, мали дуже широкий спектр різних захворювань, але спільним лейтмотивом цих історій були втрата або глибоко незадовільні емоційні відносини з батьками в ранньому дитинстві. Рання емоційна депривація в історіях життя пацієнтів із серйозними хворобами підтверджена і великою кількістю досліджень, інформація про які є в медичній та психологічній літературі.

Дослідження жінок із раком статевих органів, проведене в Італії, зазначає, що їхні стосунки з батьками були не такі близькі, як у контрольної групи. Також ці жінки виявилися емоційно закритішими і стриманішими^[1].

У великому європейському дослідженні порівняли 357 онкологічних пацієнтів із 330 учасниками контрольної групи. Жінки з онкологією набагато рідше згадували своє дитинство з приємними почуттями. Аж 40 % пацієнтів із раком пережили смерть одного з батьків до досягнення сімнадцяти років — у два з половиною рази частіше, ніж у контрольній групі^[2].

Ми вже згадували раніше тридцятирічне дослідження студентів медичної школи університету Джона Гопкінса. Ті випускники університету, чий перший інтерв'ю, проведений ще в медичній школі, виявили низьку емоційну близькість із батьками, мали вищий ризик захворювань. У середині життя в цій групі були частіші випадки суїциду, психічних захворювань, високого кров'яного тиску, серцевих захворювань або раку. У схожому дослідженні студентів останнього курсу Гарварду опитали про те, як вони оцінюють опіку та любов своїх батьків. Через тридцять п'ять років в учасників перевірили стан здоров'я. У середині життя з тих учасників, хто дуже позитивно згадував про батьківську опіку, хворіла тільки четверта частина групи. Для порівняння, 90 % тих, хто негативно оцінював емоційну підтримку та близькість із батьками, мали захворювання. *«Проста та прямолінійна оцінка відчуття людиною того, що її люблять, тісно пов'язана зі станом її здоров'я»*, — зробили висновок дослідники^[3].

Тактильний контакт — це перше знайомство новонародженого зі світом. Це найперший спосіб відчувати любов. Матері у світі ссавців постійно надають

тактильну стимуляцію своєму потомству: наприклад, щури вилизують дитинчат, примати гладять і пестять їх. Ешлі Монтегю у своїй неймовірній книжці «Дотик: Значимість шкіри для людини» пише: «Різноманітні способи, у які новонароджений та старший малюк отримують це, мають першочергове значення для їхнього здорового фізичного та поведінкового розвитку. Здається ймовірним, що тактильна стимуляція для людини грає фундаментальну роль у розвитку здорових емоційних та люблячих відносин; це “вилизування” в його актуальному та фігуральному сенсі тісно пов’язане з любов’ю — коротше кажучи, людина вивчає любов не за інструкціями, а коли її люблять».

З експериментів над тваринами відомо, що фізичні дотики сприяють виробленню гормонів росту, завдяки чому швидше набирається вага, й організм розвивається краще. Ці закономірності стосуються й людей. В одному дослідженні передчасно народжених малюків розділили на дві групи. Харчування та всі інші умови були ідентичні, за одним винятком: одній групі впродовж двох тижнів тричі на день по п’ятнадцять хвилин надавалася тактильна стимуляція. «Надання такої стимуляції малюкам призвело до значно швидшого збільшення ваги, окружності голови та покращення поведінкових показників», як порівняти з контрольною групою^[4]. Брак фізичних дотиків, який пережила Рейчел, порушив її фізичний розвиток та дав їй перший натяк на те, що вона не бажана і її не люблять. Пізніші події лише посилили це перше враження.

Взаємодія зі світом програмує наш фізіологічний та психологічний розвиток. Емоційний контакт так само важливий, як і фізичний. Вони досить схожі, що ми визнаємо, коли говоримо «торкати» в сенсі «зворушувати, викликати почуття». Наші органи чуття та мозок представляють собою інтерфейс, через який відносини впливають на наш розвиток від народження до дорослого віку. Емоційні соціальні взаємодії без сумніву впливають на розвиток мозку людини. Від самого народження вони регулюють характер, активність та розвиток психонейроімуноендокринної (ПНІ) суперсистеми. Притаманні нам моделі подолання фізичного та психологічного стресу також закладаються в ранньому дитинстві.

Неврологи Гарвардського університету вивчали рівень кортизолу в сиріт, яких виховали в Румунії в жахливих умовах сирітських будинків за часів режиму Чаушеску. У цих будинках один вихователь доглядав за двадцятьма дітьми. За винятком необхідних процедур, цих дітей не брали на руки й не торкались до них. Вони демонстрували рухи самообіймів та депресивну поведінку, типову для покинутого дитинча, як у людей, так і в приматів. Аналіз слини показав аномальний рівень кортизолу — це свідчить про те, що робота вісі ГГН (гіпоталамус-гіпофіз-наднирники) уже порушена^[5]. Як ми вже бачили,

порушення дії вісі ГГН спостерігається при аутоімунних захворюваннях, онкології та інших хворобах.

Досить легко інтуїтивно зрозуміти, чому насильство, травма та надзвичайне занедбання в дитинстві призводять до негативних наслідків. Але чому багато людей мають пов'язані зі стресом хвороби, хоча вони *не* пережили насильства або травми? Ці люди страждали не тому, що на них вплинуло щось погане, а тому, що вони були позбавлені чогось доброго. Як написав у спеціальному випуску журналу Psychosomatic Medicine у 1996 році директор факультету психобіології розвитку Колумбійського університету доктор Мирон Хофер: «Парадоксально, як *відсутність* чогось або когось створює такі порушення... *Це має бути біологія втрати, і ми маємо її віднайти*»^[6].

Ми краще зрозуміємо, як відсутність чогось або когось створює фізіологічні порушення, якщо пригадаємо наше обговорення стресу. Усі стресори представляють втрату або загрозу втрати необхідних компонентів середовища, компонентів, які організм сприймає як необхідні для виживання. У книжці «Що таке стрес» С. Левін та Г. Урсін зазначили: «Стресовий стимул... означає, що відсутнє або ось-ось зникне те, що надзвичайно важливе або бажане для організму»^[7].

Для будь-якого теплокровного створіння життя без батьків неможливе. З причин, набагато ширших, ніж прості фізичні потреби, у людей дитина залежить від дорослих набагато довше, ніж дитинча будь-якого іншого виду. Батьківські фігури — це більше, ніж захисники від хижаків та ті, хто годує, дає дах над головою і вчить життєвої мудрості. Як показав сумний приклад румунських сиріт, батьки є також біологічними регуляторами незрілих імунної та емоційної систем дитини. Батьківська любов — це не просто тепле і приємне емоційне переживання, це біологічна умова, необхідна для здорового психологічного та фізичного розвитку. Батьківська любов та увага сприяють оптимальному визріванню нейронних зв'язків мозку, психонейроімунної системи та вісі ГГН.

Мозок новонародженої людини має значно менший розмір та зрілість у співвідношенні до мозку дорослого, якщо порівнювати це співвідношення в інших ссавців. Для порівняння, жереб'я може бігати вже в перший день свого життя, а новонародженій людині ще понад півтора року не вистачатиме для цього необхідних нервових зв'язків, зорово-просторових навичок та координації м'язів. Пряма анатомічна причина для народження людини в цей світ такою незрілою — це розмір голови. Найбільший діаметр у тілі новонародженої дитини має голова. Саме для цієї частини тіла ризик застрягти в родових каналах є найвищим. Одночасно з тим, як розмір голови еволюційно збільшувався, щоби вмістити надзвичайно складну будову й усі можливості

мозку, розмір тазу зменшувався, щоби забезпечити збалансований рух на двох ногах. Не можна пересуватися на двох ногах із тазом, як у коня. Отже, у ході еволюції голова людини збільшилася в розмірі, а таз зменшився; і якби наприкінці вагітності мозок був би ще набагато більший, дитина не змогла б народитись.

Три чверті зросту в розмірі та 90 % розвитку мозку припадає на перші три роки життя. Одразу після пологів мозок людини, на відміну від інших ссавців, продовжує рости з тією ж швидкістю, як і в утробі. У перші місяці життя й далі відбувається надзвичайно швидкий та складний розвиток нервових зв'язків, або синапсів. У деякі періоди формуються мільйони нових синапсів за секунду.

Протікання будь-якого процесу розвитку залежить не тільки від генетичного потенціалу, а й від умов довкілля. Найкращі та найтвердіші сорти пшениці не виростуть у сухому та безплідному ґрунті. Десятиріччя неврологічних досліджень довели, що невід'ємною вимогою розвитку людського мозку є люблячі та підтримуючі емоційні відносини з батьками. Емоційні взаємодії або стимулюють, або пригнічують ріст нейронів та нейронних зв'язків за допомогою складного процесу, до якого належить виділення природних хімічних речовин. Ось досить спрощений приклад: коли немовля переживає «радісні» події, виділяються ендорфіни — «гормони щастя і винагороди», природні опіати. Ендорфіни сприяють росту нейронів та збільшенню їхніх зв'язків. І навпаки, експерименти з тваринами показали, що хронічно високий рівень гормонів стресу, таких як кортизол, спричиняє зменшення важливих центрів мозку.

Нейронні зв'язки та нейрохімія мозку розвиваються у відповідь на стимули довкілля. Новонароджений з ідеальним зором буде абсолютно сліпим, якщо його помістити на п'ять років у темну кімнату, тому що для розвитку нейронних зв'язків, пов'язаних із зором, необхідна стимуляція світловими хвилями. Виживання нейронів та їхніх синапсів визначає «дарвінове» змагання: виживають та ростуть ті, що використовуються. Позбавлені відповідної стимуляції середовища нейрони атрофуються та гинуть, або їхній розвиток порушується.

Основна мета людського розвитку — поява самодостатньої людини, здатної керувати власною поведінкою й жити у взаємодії з іншими людьми в соціальному контексті. Відносини з батьками, які усвідомлюють і приймають потреби дитини та можуть з емпатією та розумінням поставитися до емоційних сигналів дитини, життєво необхідні для розвитку саморегуляції в дитини. Емоції — це позитивні («Я хочу більше цього») або негативні («Я хочу менше цього») стани психологічного збудження. Новонароджені та малі діти не здатні регулювати свої емоційні стани, і тому мають підвищений ризик виснаження й

навіть смерті, якщо не відбувається регуляція завдяки взаємодії з батьками. Отже, близькість із батьками служить для підтримання біологічної регуляції малюка.

Саморегуляція потребує координованої активності анатомічно окремих відділів мозку, у якій вищі, нещодавно розвинені відділи м'яко домінують над нижчими, древнішими відділами. Найстаріший і найнеобхідніший відділ для життя — це *стовбур головного мозку*, де виникають примітивні імпульси «рептильного мозку» і який контролює базові автономні функції, серед яких голод, спрага, серцево-судинні та дихальні рефлексі, температура тіла та багато інших. Найновіша частина мозку — це *неокортекс*, або *нова кора* спереду мозку. Слово «кортекс» саме й означає «кора», як кора дерева, і належить до тонкого обідка сірої речовини, яка оточує білу речовину мозку. Вона складається переважно з тіл нейронів та здійснює найскладніші та розвинені функції головного мозку. Ця префронтальна кора регулює наші реакції на світ, які стосуються не примітивних рефлексів, а засвоєної в процесі життя інформації, визначаючи, що є дружнім, нейтральним або ворожим, і що соціально корисним або ні. До функцій префронтальної кори належать контроль імпульсів, соціально-емоційний інтелект та мотивація. Здебільшого регуляційна робота кори полягає не в *ініціації* дій, а в *пригніченні* імпульсів, які виникають у нижчих центрах мозку.

Посередником між регуляторними процесами кори та базовими функціями стовбуру мозку, пов'язаними з виживанням, є *лімбічний* емоційний апарат. До лімбічної системи належать структури, що розташовані між корою та стовбуром, але також і деякі частини кори. Лімбічна система також необхідна для виживання. Без неї регуляційна здатність кори та її здатність до мислення діяли б, як мозок обдарованого ідіота: інтелектуальні знання були б відокремлені від реального сприйняття світу.

Емоції пояснюють нам світ. Вони мають сигнальну функцію й розповідають про наш внутрішній стан під час реакції на зовнішні стимули. Емоції відповідають на теперішні стимули згідно з минулим досвідом і передбачають майбутнє, базуючись на нашому сприйнятті минулого.

Структури мозку, що відповідають за переживання та дію емоцій, як у корі, так і в середньому мозку, розвиваються у відповідь на сигнали батьків, так само як зорові нейронні зв'язки розвиваються у відповідь на стимули світових хвиль. Лімбічна система визріває, «зчитуючи» та сприймаючи емоційні повідомлення батьків. Центри мозку, що управляють як свідомими, так і несвідомими процесами, навчаються розуміти світ і життя на основі взаємодії з батьками. Нейронні мережі, що відповідають за виділення важливих нейротрансмітерів, таких як серотонін, норепінефрин, дофамін, необхідних для стабільності

настрою, збудження, мотивації та уваги, стимулюються та координують свою роботу в контексті відносин дитини з тим, хто про неї піклується. У мозку новонароджених мавп після лише кількох днів розлучення з їхніми матерями були виявлені серйозні порушення балансу цих різноманітних нейротрансмітерів.

У взаємодії з батьками формується відчуття світу дитини: чи це світ любові та прийняття, або світ байдужості та нехтування, у якому треба пробиватися самому, щоби задовольнити свої потреби, або, ще гірше, це ворожий світ, у якому необхідно завжди бути в стані тривожної збудженості. Майбутні відносини будуватимуться на основі нейронних мереж, закладених у взаємодії з батьками або тими, хто піклується про дитину від її народження. Ми розумітимемо себе так, як, за нашим відчуттям, розуміли нас, любитимемо себе так, як на найглибшому підсвідомому рівні ми сприймали любов до себе, піклуватимемося про себе із тією ж чуйністю, яку глибоко в серці відчували до себе в ранньому дитинстві.

Порушення відносин прив'язаності в неонатальному періоді та дитинстві можуть мати довготривалі наслідки для механізму реакції на стрес, а також для імунітету. Велика кількість експериментів із тваринами довели, що є міцний зв'язок між порушеннями ранніх відносин прив'язаності та дисбалансом реакції на стрес у дорослих. І навпаки, турботливі стосунки прив'язаності сприяють розвитку кращих біологічних реакцій на стрес у дорослих.

Для задоволення потреб прив'язаності людині необхідно більше, ніж фізична близькість та дотики. Не менш важливий турботливий емоційний зв'язок, зокрема, якість *налаштованості*. Налаштування, процес, у якому один із батьків «налаштовується» на емоційні потреби дитини — це дуже тонкий процес. Він глибоко інстинктивний, але може легко розладитись, якщо піклувальник переживає стрес або його відволікають емоційні, фінансові чи будь-які інші проблеми. Налаштованості може не бути й тоді, коли він не мав його у своєму власному дитинстві. У багатьох дитячо-батьківських відносинах є сильна прив'язаність та любов, але немає налаштованості. Діти в неналаштованих відносинах можуть відчувати, що їх люблять, але на глибокому рівні не відчувати, що їх приймають саме такими, якими вони є. Вони навчаються показувати батькам тільки свою «прийнятну» сторону, придушуючи емоційні реакції, які батьки не визнають та відхиляють, та навчившись відхиляти самих себе за те, що ці реакції в них взагалі виникають.

Малюки, чий батьки не мали змоги надавати їм необхідної емоційної близькості та налаштованості, тому що самі переживали надто сильний стрес, можуть вирости з хронічною схильністю до самотності у своїх емоціях, із відчуттям — реальним або ні, — що всім байдуже до їхніх почуттів, що ніхто

їх «не розуміє». Ми зараз говоримо не про брак батьківської любові, не про фізичне розлучення з батьками, а про відсутність у дитини відчуття, що її бачать, розуміють, що їй співчують, що її сприймають і розуміють її емоції. Феномен фізичної близькості, але емоційної байдужості назвали *емоційною відчуженістю*. Емоційна відчуженість стається тоді, коли між матір'ю або батьком і дитиною бракує емоційної налаштованості, або коли її перервано через стрес, що відволікає дорослого від дитини.

Прикладом такого переривання може бути погляд піклувальника убік під час одного з дуже приємних візуальних контактів із дитиною, коли вони дивляться в очі одне одному. Інший приклад — це наполягання дорослого на контакт, коли він бажає взаємодії з дитиною, а дитині в цей момент необхідно перепочити від їхнього інтенсивного спілкування.

«Експерименти з приматами показують, що новонароджені можуть переживати серйозні реакції сепарації навіть тоді, коли їхні матері знаходяться в полі зору, але не налаштовані на них емоційно, — пише психолог, теоретик та дослідник Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі Алан Шор. — Я припускаю, що емоційна відчуженість — це дуже поширений і вагомий феномен раннього розвитку дитини»^[8].

При емоційній відчуженості дорослий фізично присутній, але емоційно відсутній. Така взаємодія між батьками та дітьми стає дедалі частішою в нашому стресовому суспільстві. Рівень стресу, який переживає дитина під час емоційної відчуженості, наближається до рівня стресу при фізичному розлученні. Емоційна відчуженість впливає на дитину, ймовірно, на рівні підсвідомості, ніж на рівні свідомих думок або почуттів. Пізніше, згадуючи дитинство, дорослий не пригадає цього досвіду, але він закріпився в ньому як біологія втрати.

Досвід емоційної відчуженості стає частиною психологічного програмування: людина, яку в дитинстві «виховали» в такий спосіб, ймовірно, вибиратиме дорослі відносини, які відтворюють динаміку емоційної відчуженості. Наприклад, вони можуть вибрати партнера, який не розуміє, не приймає або не цінує їх такими, якими вони є. Отже, фізіологічний стрес, спричинений емоційною відчуженістю, буде продовжуватись і повторюватись у дорослому житті — і часто знову несвідомо.

З огляду на інформацію попередніх розділів, можна звинуватити батьків у тому, що в їхніх дітей у дорослому віці виникають серйозні хвороби. Але цей висновок зовсім не відповідає моїм намірам і не узгоджується з науковими даними. Стиль виховання не відображає кількості любові в серцях батька та матері — тут грають інші, буденніші чинники. Батьківська любов безкінечна, і це пояснюється практичними причинами: безкорисне й віддане виховання молодого покоління вбудоване в механізм прив'язаності мозку ссавців.

Якщо *почуття* любові дорослого закуте, то це тільки тому, що він сам глибоко страждає. Працюючи з наркозалежними людьми в Даунтаун Істсайд у Ванкувері, я бачив багато чоловіків та жінок, які вживали наркотичні речовини. Найбільшим боєм цих людей — із закам'янілими душами, із кримінальним минулим, із вічним пошуком наркотиків, із ВІЛ-інфекцією, із суворим маргінальним життям — були їхні діти, яких вони покинули або яких у них відібрали. І всі ці люди, без винятків, самі були покинуті або пережили насильство в дитинстві.

Якщо батькам не вдається передати дитині безумовну любов, це спричинено тим фактом, що дитина сприймає батьківську любов *не так, як хочуть батьки, а так, як ця любов передається через призму особистості дорослого*. Якщо дорослий переживає стрес, тривогу, якщо не задоволені його емоційні потреби, дитина, ймовірно, почуватиметься в ситуації *емоційної відчуженості*, незалежно від намірів батьків.

На краще або гірше, більшість наших батьківських настанов та реакцій стосуються нашого власного дитячого досвіду. З експериментів над тваринами та складних психологічних досліджень із людьми очевидно, що стилі виховання, які застосовують батьки, віддзеркалюють умови раннього дитинства самих батьків.

Психологічні дослідники полюбляють макак резус за малий розмір та невибагливість. У зграї цих макак є приблизно 20 % «високореактивних» особин, які частіше, ніж інші демонструють депресивну поведінку при відокремленні від матері, а також сильнішу та довшу активацію вісі ГГН, підвищену збудженість симпатичної нервової системи та глибшу пригніченість імунітету. Високу реактивність у людей ми можемо називати гіперчутливим темпераментом. Як і люди з таким темпераментом, високореактивні макаки часто опиняються внизу соціальної ієрархії. Їхні нащадки наслідують їхню поведінку, реактивність та соціальний статус.

Дослідження показали, що «вроджену високу реактивність може перервати зміна оточення». Позитивні зміни передаються далі наступному поколінню: «Вигодовані особливо турботливими матерями, такі тварини не проявляли звичного поведінкового розладу. Навпаки, вони показували швидкий

поведінковий розвиток та в дорослому віці досягали високого ієрархічного статусу. *А самки наслідували особливо турботливий стиль материнства своїх годувальниць»*^[1].

Ці факти, строго кажучи, стосуються не навченої поведінки. Схожість між батьками та дітьми як у тварин, так і в людей здебільшого спричинена не когнітивним навчанням. Передача стилю виховання наступним поколінням — це переважно питання психологічного розвитку, того, як у дитинстві програмуються лімбічні мережі мозку та встановлюється зв'язок всередині системи психонейроімунітету. Як ми обговорювали в попередньому розділі, емоційний мозок дитини формується під впливом емоційного мозку дорослого. Дитина навчається стилю виховання своїх батьків не через імітування (може, лише частково через імітування). Найбільший вплив на майбутній стиль виховання має розвиток ланцюгів емоцій та прив'язаності в контексті відносин із батьками. Те ж саме стосується й розвитку апарату реакції на стрес.

Для того, щоби проілюструвати цей принцип, достатньо одного драматичного експерименту з тваринами. Транквілізатори Валіум і Атіван¹³ належать до класу препаратів, що називаються *бензодіазепінами*. Як і всі фармакологічні засоби, що впливають на ментальні функції, вони працюють завдяки тому, що певні ділянки мозку мають рецептори для подібних їм заспокоюючих речовин, що виробляє сам мозок. Одним з основних регуляторів реакції страху та тривоги є *мигдалина*, або *амігдала* — мигдалевидна структура в скроневих долях мозку. Вона має натуральні рецептори бензодіазепіну, які, активуючись, заспокоюють наші реакції страху. *Мигдалина* дорослих щурів, матері яких більше вилизували та пестили їх у дитинстві, *мала значно більше рецепторів бензодіазепіну* в порівнянні з тими, хто отримував менше уваги та догляду. Материнська турбота після народження вплинула на фізіологію регуляції тривоги та страху в дорослого. Такі відмінності не можна було пояснити генетичними чинниками^[2].

¹³ Діюча речовина препаратів – лоразепам. (Прим. пер.)

Хоча фізіологічний розвиток людини значно складніший, ніж у тварин, спільним є передавання наступному поколінню батьківської поведінки та стресу. Воно схоже на розвиток реакції на стрес у дитини. Як зазначила група канадських дослідників: «Материнська турбота служить для “програмування” поведінкової реакції на стрес у потомків, *впливаючи на розвиток нейронних систем, які є посередниками при реакції страху*»^[3]. Коротше кажучи, тривожні матері ймовірніше виростять тривожних потомків.

Дослідники розробили шкалу для оцінки зв'язку між батьками та дітьми. Ступінь зв'язку виміряли в трьох поколіннях: між дорослими матерями та

їхніми матерями та між цими ж самими дорослими матерями та їхніми доньками. Міра цього зв'язку в наступного покоління залишилася незмінною^[4].

У дорослих, чиї батьки вижили в Голокості й мали ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), виявили порушення вісі ГГН та механізму вироблення кортизолу. Що сильніший був ПТСР у батьків, то серйознішим було порушення механізму вироблення кортизолу в дітей^[5].

Одна з перших помічниць Джона Боулбі, а пізніше — професорка психології розвитку університету Вірджинії в Шарлотсвіллі Мері Ейнсворт розробила метод оцінки моделі та якості прив'язаності між батьками та дітьми. Упродовж першого року життя новонародженого дослідниця спостерігала за взаємодіями матері та дитини та занотувувала їхні реакції. Коли дітям виповнився рік, кожному парі матір-дитина запросили до лабораторії для короткого експерименту під назвою «Незнайома ситуація». «У різні моменти впродовж двадцятихвилинної процедури дитина залишалася на період до трьох хвилин із матір'ю, з матір'ю та чужинцем, тільки з цим чужинцем та сама. Ідея експерименту була (і є зараз) у тому, що розлучення однорічної дитини з об'єктом її прив'язаності в чужому середовищі активує її систему прив'язаності. Отже, можна буде вивчати реакцію дитини на розлучення та возз'єднання. Найкорисніші висновки в цьому експерименті зробили під час спостерігання епізоду возз'єднання»^[6].

Реакція малюка на повернення матері, як виявилось, була запрограмована тим, як мати взаємодіяла з ним упродовж першого року його життя. Ті діти, до яких чуйно й уважно ставилися матері, демонстрували ознаки того, що їм не вистачало матері під час їхньої розлуки. Коли матір поверталася, вони радісно вітали її та прагнули фізичного контакту. Потім вони швидко заспокоювалися та поверталися до спонтанної гри. Таку модель прив'язаності називали *надійною*. Також в експерименті виявили різні приклади ненадійної моделі, яку в різних джерелах називають *уникаючою*, *амбівалентною* або *дезорганізованою*. Уникаючі діти не проявляли дистресу від розлучення з матір'ю та уникали або ігнорували її, коли вона поверталася. Така поведінка свідчить не про незалежність, а про псевдоавтономію, про яку ми згадували, наприклад, у пацієнтів із ревматоїдним артритом: віра, що можна покладатися тільки на себе, ґрунтується на марному очікуванні допомоги від батьків. Однак ці малюки переживали внутрішній стрес, коли мати повернулася, про що свідчила зміна ритму серцебиття. До дітей, що продемонстрували ненадійну модель, вдома ставилися не уважно. Вони сприймали неявні сигнали емоційної відсутності матері або змішані сигнали контакту та відокремленості.

Уже у віці одного року малюки демонстрували у відносинах реакції, які характеризуватимуть їхню поведінку та особистість у майбутньому.

Експеримент «Незнайома ситуація» повторили сотні разів у багатьох країнах. Спостереження у віці одного року є точними показниками поведінки в підлітковий період, що включає емоційну зрілість, взаємини з однолітками та академічну успішність. Усі ці параметри в дітей, які мали надійну прив'язаність у віці до року, були значно кращими, ніж у тих, хто мав ненадійні відносини.

Однак, як пояснює Деніел Сігел у книжці «Розум, що розвивається», найважливіше відкриття щодо передачі стилю виховання наступним поколінням — це той факт, що *поведінку дитини в «Незнайомій ситуації» можна передбачити ще навіть до її народження*.

Професорка Каліфорнійського університету Берклі Мері Мейн, у минулому студентка докторки Ейнсворт, розробила точні методи оцінювання тієї моделі прив'язаності дорослого до його батьків, яка була в нього в дитинстві. Її техніка враховує переважно не те, *що* саме каже людина у відповідь на запитання, а *як* вона це каже. Стель мовлення та ключові слова, які вона «випадково» вживає, описують її дитинство точніше та повніше, ніж думки, які вона хоче передати свідомо. Навмисний вибір слів та їхнє значення віддзеркалюють тільки свідомі переконання доповідача, які часто виключають болісні спогади. Справжню історію розповідають за допомогою *стилю, манери розповіді* — плавної або переривчастої, детальної або скупой, послідовної або самозаперечувальної, з обмовками за Фройдом, у яких проглядають очевидні суперечності та недовомки.

Тест, який розробила Мері Мейн, називається «Інтерв'ю про прив'язаність у дорослих» (ІПД). Як і реакції дітей в експерименті «Незнайома ситуація», розповіді дорослих теж можна класифікувати згідно зі шкалою, що відображає ступінь надійності відносин із батьками в ранньому дитинстві.

Виявилося, що «ІПД — це найнадійніше прогнозування прив'язаності малюка до батьків». Іншими словами, те, що несвідомо виявляє дорослий під час опитування про своє дитинство, точно передбачає його модель прив'язаності з власними дітьми. Отже, ІПД, проведене з дорослим *перед народженням дитини*, здатне точно спрогнозувати, як ця дитина буде поводитись, опинившись у «Незнайомій ситуації» у віці одного року. І далі, коли через два десятиліття опитали цих дітей, виявилося, що їхня поведінка в «Незнайомій ситуації» у віці одного року точно передбачила їхню манеру розповіді під час «Інтерв'ю про прив'язаність у дорослих».

Отже, розповідь дорослого про його власне дитинство часто передбачає його відносини прив'язаності з майбутніми дітьми і, відповідно, їхні реакції в «Незнайомій ситуації». А поведінка дитини в «Незнайомій ситуації» так само передбачає, як ця людина розповідатиме про своє дитинство двадцять років по тому!

Коротко кажучи, батьківство — це танець поколінь. Те, що вплинуло на одне покоління й не було повністю вирішене, передається наступному поколінню. Журналіст і письменник Ленс Морроу лаконічно висловив природу стресу, що передається через покоління, у своїй книжці «Серце» — гіркій та прекрасній розповіді про свою зустріч зі смертю, яку йому довелося пережити, дізнавшись про дуже небезпечну хворобу серця: «Покоління — це коробки, вкладені одна в одну: всередині досвіду насильства моєї матері знаходиться інша коробка, у якій лежить досвід насильства мого діда, а всередині неї (я гадаю, хоча точно не знаю), знаходиться ще одна коробка з якоюсь таємною темною енергією — історія в історії, які віддаляються в часі».

Якщо зрозуміти, як сімейна історія розгортається назад у часі від покоління до покоління, звинувачення стає безглуздим. «Усвідомлення цього швидко розвіює будь-який намір бачити в батьках ворогів», — пише британський психіатр Джон Боулбі, чия наукова праця висвітила вирішальну важливість прив'язаності в дитинстві. І справді, кого звинувачувати?

Якщо ми побачимо, як стрес передається наступним поколінням, то краще зрозуміємо, чому в багатьох історіях людей, з якими ми зустрічалися в цій книжці, йдеться про захворювання в кількох поколінь однієї родини або про кількох членів одного покоління з різними, на перший погляд, не пов'язаними між собою, захворюваннями. Ось кілька випадкових прикладів:

- **НАТАЛІ:** розсіяний склероз. Її старший брат був алкоголіком і помер від раку горла. У її молодшої сестри шизофренія. Дядько та тітка були алкоголіками. Дідусь по материнській лінії був алкоголіком. Її чоловік Білл помер від раку кишківника. У її сина синдром дефіциту уваги (гіперактивність), він страждає від наркозалежності.
- **ВЕРОНІК:** розсіяний склероз. Вона думає, що її зачаття могло статися через кровозмісне зґвалтування. У її прийомній сім'ї дід по матері був алкоголіком, а в бабусі після шістдесяти років почалася хвороба Альцгеймера. У батька, крім інших проблем зі здоров'ям, рано підвищився кров'яний тиск.
- **СЬЮ РОДРІГЕС:** БАС. Її батько помер від цирозу печінки, спричиненого алкоголізмом. Одна з її тіток померла від аневризми мозку, інша — під час пожежі вдома.
- **АННА:** рак молочної залози. Її мати та бабуся по матері померли від раку молочної залози, але жодна з них не мала генетичної схильності. Анна успадкувала ген раку молочної залози від батька. У неї дві сестри: одна живе з чоловіком, що страждає на алкоголізм, інша психічно хвора.

- **ГАБРІЄЛЬ**: склеродермія з ознаками ревматоїдного артрити. Її батьки були алкоголіками. Брат пройшов колектомію через рак товстої кишки, у сестри нещодавно діагностували рак молочної залози.
- **ЖАКЛІН ДЮ ПРЕ**: розсіяний склероз. Коли народилася її матір, бабуся переживала травму втрати іншої дитини. Матір Жаклін померла від раку раніше доньки, батько мав хворобу Паркінсона.
- **РОНАЛЬД РЕЙГАН**: рак товстої кишки, хвороба Альцгеймера. Його батько і брат були алкоголіками, у другої дружини був рак молочної залози. Його донька померла від метастатичної злоякісної меланоми.

Читач може пригадати гнівний лист від лікарки-ревматологині у відповідь на мою статтю про Мері. Я припустив, що досвід насильства та залишення, який Мері пережила в дитинстві, створив у ній звичку придушення емоцій, і частковим наслідком цього була її склеродермія. Авторка листа стверджувала, що склеродермія — це спадкове захворювання, і мої аргументи «не правдоподібні». Вона написала: «Ця колонка може дезінформувати широку публіку, хибно покладаючи відповідальність за розвиток склеродермії на хворих та їхні сім'ї». Тепер ми бачимо, що справа не в «покладанні відповідальності», під яким ревматологиня має на увазі звинувачення. Головне питання — це несвідома передача стресу та тривожності наступному поколінню.

Ще одна моя пацієнтка, Кейтлін, також померла від склеродермії. Її хвороба розвивалася значно швидше, адже вона померла менш ніж через рік після того, як отримала діагноз. Я ближче познайомився із нею лише в останні місяці її життя. Хоча я приймав пологи, коли народжувались її діти й був їхнім педіатром, сама вона відвідувала іншу лікарку, поки не отримала діагноз.

Як і Мері, Кейтлін була тихою, доброю жінкою, яка піклувалася про всіх, крім себе. Коли її питали, як вона почувається, її відповідь завжди супроводжувалася теплою соромливою усмішкою, що мала захистити слухача від фізичного та емоційного болю, який вона відчувала. Вона швидко змінювала тему розмови на щось цікавіше для слухача, подалі від своїх проблем.

Я не забуду останньої розмови з Кейтлін біля її лікарняного ліжка. Її легені та серце ледве працювали, їй залишалося жити менше доби. Я спитав, як вона. Вона одразу перевела увагу на мене, спитавши, що відбувається в моєму житті. Я з розчаруванням відповів, що тижневу колонку в місцевій газеті, для якої я писав, скасував редактор. «О, — прошепотіла вона зі співчуттям, — як це має

бути жахливо для вас. Ви так любите писати». На порозі смерті у віці сорока двох років, лишаючи дітей та чоловіка, вона ні слова не сказала про те, як жахливо, напевно, було їй самій.

— Це її давня й постійна риса — бути веселою та завжди привітною, незважаючи на те, хворіє вона чи почувається добре, — розповідав мені пізніше в інтерв'ю її чоловік Ренді. За його словами, Кейтлін «замикала в собі багато своїх емоцій», особливо якщо їй погано. Були дві теми, на які вона майже ніколи не говорила — це її самопочуття та її дитинство. — Якщо вона взагалі і згадувала дитинство, то лише кілька щасливих моментів.

На думку Ренді, усе вказувало на те, що щасливі моменти в дитинстві його дружини були зовсім нечисленними й нечастими. Її батько, успішний бізнесмен, був суворий та деспотичний вихователь, для якого головним був закон. До Кейтлін, старшої з двох дітей, він ставився дуже критично. «Здається, вона вважала, що коли батьки зачали її, для них це було зовсім невчасно та незручно. Що вона з'явилася надто рано, і вони її не хотіли».

Це мені дещо нагадало. Кейтлін була переконаною противницею абортів, але не жорстокою та озлобленою. Вона знала, що я підтримую право жінки продовжувати чи перервати свою вагітність. Оскільки ми шанобливо ставилися одне до одного, вона якось написала мені листа, переконуючи мене не направляти моїх пацієнток на аборти. У цьому листі були слова: «Якби аборти були легальними, коли мене зачали, я б не народилася на світ». Ренді казав, що вона мала глибоке відчуття того, що її не хотіли.

Пізніше, під час хвороби Кейтлін, сталася подія, про яку Ренді розповідав зі сльозами.

— Ми сиділи тут на кухні, на столі лежали всі ці таблетки, які вона мала приймати. Їй було дуже погано. Раптом вона розридалася. Вона сказала: «Ох, якби в мене була мама». А її мама жила лише в кількох кварталах від нас. У них не було емоційної близькості, такої, щоби мама прийшла й заспокоїла її, обійняла й допомогла б їй. У нас тоді була хатня робітниця. У той день вона була в нас, мила холодильник. Вона настільки розчулилася, що підійшла й обняла Кейтлін. Я подумав: яка прикрість, ця людина, яка ледве знає Кейтлін, має більше співчуття до неї, ніж її матір... Але я й батьків не хочу звинувачувати. Якщо подивитися на їхні історії дитинства — батько її матері пішов від них, коли вона була ще маленькою. Її мама (бабуся Кейтлін) мала долати всі труднощі сама.

Думки Ренді щодо дитинства Кейтлін підтвердила й бесіда з її братом.

— У сім'ї було дуже мало емоційної підтримки та любові, — сказав ї брат. — Батько був із нами жорстоким, а мати боялася. Мама була дуже хорошою

людиною — чудовою людиною — але вона ніколи не намагалася вирішити ці проблеми.

Батько був владний. Коли нам було менше п'яти чи шести років, кожної суботи нас відправляли мити підвал. Нам не дозволяли піднятися нагору, доки не закінчимо. Ми повинні були ще й вичистити татові армійські чоботи. Вони мали сяяти.

Кейтлін, як сказав брат, була «дуже ніжна душа», але для батька «вона була просто дурепою. Один лише факт, що вона вступила до університету, просто вивів його із себе. Він не поважав нічого з того, що вона робила. Вона була у La Leche League (групі, що підтримує грудне вигодовування), а батько це висміював: “Скільки вона годуватиме цих дітей — до підліткового віку?”».

Після багатьох років домінування з боку батька брат, нарешті, розірвав відносини та відмовився розмовляти з ним.

— Кейтлін дуже хвилювалася, що я виключив себе із сім'ї. Вона не розуміла, навіщо я це зробив. Я намагався пояснити їй, що так для мене найліпше, і що я заслуговую на краще ставлення. Але вона не розуміла.

Брат Кейтлін, пригадавши епізод, схожий на згадану Ренді подію, також заплакав.

— За день до смерті, на лікарняному ліжку, Кейтлін сказала моїй дружині... важко це уявити... моя дружина сиділа поруч, тримаючи її руку, і Кейтлін сказала їй: «Я хотіла б мати таку матір, як ти. У мене немає матері». Я високо ціную свою матір, але вона не була хорошою мамою. Вона не була люблячою.

Брат розповів про подробиці їхньої сімейної історії, які ще раз показують, як страждання передається через покоління. Дізнавшись правду про їхнього дідуся, Кейтлін та її брат були шоковані. Коли ховали бабусю, дядько, який приїхав на похорон, повідомив, що дід не помер, коли мама Кейтлін була маленькою, як розповідали в сім'ї, а покинув їх із мамою й пізніше офіційно розлучився.

Усе життя Кейтлін та брату розповідали, що їхній дідусь раптово помер. «Коли ми питали маму, що сталося з дідусем, вона завжди казала: “Він помер від серцевого нападу, мені тоді було сім років”. Бабуся казала те ж саме. Ми були такі засмучені, тому що це була бабуся, яку ми любили й дуже цінували. Знати правду було б так важливо для наших відносин із нею. Але так завжди було в нашій родині — ми не говоримо про складні речі, ми їх приховуємо».

Така брехня, хоч і з добрих намірів, ніколи не захистить дитину від болю. Ми завжди відчуваємо, коли нам брешуть, хоча це знання може не досягати свідомості. Чути брехню — це значить віддалятися від іншої людини. Це породжує тривожне відчуття виключення та відторгнення. У Кейтлін це могло

тільки посилювати відчуття небажаності, спричинене жорстокістю батька та емоційною відсутністю матері.

Менше ніж за рік до початку склеродермії Кейтлін перенесла дуже серйозне відторгнення від сім'ї, пов'язане з її виключенням із сімейного бізнесу. «Моїй сестрі ніколи не давалися розрахунки, — каже її брат. — Тоді це рішення виглядало нормальним». Але для Кейтлін це було дуже боляче. Вона ніколи про це не говорила, лише один раз перед смертю згадала про це брату. Вона й далі вважала, що він має повернутись у сім'ю. «Вона вважала, що це був її обов'язок, її завдання, повернути лад у сім'ю. Це була її єдина місія — намагатися робити все краще».

У Кейтлін у сімейній системі була певна роль, призначена їй поколіннями сімейної історії. Її мати з раннього дитинства була позбавлена турботливого чуйного виховання, оскільки, як ми розуміємо, сімейні проблеми почалися не в той момент, коли дід покинув свою дружину з дітьми. Так само можна бути впевненими, що жорстоке виховання батька Кейтлін бере початок у його власному дитинстві. Поєднання багатьох незадоволених емоційних потреб її батьків вселило в Кейтлін безнадійність сподівань відчутти, що тебе люблять і приготувало її до ролі доброї, ніжної піклувальниці, яка ніколи ні на що не скаржиться, не гнівається, не захищає власні інтереси. Ось так адаптивна реакція дитини на вимоги батьків, повторюючись досить часто, стає рисою особистості.

Кейтлін добре засвоїла свою роль, але за рахунок власного здоров'я. Ціною цього був довічний стрес. Її роль та життя завершилися стрімким розвитком аутоімунної хвороби через рік після глибокого відторгнення, яке вона більше не мала сил виносити.

Засновник досліджень стресу Ганс Сельє розробив концепцію *адаптаційної енергії*. «Ми нібито маємо у всьому тілі приховані резерви адаптивності, адаптаційну енергію... Лише тоді, коли ми використаємо всю нашу адаптивність, прийде незворотна загальна виснаженість та смерть»^[7]. Звісно, старіння — це нормальний процес, який теж зменшує резерви адаптаційної енергії. Але стрес також фізіологічно змушує нас старіти, і ми визнаємо це через мову, коли кажемо «постаріти за одну ніч». Усе життя Кейтлін її адаптаційна енергія була направлена на інших, а не на підтримку її самої. Така функція була призначена їй у дитинстві динамікою розвитку її сім'ї. На момент початку хвороби в неї вже не залишилося енергії.

Центральною концепцією для розуміння стресу, хвороби та здоров'я є концепція адаптивності. Адаптивність — це здатність реагувати на зовнішні стресори без жорсткості, із гнучкістю та креативністю, без зайвої тривоги та

надлишку емоцій. Не дуже адаптивні люди можуть ефективно діяти та добре почуватись, поки їх нічого не турбує, але зіткнувшись із втратою або труднощами, вони відчуватимуть розчарування та безпомічність різного рівня. Вони звинувачуватимуть себе або інших. Адаптивність людини дуже залежить від рівня її диференціації та адаптивності попередніх поколінь у її родині, а також від того, які зовнішні стресори діяли на сім'ю. Наприклад, Велика депресія була дуже важким періодом для мільйонів людей. Життя минулих поколінь одним сім'ям надало сили адаптуватися й долати труднощі, а інші сім'ї, стикнувшись із тією ж економічною скрутою, були вже психологічно виснажені.

«Високоадаптивні сім'ї та люди в середньому мають менше фізичних хвороб, а наявні хвороби частіше протікають легко або помірно», — пише доктор Майкл Керр.

Оскільки однією з важливих змінних у розвитку фізичної хвороби є рівень адаптивності індивідуума, й оскільки рівень адаптивності визначається емоційними процесами кількох поколінь, то фізична хвороба, як і емоційна хвороба — це симптом порушення відносин, який поширюється далеко за межі одного індивідуального «пацієнта». Іншими словами, фізична хвороба — це порушення сімейної емоційної системи, до якої належать теперішнє та попередні покоління^[8].

Діти, які стають піклувальниками своїх батьків, готові до довічного пригнічення своїх емоцій. А ця роль, як і інші призначені їм ролі, пов'язані з незадоволеними потребами самих батьків — і так далі до наступних поколінь. «Щоби підкорити дітей, не треба їх бити», — зазначають дослідники університету Макгілла^[9]. Неналежний симбіоз батьків та дитини — джерело багатьох патологій.

Звичні адаптивні реакції дитини в сімейній системі породжують риси, які згодом стають частиною її особистості. Наголошуємо, що не особистість спричиняє захворювання — це робить стрес. Якщо можна говорити про типи особистості, схильні до хвороби, то тільки в тому сенсі, що певні риси — наприклад, пригнічення гніву — підвищують рівень стресу в житті людини. Тепер ми бачимо, що такі концепції як «ревматоїдна особистість» або «ракова особистість» вводять в оману ще й з інших причин: вони припускають, що людина розвивається як окреме створіння, забуваючи, що вона є частиною системи, яка складається з багатьох поколінь. Набагато більше прояснює питання фраза, скажімо, «раковий стан», ніж «ракова особистість», як пропонує доктор Керр. «Концепція ракової особистості, хоча й має певну

користь, усе ж ґрунтується на індивідуальних теоріях розвитку людини. На відміну від неї концепція ракового стану базується на системній теорії людського розвитку. Функціонування кожної людини в сімейній системі має вплив та піддається впливу з боку функціонування всіх інших членів сім'ї»^[10].

Якщо індивіди є частинами сімейної системи, що складається з багатьох поколінь, сім'ї та індивіди є також частиною набагато більшого цілого: культури та суспільства, у яких вони живуть. Життя окремої людини не можна відділити від соціального контексту так само, як життя окремої бджоли — від функціонування її рою. Отже, не можна зупинятися на сімейній системі, вважаючи, що вона визначає здоров'я її членів, і забуваючи про соціальні, економічні та культурні чинники, які формують життя цієї сім'ї.

Рак та аутоімунні захворювання є хворобами цивілізації. Хоча індустріалізоване суспільство, організоване за капіталістичною моделлю, вирішило багато проблем для багатьох його членів — наприклад, проблему житла, забезпечення продуктами харчування, санітарії — воно також створило численні стреси навіть для тих, кому не потрібно боротися за забезпечення базових потреб. Тепер ми сприймаємо ці стреси як належне, як неминучий атрибут життя людини, ніби життя людини — це абстрактна форма, що може існувати окремо від самої людини, яка його проживає. Якщо подивитися на людей, які лише нещодавно долучилися до благ цивілізації, стає яснішим, що переваги «прогресу» мають приховану ціну за рахунок психологічного балансу, не говорячи вже про емоційну та духовну гармонію. Ганс Сельє писав: «Очевидно, стрес урбанізації збільшив число випадків гіпертензії серед зулусів, спричинивши схильність до серцевих нападів. У бедуїнів та арабських кочівників, які оселяються в Кувейті, спостерігають випадки виразкового коліту, ймовірно, як наслідок урбанізації»^[11].

Основний вплив, який мають на сім'ю сучасні тенденції в контексті домінуючої соціально-економічної системи, посилений рухом у напрямі «глобалізації» — це підривання структури сім'ї та розрив зв'язків, які давали людині відчуття значущості, сенсу та приналежності. Зараз діти проводять менше часу з-поміж мудрих дорослих, які піклуються про них, ніж будь-коли в історії розвитку людства. Мережа зв'язків, що раніше створювалася на основі розширеної сім'ї, рідного села, спільноти або сусідів, тепер перенесена в такі заклади як дитячий садок та школа, і діти в них більше орієнтуються на однолітків, ніж на надійних батьків або тих, хто їх замінює. Навіть нуклеарна сім'я, яку вважають основною одиницею соціуму, зазнає небаченого тиску. У багатьох сім'ях обидва батьки повинні працювати, щоби забезпечити базові потреби, які кілька десятиліть тому могла задовольнити одна зарплата. «Розлучення немовляти з матір'ю та всі інші види переміщення, які залишають

мало можливостей для міжособистісного контакту, є дуже поширеними типами сенсорної депривації. Вони можуть стати основними чинниками хвороби», — пише передбачливий Ганс Сельє.

У книжці «Вівторки з Моррі» Мітч Елбом розповідає, що його колишній професор, хворий на БАС, має намір довести, що слово «вмираючий» не є синонімом слова «непотрібний». Перше питання, що виникає — чому це потрібно доводити? Жодна людина не є «непотрібною» — ні безпомічна новонароджена дитина, ні безнадійно хворий, ні людина, що вмирає. Справа не в тому, щоби довести, що вмираюча людина може бути корисною, а в помилковості думки, що цінною є лише корисна людина. Моррі змалку засвоїв, що його «цінність» залежить від його здатності служити потребам інших людей. Те ж саме послання, яке багато людей у ранньому дитинстві сприйняли близько до серця, значно посилюють панівні етичні закони нашого суспільства. Надто часто людям дають зрозуміти, що вони цінні лише через їхню практичну користь для суспільства й не потрібні, якщо не мають економічної вартості.

Відокремлення тіла від розуму в практичній медицині — це також панівна ідеологія нашого суспільства. Ми не часто думаємо про соціально-економічний контекст як про визначальний чинник нашого здоров'я та хвороб. Він зазвичай не є «частиною рівняння». Однак наукові дані не залишають сумніву: соціально-економічні відносини мають значний вплив на здоров'я. Наприклад, хоча ЗМІ та медицина, яких надихнули фармацевтичні дослідження, невпинно просувають думку, що високий рівень холестерину є наступним після куріння та гіпертензії чинником хвороб серця, доведено, що стрес на роботі впливає на серце більше, ніж усі інші ризики разом узяті. До того ж, стрес взагалі і стрес на роботі, зокрема, вносять вагомий внесок і у високий кров'яний тиск, і в підвищений рівень холестерину.

Економічні відносини впливають на здоров'я, тому що, по-перше й найочевидніше, люди з високим доходом можуть дозволити собі здоровіший раціон, умови проживання та роботи, а також заняття, що знижують стрес. Лектор Школи політики та управління здоров'я Йоркського університету в Торонто Денніс Рафаель нещодавно опублікував дослідження соціального впливу на захворювання серця в Канаді й за кордоном. Його висновки: «Одна з найважливіших умов, що визначає, залишиться індивід здоровим чи захворіє — це дохід. Крім того, здоров'я північноамериканського суспільства загалом більше визначається розподілом доходу між його членами, ніж загальним добробутом суспільства... Багато досліджень підтверджують, що не спосіб життя та медичні ризики, а соціально-економічний стан є основним чинником серцево-судинних захворювань, і що особливо важливими є умови на початку життя»^[12].

Чинник контролю — це найменш очевидний, але не менш важливий аспект соціального та кар'єрного статусу як чинник здоров'я. Оскільки зі зменшенням відчуття контролю посилюється стрес, люди, які відчують більший контроль над своїм життям та кар'єрою, мають краще здоров'я. Цей принцип довело британське дослідження Вайтхол, яке показало, що державні службовці другого рівня мають більший ризик серцевих захворювань, ніж їхні начальники, незважаючи на майже однакову зарплату^[13].

Визнаючи, що поведінка та схильність до захворювань передається наступним поколінням, а також визнаючи соціальний вплив, який формує сім'ї та життя окремих індивідів, ми позбавляємося безпорадного та ненаукового концепту провини. Відкинувши звинувачення, ми отримуємо свободу рухатися вперед, у напрямі необхідної відповідальності — питання, яке ми розглядатимемо в останніх розділах, які розкривають тему зцілення.

Наукове прозріння молекулярного біолога Брюса Ліптона, який раніше працював у Стенфордському університеті, має величезне значення для розуміння захворювань, здоров'я та зцілення. Як у своїх публічних виступах, так і в особистих інтерв'ю він любить кидати слухачам кручений м'яч у вигляді запитання: «Що таке мозок окремої клітини?». Типова відповідь, яку він отримав і від свого інтерв'юера, звучить так: «Звісно, ядро».

Звісно, ядро *не є мозком* клітини. Мозок — це орган, за допомогою якого ми приймаємо рішення, а також інтерфейс нашої взаємодії з оточенням. У житті окремої клітини не ядро, а *клітинна мембрана* виконує роль, аналогічну ролі нашого мозку.

Під час ембріонального розвитку людини й нервова система, і шкіра розвиваються з тієї ж первинної тканини — *ектодерми*. В окремій клітині мембрана виконує функції як шкіри, так і нервової системи. Як і шкіра, мембрана оточує та захищає внутрішнє середовище клітини. З іншого боку, на її поверхні є мільйони молекулярних рецепторів, що діють як органи чуття клітини: вони «бачать», «чують» та «відчують», і, подібно мозку, трактують сигнали, що надходять від зовнішнього середовища. Вони також забезпечують обмін з оточенням сигналами та речовинами. «Прийняття рішень» також відбувається в мембрані, а зовсім не в ядрі — у ньому зберігається генетичний матеріал клітини.

Щойно ми усвідомлюємо цю фундаментальну біологічну реальність, ми можемо вийти за межі популярного припущення, що в поведінці та здоров'ї людини все вирішують гени. Популярність цього хибного вірування можна зрозуміти. У 2000 році, коли генетики наблизилися до розшифрування геному — генетичного плану розвитку організму людини, деякі науковці та політики вітали їх із майже релігійним благоговінням, пророкуючи надзвичайні відкриття в медицині. «Сьогодні ми вивчаємо мову, якою Бог творив життя», — сказав у Білому Домі президент Білл Клінтон на церемонії, на якій святкували перемир'я між двома групами вчених, які змагалися в розшифруванні геному. «Я впевнений, що ми зробимо революцію в медицині, тому що зрозуміємо не тільки те, що спричиняє хвороби, а й що їм запобігає», — з ентузіазмом зазначав американський генетик та редактор *The American Journal of Human Genetics* доктор Стівен Воррен.

Однак реальні результати проєкту розшифрування геному людини не можуть виправдати таких очікувань. Хоча, безумовно, виявлена наукова інформація сама собою дуже важлива, однак у найближчому майбутньому від програми дослідження геному не варто очікувати великої користі для здоров'я людей. Якщо вона взагалі буде.

По-перше, усе ще є багато невирішених технічних проблем. Сучасний стан наших знань про те, як саме генетична програма працює в розвитку людського організму, можна порівняти зі спробою відтворити п'єси Шекспіра та романи Дікенса, взявши за основу повний Оксфордський словник англійської мови. «Усе», що залишається, щоби повторити їхні шедеври — це знайти прийоми, граматичні правила, фонетичні ознаки, а потім дізнатись, звідки обидва автори взяли свої сюжети, діалоги та витончені літературні прийоми. «Геном — це біологічна програма, — пише один з уважніших наукових журналістів, — але еволюція не потурбувалася надати нам хоча б пунктуації, щоби показати, де гени починаються й закінчуються, не кажучи вже про якісь натяки щодо того, що саме робить кожен із генів».

По-друге, всупереч генетичному фундаменталізму, який панує в медицині та суспільній думці, гени самі собою не можуть відповідати за складні фізіологічні характеристики, за поведінку та стан здоров'я людини. Гени — це тільки код. Вони діють як набір правил та біологічний шаблон для синтезу білків, за якими кожній клітині надається її характерні структура та функції. Сам собою ген — це живий та динамічний архітектурний та інженерний план. Його реалізація залежить не лише від самих генів. Вони існують та працюють всередині живих організмів. Активність клітин залежить не тільки від генів, які є в їхніх ядрах, а й від потреб усього організму та від середовища, у якому йому необхідно виживати. *Гени вмикаються або вимикаються середовищем.* Тому найбільший вплив на розвиток, здоров'я та поведінку людини має середовище її виховання.

Будь-яка людина, що займалася вирощуванням рослин або тварин, не піддасть сумніву найважливішу роль первісного догляду в розкритті генетичного потенціалу. Але з далеких від науки причин багатьом важко погодитись із тією ж самою думкою, коли йдеться про людину. Такий параліч мислення тим більше дивний з огляду на те, що з усіх живих створінь саме діяльність людини найбільше залежить від раннього середовища.

З огляду на недостатність доказів вирішальної ролі генів, у чому ж причини такого галасу навколо дослідження геному? Чому генетичний фундаменталізм настільки поширений?

Ми — соціальні створіння, і наука, як і всі сфери, має свої ідеологічні та політичні виміри. Як зазначив Ганс Сельє, неусвідомлені наукові припущення часто обмежують та визначають те, що досліджуватимуть. Погодившись із думкою, що психічні та фізичні хвороби є переважно генетичними, ми уникаємо складних питань про побудову суспільства, у якому живемо. Якщо «наука» надає нам можливості ігнорувати те, що бідність, штучні токсини, божевільна стресова культура суспільства є чинниками хвороб, ми можемо

шукати лише прості відповіді: фармакологічні та біологічні. Такий підхід допомагає виправдати та зберегти наявні соціальні цінності та структури. Крім того, він може бути прибутковим. Цінність акцій компанії Celera, яка брала участь у проєкті дослідження геному між 1999 та 2000 роками, зросла на 1400 %.

Резонанс навколо геному — це не лише брак наукової логіки, а й натяк на теологію. В історії творіння в «Книзі Буття» Бог спочатку створив всесвіт, потім природу, і тільки потім із речовин, що містилися в землі, Він створив людство. Він, на відміну від Білла Клінтона, знав, що від самого моменту створення людину не можна розглядати окремо від її середовища.

Середовище, у якому розвивається людина — це фізичне та психологічне оточення, яке впливає на наш розвиток та взаємовідносини зі світом упродовж усього життя. Середовище окремої клітини — це її безпосереднє оточення, з якого вона отримує речовини, що передають сигнали як від ближніх клітин, так і керованих здалека нервових закінчень і віддалених органів, що виділяють хімічні речовини в серцево-судинну систему. Інформаційні речовини приєднуються до рецепторів на поверхні клітини. Потім, залежно від того, наскільки сприйнятливою є клітина в цей момент, у мембрані клітини виробляються *ефекторні* речовини, які потрапляють у ядро та передають генам сигнал виробляти певні білки з особливими функціями. Ці рецепторно-ефекторні білкові комплекси (вони називаються *рецепторними білками*), як пояснює Брюс Ліптон, діють як «вмикачі», що узгоджують функцію клітини з її оточенням:

Хоча рецепторні білки виробляються завдяки генетичному механізму молекули, активація процесу сприйняття «контролюється» або починається сигналами зовнішнього середовища... Контролюючий вплив середовища підкреслюється в нещодавніх дослідженнях стовбурових клітин¹⁴. Стовбурові клітини не визначають своєї долі. Диференціація стовбурових клітин базується на середовищі, у якому вони опиняються. Наприклад, можна створити середовища з трьох різних культур тканин. Якщо помістити стовбурову клітину в першу культуру, вона може перетворитися на клітину кістки. Якщо ту ж саму клітину помістити в другу культуру, вона перетвориться на нервову клітину, а в третій культурі вона стане клітиною печінки. Доля клітини «скеровується» її взаємодією із середовищем, а не генетичною програмою, що міститься всередині клітини^[1].

¹⁴ Стовбурові клітини – це ембріональні клітини, які ще не перетворилися на клітини окремого типу тканин.

Ключову думку складних біологічних пояснень доктора Ліптона можна

сформулювати так: у певний період клітини, як і організм людини цілком, можуть бути або в режимі захисту, або в режимі росту, але не в обох одночасно. Наше сприйняття середовища зберігається в клітинній пам'яті. Коли первинний вплив середовища хронічно стресовий, нервова система, що розвивається, а також інші органи суперсистеми психонейроімунітету повсякчас отримують електричні, гормональні та хімічні сигнали, що світ небезпечний, і навіть ворожий. *Такі сигнали запрограмовані в наших клітинах на молекулярному рівні.* Ранні переживання обумовлюють ставлення людини до світу та її підсвідомі уявлення про себе щодо світу. Доктор Ліптон називає цей процес *біологією вірування*. На щастя, досвід людства та невичерпний потенціал людини дають змогу твердо вірити, що ця біологія вірувань, хоча і глибоко фізіологічно вкорінена, однак не є незворотною.

Ми вже бачили, що стрес — це результат взаємодії між *стресором* та *системою обробки*. Апарат обробки стресу — це нервова система, що діє під впливом емоційних центрів мозку. Біологія вірувань, яка в ранньому дитинстві вбудовується в цей апарат, кардинально впливає на нашу реакцію стресу впродовж усього життя. Чи усвідомлюємо ми стресори? Перебільшуємо чи применшуємо їхню загрозу для нашого життя та здоров'я? Чи вважаємо себе самотніми? Безпорадними? Такими, що ніколи не потребують допомоги? Такими, що не заслуговують на допомогу? Коханими чи ні? Такими, що мають працювати, щоби заслужити любов? Такими, яким не варто чекати любові, бо вони її не заслуговують? Усе це — неусвідомлені вірування, вкорінені на клітинному рівні. Вони «контролюють» нашу поведінку незалежно від того, що ми думаємо на свідомому рівні. Вони тримають нас у закритому режимі захисту або дають змогу відкриватися для розвитку та зцілення. Тепер подивимось уважніше на ці інстинктивні переконання.

1. Я маю бути сильним

Айріс — художниця, завзята читачка і високоінтелектуальна людина. Близько десяти років тому, коли їй було сорок два, у неї виявили вовчак, або СЧВ. Айріс виросла в Європі, а коли їй було трохи за двадцять, емігрувала з батьками в США. Її батько був деспотичним та непередбачуваним, а мати, за її словами «не існувала окремо від батька».

— Я думала про цю теорію — коли людина не може відмовляти, відмовляє її тіло, — каже Айріс. — Я чула про неї раніше й погоджувалася з нею. Але я не думала про це у зв'язку із собою.

— Чому? — питаю я.

— Це означає, я недостатньо сильна... не здатна робити те, що треба, щоби бути достатньо сильною.

Ці слова нагадали мені пацієнтку з раком яєчників, якій не подобалася моя теорія, тому що, як вона сказала, згідно з нею виходить, що вона «скиглійка».

— А якщо хтось дійсно «недостатньо сильний»? — питаю я. — Якби я намагався підняти вантаж у десять тисяч фунтів, і хтось сказав мені «Ти недостатньо сильний для цього», я погодився б.

— За таких обставин я б сказала: «Ти що, ідіот?»

— В тому і вся справа. Іноді питання не в тому, що нам не вистачає сили, а в тому, що ми вимагаємо від себе неможливого. Так чому бути недостатньо сильним — це проблема?

Основне підґрунтя віри в те, що треба бути достатньо сильним, яке характеризує багатьох людей із хронічними захворюваннями — це захист. Дитина, яка відчуває, що батьки не можуть емоційно підтримати її, опановує підхід «Я впораюсь з усім сам». Інакше вона може пережити відмову. Один зі способів не переживати відмови — це ніколи не просити про допомогу, ніколи не зізнаватись у «слабкості»: вважати, що я достатньо сильний, щоби протистояти всім негараздам самотужки.

Айріс швидко погодилася, що коли друзі телефонують їй зі своїми проблемами, вона не засуджує їх і не вважає «слабкими». Вони спокійно покладаються на неї, її підтримку та співчуття. Стало ясно, що її «подвійні стандарти» — вищі очікування від себе, ніж від інших — не мають нічого спільного із *силою*. Вони стосуються браку *влади*, пережитому в дитинстві. Дитині доводиться бути сильнішою, ніж треба бути, тому що в неї немає влади.

2. Я не маю права гніватись

Шицуко сорок дев'ять, у неї двоє дорослих дітей. У віці двадцяти одного року, одразу після приїзду до Канади за студентською візою, у неї виявили ревматоїдний артрит. Коли їй було чотири роки, її рідна матір померла, і батько одружився з її тіткою, материною сестрою. «Мачуха любила бізнес більше за дітей», — каже Шицуко. Батько задовольняв усі їхні матеріальні потреби та бажання, але його переважно не було вдома.

П'ять років тому Шицуко розлучилася з чоловіком, з яким у неї не було емоційної близькості.

— Мій шлюб був жахливим. Коли я жила з чоловіком, то завжди була втомлена, виховуючи дітей (втома — це поширений симптом ревматоїдного артриту). Я лягала на диван по обіді, а чоловік завжди скаржився: «Ти нічого не зробила, нічого». Він казав, що я використовую його як талон на безоплатну їжу.

— Ви гнівалися на нього?

— Так, я весь час на нього гнівалася.

— Ви показували свій гнів?

— Ні... Мене виховували так, що я не повинна гніватись.

3. Якщо я розгніваюсь, мене не будуть любити

Алан, хворий на рак стравоходу, був нещасливий у шлюбі. Читач може пригадати його слова, що дружині не вистачало «романтичності, інтимності і всього, що мені потрібно».

— Як би ви показували своє незадоволення? Ви коли-небудь гніваєтесь через це? Колись *відчуваєте* гнів?

— Важко сказати, тому що зараз я весь час гніваюсь. Тепер ми набагато більше про це говоримо.

— Що було з вашим гнівом до того, як ви отримали діагноз?

— Не знаю. Я бачу, куди ви ведете, і ймовірно, ви маєте рацію.

— Де ви навчилися пригнічувати свій гнів?

— Влучне питання; не думаю, що я про це достатньо думав. Думаю, це походить від бажання подобатись. Коли ви гніваєтесь, вас не люблять.

4. Я відповідаю за весь світ

Леслі — соціальний працівник, йому п'ятдесят п'ять, і він теж приписує свою хворобу — у цьому випадку, виразковий коліт — стресу в сім'ї.

— Це почалося в першому шлюбі. Там було багато стресу, і тоді мені було найгірше. Тепер мені вже давно не було дуже погано. Іноді трохи кровоточить, але помірно... Мої відносини з першою дружиною постійно змінювалися — то хороші, то погані. Думаю, вона не хотіла брати відповідальності. Це ніколи не було партнерством. Я весь час мав вирішувати за неї. Це було просто божевілля — я мав придумати, що нам робити разом. Вона ніколи не казала мені, чого вона хоче. Я мав знайти фільм, який сподобається нам обом, на який ми обидва підемо й будемо задоволені.

— І вас не гнітила ця роль?

— Звісно, так.

— Що ви робили з цими почуттями?

— Ковтав їх — що я міг зробити? Я не міг сперечатися, тоді вона сказала б: «Бачиш, це поганий шлюб». Конфлікт із нею був показником того, що відносини погані. Я мав бути дуже обережним. Коли почав зустрічатися з Євою, з якою ми тепер одружені, і в нас починалася сварка, я усміхався. Я сказав їй, що мені дуже подобається, що ми можемо сваритись і бути дуже різними, але вона не збирається нікуди йти. У мене, мабуть, був страх того, що мене покинуть.

Леслі звернувся до лікаря лише через кілька місяців після появи симптомів.

— Я був не готовий прийняти свою вразливість, той факт, що в мене проблеми. Це стосувалося мого перфекціонізму, бажання бути досконалим у всьому, не мати жодних проблем.

Коли Леслі було дев'ять, його батько раптово помер від серцевого нападу, а два роки по тому він був свідком смерті брата від аневризми мозку.

— Після цього щовечора в мене був нав'язливий ритуал, щоб упевнитись, що ніхто не помре. «Не помирай, не помирай...». Це був мій спосіб контролю, щоби ніхто в моєму житті не помер... Одного разу я розмовляв зі своїм психіатром. Я сказав: «Я кинув цей ритуал, і не знаю, що з ним сталося». І раптом — це було як прозріння — я зрозумів, що з ним сталося. «Я став соціальним працівником, і тепер намагаюся врятувати світ!»

Я намагався врятувати світ, і коли мені не вдавалося цього зробити, я дуже стресував. Два або три роки тому я був у відпустці через стрес. Нарешті, я зрозумів, що не можу врятувати весь світ. У мене є мантра, яку ми знайшли разом із психіатром: «Я маю бути провідником, а не Богом». Це мені допомагає.

— Отже, ви думали, що весь цей нечестивий світ — то ваша провина?

— Певний час я вважав: моя це провина чи ні, але я маю його виправити.

— Як це відображалося на вашій роботі?

— Ну, якщо мої батьки — тобто, клієнти — не почувалися добре, я вважав, що недостатньо кваліфікований. Мені треба більше знати та вміти. Я мав знайти правильне рішення, я мав більше працювати, більше читати, ходити на семінари.

Не треба довго шукати значення цієї фройдовської обмовки — «батьки» замість «клієнтів». Він не тільки став головним партнером та утішителем матері після смерті батька та старшого брата, але виявилось, що ця роль була в нього від народження.

— Мама справді хотіла, щоби я був щасливий. Вона завжди цим переймалася. І саме це я й намагався робити. Намагався бути щасливим у дитинстві. Я не знав, що таке депресія, я навіть не знав, що таке печаль... Мама казала, що я був таким добрим, хорошим хлопчиком, яким не був мій брат. Я був таким добрим, що вона могла розбудити мене серед ночі, трохи погратися зі мною й покласти мене спати, і я засинав.

— Навіщо вона це робила?

— Думаю, їй було самотньо, і треба було трохи уваги.

— Тож, ви працювали... від народження.

— Шлюб моєї матері з батьком був жахливий. Вони сварилися... це почалося ще до мого народження. Робити її щасливою — було моєю роботою.

5. Я можу все витримати

П'ятдесятип'ятирічний держслужбовець Дон пережив операцію з видалення частини товстої кишки через злоякісну пухлину. Один із його хронічних стресів викликав прагнення бути гіперсумлінним у роботі.

— Навантаження могло викликати в мене *гнів*, — каже він. — Не знаю, чи правильне це слово — ймовірноше, *смуток*. Нездатність упоратися з усією цією роботою, яка накопичувалася на моєму робочому столі.

— І що ви з цим робили?

— Відчував напругу, потім йшов на прогулянку й розслаблявся, і нарешті, сідав за стіл і робив усю роботу.

— Ви ніколи не думали піти до працедавця та повідомити йому, що це забагато для однієї людини?

— Ніколи цього не робив. Тому що я можу з усім впоратись. Моя мета — бути тим, хто веде найбільше справ, і робить це найкраще.

— Чому?

— З кількох причин. По-перше, суперницький інстинкт. По-друге, мені добре платять, і я маю робити все найкраще. Я завжди мав такий принцип: ви даєте мені роботу, я її роблю. Якщо даєте мені більше, я зроблю більше, а даєте менше — зроблю менше.

— А якби вони скоротили персонал, і менша кількість працівників мала б більше роботи?

— Я робив би більше. Насправді, я часто це роблю — йду до людей, які скаржаться на навантаження й беру їхню роботу. У мене завжди певне відчуття провини, що в тій або іншій справі я міг зробити краще. Завжди щось може бути кращим. Я пишався своєю репутацією, що можу зробити більше, ніж будь-хто, і витратити на це менше часу, ніж будь-хто інший.

— Чи є в цьому якийсь зв'язок із вашим дитинством?

— Частково це від матері. Якщо я приносив табель із трьома оцінками А і трьома В, мене питали: «Чому не шість А?». Що б я не робив, це було недостатньо добре. Вона завжди беззаперечно вважала, що я можу бути в чомусь великим фахівцем. Коли я почав свій професійний шлях простим будівельником, для матері це було великим розчаруванням.

6. Мене не хочуть — отже, мене не люблять

Гільда Раднер усе життя вважала, що вона не бажана. З її нотаток, які знайшов після її смерті чоловік, Джин Вайлдер, можна зрозуміти, наскільки глибоким був її відчай. В одній нотатці, яка називається «Питання правою рукою — відповіді лівою рукою», вона дійсно писала питання правою, а відповіді на них — лівою рукою. Ця техніка та назва дуже важливі: права півкуля мозку, емоційна та цілісна, контролює ліву руку. Одне з питань звучало так: «Рак —

це твоя матір всередині тебе?» І відповідь лівою була: *«Вона не хоче, щоби я існувала»*.

7. Доки я не зроблю щось, мене немає. Я маю виправдати своє існування

Професорка університету Джойс, яка хворіє на астму, говорила про своє жахливе відчуття порожнечі, коли вона чимось не займається. Я спитав її, що вона має на увазі.

— Ця порожнеча пов'язана з жахом, що коли я не роблю чогось, не виконую якихось вимог, то ніби не існую. Коли я була дитиною, мене ніколи не враховували. Усі проблеми між батьками або між батьком та братом мене не стосувались. Я була донькою, до того ж молодшою на вісім років. Ідеальна маленька дівчинка. І все це проходило повз мене. У мене було відчуття, що доки не зробиш що-небудь у цьому світі, тебе не існує.

8. Щоби заслужити піклування, треба бути дуже хворим

Анджела отримала діагноз раку матки два роки тому, у віці сорока п'яти років. Перед цим вона страждала на алкоголізм, анорексію, булімію, депресію та фіброміалгію. У певний момент вона зробила шунтування кишківника, щоби скинути вагу. Їй вдалося втратити 150 фунтів, але за рік вона знову їх набрала, оскільки ні рівень стресу, ні режим харчування не змінилися. Я розмовляв з Анджелою в Норе Хаус — центрі підтримки та консультування людей з онкологією та іншими типами хронічних захворювань.

— Я відчула, ніби рак — це дар неба, тому що він дав мені змогу піти з Канадської податкової агенції. Останні дванадцять років я була аудитором, це була ненависна робота. Із самого дитинства я завжди брала близько до серця всі конфлікти або протистояння. Перевірки — це неприємно, і люди проєктують всю ненависть до влади та податків на тебе. І я брала це на себе.

— Чому вам потрібен був рак, щоби піти з роботи, яку ви ненавиділи і яка вам шкодила?

— Я майже постійно була в депресії, і мені здавалося, у мене немає вибору. Я працюю із сімнадцяти років. Знаю, що на інших роботах не можна багато хворіти. Я багато хворіла. На держслужбі ти як гвинтик у механізмі. Є сотні інших, хто робить таку ж саму роботу, отож, якщо ти не робиш свою роботу, її передадуть комусь іншому. Ось чому я там залишалась — через страх.

— Як рак допоміг вам піти звідти?

— Після отримання діагнозу, я почала ходити в Норе Хаус та розмовляти з консультантами. Мене підтримували, спонукали придивитися до своїх почуттів і свого життя. Я зрозуміла, що намагаюся пристосуватися до місця, якому я насправді не належала.

— Вони сказали вам про назву моєї книжки?

— Так, моє тіло сказало ні. Два роки в мене були сильні кровотечі, я постійно проходила обстеження. Зробили дві біопсії — у другій виявили ракові клітини.

Коли лікар вимовив слово «рак», я інтуїтивно тієї ж миті подумала «Канадська податкова агенція». Для мене це було очевидно. Дванадцять років я бачила ці сигнали та ігнорувала їх.

— Ось чому я питаю: навіщо ви чекали рак, щоби зробити це?

— Тому що це було *щось реальне*. У мене в голові міцно сидить, що розладів настрою недостатньо. Булімії недостатньо. Усі дивляться на розлади психіки, як на... нічого, з тобою все гаразд. Навколо дуже багато засудження.

— Але тут бере участь мозок, і це фізичний орган. Розлади настрою — це не менш фізіологічно, ніж рак матки.

— Я з вами згодна. Але так я й сама мислила, тому що вірила в те, чого навчили мене сім'я та суспільство. Для мого розуму одного факту, що в мене депресія, і ця робота змушує мене хворіти, було недостатньо. Я дуже переймалася тим, що подумують інші — особливо, моя сім'я.

Підтримка, яку знайшла Анджела після отримання діагнозу, дала їй змогу прямо подивитися на свої проблеми.

— Я відчула таку безпеку, яку ніколи не відчувала, — каже вона, — особливо коли я проходила через всю цю мороку зі звільненням із податкової агенції. І ще — велику підтримку й заохочення робити те, що я люблю, робити те, до чого маю прихильність.

Коли ми говоримо про людину, немає нічого неможливого. Проте важко уявити, щоби матір Гільди Генрієтта насправді не хотіла існування своєї доньки, або матір Леслі колись свідомо бажала покласти на сина відповідальність за своє щастя, або що батьки Алана воліли донести до нього, що він вартий любові, тільки коли не гнівається. Здебільшого батьки відчують безумовну любов до своїх дітей і саме це хочуть їм дати. Це важливо пам'ятати, але не це має значення. Мають значення несвідомі уявлення дитини, які формуються на основі її внутрішньої інтерпретації взаємодії зі світом. Ці інтерпретації, вкорінені на клітинному рівні, складають біологію вірувань, яка керує тим, що ми відчуваємо, що робимо і як реагуємо на події.

Головний чинник появи багатьох захворювань — це стосується і всіх випадків, які ми розглядали — це надмірний стрес, спричинений неусвідомленими уявленнями та переконаннями. Для зцілення необхідно почати болісну поступову і складну роботу зі зміни біології вірувань, засвоєних у дитинстві. Яке б зовнішнє лікування не застосовувалося, чинник зцілення знаходиться всередині людини. Необхідно змінити внутрішнє середовище.

Щоби віднайти здоров'я та своє справжнє я, нам потрібен квест, подорож всередину нашої біології вірувань. Це означає переосмислення, перепізнання в буквальному сенсі — тобто пізнання знову — свого власного життя.

Яку б модальність лікування не вибирали люди — звичайна медицина з додатковими методами зцілення або без них, альтернативні підходи, зокрема енергетична медицина або різноманітні психофізичні техніки, практики давнього Сходу, наприклад, аюрведа, йога, китайська акупунктура, універсальна практика медитації, психотерапія, нутриціологічний підхід — ключ до зцілення лежить в активному, вільному та свідомому виборі людини. Є багато шляхів віднайти цю внутрішню здатність людини до свободи і вільного вибору, вони описуються в багатьох вченнях, книгах та інших ресурсах. Звільнення від обтяжливих та стресових зовнішніх обставин є необхідним, але воно можливе лише тоді, коли ми звільнимся від тиранії вкоріненої в нас біології вірувань.

18

Сила негативного мислення

Ванкуверська онкологиня Карен Гелмон не дуже любить військові метафори, які часто вживають щодо раку. «Їхня ідея в тому, що маючи достатньо сили, ви можете контролювати хворобу, можете вигнати її, — каже вона. — Вони натякають, що все це битва. Я не думаю, що такий підхід може допомогти. По-перше, з точки зору фізіології, він не обґрунтований. А по-друге, з точки зору психології, це не дуже здоровий підхід.

Те, що стається з нашим тілом — це питання потоку. Є інформація на вході, є вихідний результат, і ми не можемо контролювати кожний крок. Ми маємо розуміти цей потік і знати, що є те, на що ми можемо впливати, і те, на що не можемо. Це не битва, це складний динамічний феномен знаходження балансу та гармонії, замішування єдиного тіста з конфліктних сил».

Погляд, який можна назвати мілітаристською теорією захворювання, вважає хворобу ворожою силою, чимось чужим, що організм має атакувати й подолати. Такий погляд не дає змоги відповісти на важливе питання, навіть при лікуванні гострих інфекцій, коли ми можемо визначити мікроорганізми, які потрапили в тіло, та вбити їх за допомогою антибіотиків: *чому ті ж самі бактерії або віруси минають один організм, але заражають інший?* Такі бактерії як стрептококи, відповідальні за некротизуючий фасціт, живуть у багатьох людях, але спричиняють хворобу лише в деяких випадках. Або вони можуть існувати в організмі деякий час без усякої шкоди для нього, а в певний момент спричинити смертельний напад хвороби. Від чого залежить ця відмінність?

У дев'ятнадцятому столітті з цього приводу йшли гарячі дебати між двома видатними фігурами в історії медицини: першим мікробіологом Луї Пастером та фізіологом Клодом Бернаром. Пастер наполягав, що протікання хвороби залежить від вірулентності мікробів, а Бернар — що найбільша відповідальність лежить на вразливості організму хазяїна. На смертному ложі Пастер визнав: *«Barnard avait raison, — сказав він. — Le germ n'est rien, c'est la terrain qui est tout»* [Бернар мав рацію. Мікроб — ніщо, ґрунт (мається на увазі організм-хазяїн) — усе.]

Пастер, помираючи, можливо, надто відхилився в протилежному напрямі, але ймовірно, він дивився в майбутнє. З того часу, а особливо в середині двадцятого століття з початком ери антибіотиків, ми майже забули, що ґрунт для хвороби — це певна людина в певний період свого життя. «Чому *цей* пацієнт має *цю* хворобу саме зараз?» — питав у 1977 році Джордж Енджел, дослідник єдності тіла та психіки в медицині^[1]. Для всіх випадків сучасна медична практика має єдиний спрощений «причинно-наслідковий» підхід. Коли неможливо знайти очевидного зовнішнього агента хвороби — а це неможливо для більшості серйозних хвороб — вона піднімає руки й заявляє, що причина невідома. «Невідомого походження» — найуживаніша фраза в підручниках із внутрішніх хвороб.

Хоча наукова скромність — це непогано, причинно-наслідкова модель хвороби сама собою є джерелом хибного сприйняття. Вона не може описати шляхів, якими здоров'я перетворюється на хворобу або навпаки, хворий організм повертається до здоров'я. Суфійська традиція пригадує дурня та

мудреця дванадцятого століття мулли Насреддіна, який рачки шукав щось під світлом вуличного ліхтаря. «Що ти шукаєш?» — спитав його сусід. «Свій ключ», — відповів той. Усі сусіди приєдналися до мулли та ретельно обшукали кожний дюйм ґрунту навколо ліхтаря. Ключа ніхто не знайшов. «Стій, Насреддін, — нарешті мовив хтось, — а де саме ти загубив ключ?» — «Вдома». — «Тоді чому ти шукаєш його тут?» — «Звісно, чому — тут краще видно!». Досліджувати окремі причини, такі як мікроби або гени, може бути легше та вигідніше з фінансової точки зору, але доки ми ігноруватимемо ширший підхід, етіологія хвороб залишатиметься для нас невідомою. Пошук ззовні, де краще видно, не принесе нам ключа до здоров'я; нам треба подивитися всередину, де темно й каламутно.

Жодне захворювання не має однієї єдиної причини. Навіть якщо можна визначити значний ризик — наприклад, спадковість у випадку деяких аутоімунних захворювань або куріння у випадку раку легень — вони не діють відокремлено. Риси особистості теж самі собою не спричиняють хвороб: рак не виникає просто від пригнічення гніву, а БАС — від надмірної приємності. *Системна модель* означає, що у формуванні здоров'я або появи захворювання одночасно працюють багато чинників та процесів. У цій книжці ми говоримо про *біопсихосоціальну* модель медицини. Згідно з біопсихосоціальним підходом біологічний розвиток індивіда віддзеркалює історію організму людини в його взаємодії із середовищем упродовж усього життя, у постійному обміні енергією, у якому психологічні та соціальні чинники не менш важливі, ніж фізичні. Як припускає доктор Гелмон, зцілення — це феномен знаходження балансу та гармонії.

Завжди корисно пригадувати, що слово «зцілення» походить від грецького слова, що означає «цілий» — звідти прирівнювання цілісності та здоров'я. Зцілюватися — значить ставати цілим. Але як ми можемо стати цілішими, ніж ми вже є? І як ми можемо бути менше, ніж цілими?

Те, що є цілим, можна зробити неповним у двох випадках: якщо щось відняти або порушити внутрішню гармонію так, що частини, які раніше працювали разом, більше цього не роблять. Як ми бачили, стрес — це порушення внутрішнього балансу у відповідь на сприйману загрозу, зокрема, загрозу того, що не будуть задоволені життєво важливі потреби. Одним із прикладів може бути фізичний голод, але в нашому суспільстві загроза найчастіше психологічна — втрата емоційної підтримки або порушення психологічної гармонії.

«Я не розумію, як я могла захворіти на рак, — сказала одна жінка з раком яєчників. — Я вела здоровий спосіб життя, добре харчувалася, регулярно займалася спортом. Я завжди добре піклувалася про себе. Якщо можна уявити собі образ здорової людини, то це — я». Сфера, яку вона пропустила, була для

неї невидимою — стрес унаслідок емоційного пригнічення. Її добросовісні та свідомі зусилля, спрямовані на гарне піклування про себе, не могли поширюватися на сферу, про існування якої вона навіть не знала. Ось чому знання та прозріння здатні трансформувати, й ось чому прозріння допомагає краще, ніж корисні поради. Якщо ми будемо здатні чесно дивитися всередину себе, зі співчуттям та незамуленим поглядом, то зможемо знайти необхідні способи подбати про себе. Ми зможемо побачити сфери, які раніше були приховані в темряві.

Потенціал цілісності, здоров'я, як і потенціал хвороби та дисгармонії, є у кожному з нас. Захворювання — це і є дисгармонія. Точніше, це *прояв* внутрішньої дисгармонії. Якщо дивитися на захворювання як на щось чуже і вороже, ми можемо закінчити тим, що розпочнемо війну проти самих себе.

Перший крок повернення до здоров'я — це відмова від прив'язаності до так званого позитивного мислення. Скільки разів у своїй паліативній роботі я сидів біля засмучених людей, які висловлювали розгубленість через те, що в них виявили рак. «Я завжди був оптимістом, мислив позитивно, — сказав мені один чоловік майже п'ятдесяти років. — Я ніколи не піддавався негативним думкам. Чому в мене рак?»

Як протидію такому граничному оптимізму я порадив силу негативного мислення. «Звісно, в іронічному сенсі, — одразу додав я. — Насправді я щиро вірю в силу *мислення*». Як тільки ми надаємо слову «мислення» атрибут «позитивне», ми виключаємо частину реальності, яку вважаємо «негативною». Здається, так діють більшість людей, які намагаються практикувати позитивне мислення. Однак справжнє позитивне мислення починається із включення всієї реальності, як вона є. Ним керує впевненість, що ми можемо довіряти собі настільки, щоби побачити всю правду життя, якою б вона не виявилася.

Як зазначає доктор Майкл Керр, нав'язливий оптимізм — це один зі способів заглушити свою тривогу або біль, щоб уникнути зустрічі з ними. Така форма позитивного мислення є захисним механізмом дитини, якій боляче. Доросла людина, якій усе ще боляче, хоча вона може не усвідомлювати цього, може перетворити цю тимчасову захисну стратегію на життєвий принцип.

Поява симптомів або отримання діагнозу мали б спричинити подвійне розслідування: що ця хвороба говорить про минуле й теперішнє людини, і що допоможе їй у майбутньому. Здебільшого методи лікування зосереджуються лише на другій частині цієї діади, не враховуючи те, що насамперед призвело до появи захворювання. Такий «позитивний» метод панує на книжкових полицях та в промовах.

Для того, щоби зцілитися, треба набратися мужності мислити негативно. Негативне мислення — це не той сумний, песимістичний погляд, який видає

себе за «реалізм». Це, ймовірно, готовність та бажання подумати над тим, що йде не так. Де порушений баланс? Що я пропустив? Чому саме моє тіло каже «ні»? Якщо не поставити ці питання, стрес, відповідальний за порушення нашого балансу, залишиться прихованим.

Навіть ще глибше: *не ставити собі ці питання — само собою є стресом*. По-перше, «позитивне мислення» ґрунтується на підсвідомому переконанні, що ми недостатньо сильні, щоби витримати реальність. Дозволяти цьому страху домінувати — означає заводити себе в стан дитячої боязкості. Усвідомлений або ні — цей стан однаково є стресовим. По-друге, брак необхідної інформації про себе та свою ситуацію є для людини головним джерелом стресу та потужним активатором реакції стресу з боку гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. По-третє, коли збільшується самотійний, автономний контроль, зменшується стрес.

Людина не може бути самотійною та незалежною, якщо нею керують проблеми відносин, почуття провини або потреба в прив'язаності, жага успіху, страх перед начальником чи боязнь нудьги. Причина дуже проста: *якщо людиною щось володіє, автономність неможлива*. Захоплена чимось людиною, ніби листок, який несе вітер, піддається контролю сил, які вона вважає сильнішими за себе. Навіть якщо вона думає, що сама «вибрала» своє стресове життя, і навіть якщо вона задоволена своєю діяльністю, її автономність не діє. Вибір, який вона робить, викликають рухи невидимих мотузок. Вона все-таки не може сказати «ні», навіть своїй власній одержимості. Коли вона нарешті прокинеться, то струсне головою, як Піноккіо, та скаже: «Яким дурнем я був, коли був дерев'яною лялькою!».

Лекторка університету Джойс, яка страждає на астму, вважає неможливим сказати «ні». За неї це роблять легені. Відмовляючись відмовляти, вона боїться не інших, а порожнечі, яку вона відчуває, коли не підштовхує сама себе вперед. «Порожнеча, — каже вона, — пов'язана зі страхом того, що коли я не задовольняю якихось вимог, то мене ніби не існує». Якби вона використала силу негативного мислення, то змогла б прийняти в собі цю жахливу порожнечу. Вона могла б дослідити в собі це переживання порожнечі, замість намагатися заповнювати його позитивними діями.

Мішель, у якої в тридцять дев'ять років діагностували рак молочної залози, звикла знаходити полегшення в мріях. «Не дивно, що я жила у вигаданому світі, — каже вона, пригадуючи своє нещасливе дитинство. — Там безпечніше. Можна вигадати свої правила, можна зробити цей світ щасливим, турботливим. Реальність зовсім інша».

Одне з досліджень, яке тривало понад два роки, виявило, що в пацієнток із раком молочної залози, які мали схильність занурюватись у мрії, були гірші

прогнози щодо одужання, ніж у реалісток. Також гірші прогнози мали ті, хто заявляв про рідші негативні почуття^[2].

Згідно із ще одним звітом щодо рецидивуючого раку молочної залози, «Пацієнти, які мало повідомляли про стрес... і кого інші вважали добре пристосованими, з більшою ймовірністю помирали впродовж наступного року»^[3].

Постійні доповіді, що люди з радіснішими, менш тривожними думками частіше хворіють, здається, суперечать здоровому глузду. Вважають, що позитивні емоції сприяють доброму здоров'ю. Це правда — щирі радість та задоволення дійсно покращують фізичне самопочуття, однак «позитивне» мислення, яке засвоюється для приглушення психічного дискомфорту, знижує силу спротиву захворюванню.

Мозок керує та регулює активність усіх органів та систем організму й одночасно координує нашу взаємодію з оточенням. Ця регуляція залежить від чіткого розпізнавання негативних чинників, сигналів небезпеки та ознак внутрішнього розладу. У дітей, з оточення яких постійно поступають змішані сигнали, в апараті мозку, що розвивається, трапляється розлад. Здатність мозку оцінювати оточення зменшується, зокрема, порушується здатність відрізнити корисне від шкідливого. Люди, які, подібно Мішель, травмовані в дитинстві в такий спосіб, більш схильні приймати рішення, які ведуть до подальшого стресу. Що більше вони намагаються приглушити свою тривожність за допомогою «позитивного мислення», заперечення або мрійливості, то довше піддаються дії стресу, і більше шкоди він їм спричиняє. Той, хто гірше здатен відчувати жар, отримує більше опіків.

Чесне негативне мислення обов'язково призведе до болю та конфліктів, яких ми намагались уникати. Інакше бути не може. Нездоланне бажання або потреба уникнути болю та конфліктів, яке переповнює дитину, є причиною формування рис особистості та моделей подолання проблем, які пізніше можуть довести вже дорослу людину до захворювання.

Хвора на розсіяний склероз Наталі мирилася з пияцтвом та емоційним пригнічуванням свого чоловіка. Вона віддано піклувалася про нього, поки він одужував після двох онкологічних операцій, терпляче виносила його дратівливу вимогливість. Він її зрадив, але навіть через кілька років після його смерті вона не може сказати «ні» очікуванням інших. «Пройшло п'ять років, а я все ще не навчилася жити самотійно. Моє тіло часто каже мені “ні”, але я продовжую те ж саме, я не вчусь». Яке пояснення дає Наталі? «Мені не дає зупинитися медсестра, яка є всередині мене». Так вона пояснює це собі самій, ніби всередині неї насправді живе владна «медсестра», яка контролює її поведінку. Коли Наталі не каже «ні», вона часто відчуває стрес або страждає

від нападів РС. Але щоби звільнитися від стресу, їй потрібно було б визнати болісну реальність, що лише власний вибір, який ґрунтується на дитячому досвіді, змушує її відмовлятися від особистих потреб.

Багато людей блокують свою свідомість та особистісний ріст за допомогою міфу про своє «щасливе дитинство», якого вони воліють триматись. Трохи негативного мислення дозволило б їм розвіяти ілюзію, через яку вони застрягли в руйнівних поведінкових моделях.

Тридцятип'ятирічна юридична секретарка Джин захворіла на розсіяний склероз, коли їй було двадцять чотири. Вона відчувала слабкість, запаморочення, хронічну втому, проблеми із сечовим міхуром і наприкінці тимчасову втрату зору. Близько року вона провела в медичних закладах, лікарні невідкладної допомоги, а потім — у реабілітаційному відділенні. Після цього було кілька значно м'якших рецидивів.

Джин вийшла заміж у дев'ятнадцять. Перший чоловік був значно старший за неї, мав жорстокий та владний характер.

— Переважно емоційно, на словах, а наприкінці й фізично. Він мене бив. Тоді я й пішла від нього. Він записував мої розмови з друзями. Я працювала на двох роботах — вночі музиканткою, а вдень нянею. Я віддавала свою зарплату. Мені не подобалося грати в його гурті. Надто багато подорожей. Я була самотня... Крім того, усе життя в мене були харчові розлади. Коли я потрапила до лікарні, я важила вісімдесят дев'ять фунтів, а зріст у мене п'ять футів шість дюймів. У мене була анорексія. Я пішла від чоловіка, а наступного дня опинилася в лікарні.

— Те, що ви п'ять років мирилися зі старшим за себе жорстоким чоловіком, не може бути випадковістю. Думаю, це багато свідчить про сім'ю, у якій ви росли.

— Ніяк не можу з цим погодитись. Моя сім'я була настільки далекою від жорстокості, наскільки це можна собі уявити. Це була неймовірно підтримуюча сім'я. У мене було два брати, сестра й батьки, які сорок п'ять років прожили в щасливому шлюбі. Я ніколи не бачила нічого, крім турботи, любові, ніжності.

— Я не вживав слова «жорстока» щодо вашої сім'ї. Я сказав, що ваша історія свідчить про сім'ю, у якій ви росли.

— О! (довга пауза). Я не знаю. Про що вона свідчить, на вашу думку?

— Дозвольте мені спочатку запитати вас, чи був у вас у дитинстві досвід сексуального насильства.

— Ні, тобто... був випадок, коли мене непристойно торкався чоловік, який тоді працював із батьком, мені було тоді близько одинадцяти років. Ми

відпочивали в наметах із компанією людей. Я сказала про це батькам. *Не тоді, коли це трапилося, а через кілька років.*

Ми сиділи біля вогнища, я була в шортах. Він говорив мені, яка я вродлива дівчинка, мене це тішило. Він проводив рукою мені по внутрішній частині стегна. Думаю, ми сиділи разом близько пів години, але щойно він почав торкатися мене, я вибачилася й пішла. І я пам'ятаю, що була цим засмучена.

Усе це якось дуже затуманено. Я майже сумнівалася в тому, що правильно реаую. Навіть зараз, коли я це розповідаю, мені здається, що це не так уже й важливо. Але для мене це випадок, який виділяється. Я пам'ятаю своє відчуття — брудне, фу, жахливе відчуття.

— Якби у вас була одинадцятирічна донька, і з нею трапилося щось подібне, як би хотіли, щоби вона вчинила?

— Ох. Я б точно не хотіла, щоби вона чекала кілька років, щоби розказати про це.

— Чому?

— Тому що я хотіла б одразу обговорити це з нею й допомогти їй зрозуміти всі її відчуття.

— А якби вона вам не сказала?

— Я подумала б, що вона боїться мені розповідати. Не знаю, що я подумала б... — Джин ледь стримувала сльози, але однаково хотіла продовжувати бесіду.

— Ви пам'ятаєте своє дитинство щасливим.

— Так, абсолютно.

— Розкажіть мені про вашу анорексію.

— Думаю, мені було близько п'ятнадцяти. Мені ніколи не говорили, що це анорексія, поки пізніше вона не перетворилася на булімію. Я викидала шкільні обіди й ніколи не снідала. Я була така кістлява. Мої батьки дуже турбувалися.

— Ви знаєте, що вас тоді турбувало?

— Переважно це були тривоги щодо того, як виглядає моє тіло — через це проходять усі дівчата-підлітки. Не пам'ятаю, щоби я вважала себе товстою, я ніколи такою не була. Просто я думала, що буду популярнішою, якщо схудну. Моя цінність залежала від того, чи подобаюсь я іншим. Я хотіла всім подобатись.

— Наскільки я розумію, самоцінність походить від того, наскільки цінною дитина відчуває себе для батьків.

— Я відчувала, якщо в мене не буде лише найвищих оцінок, вони не любитимуть мене. У мене була старша сестра, яка в той час завдавала батькам таких проблем, що отримувала всю їхню увагу. У неї був також розлад згортання крові, тож коли ми були молодші, батьки приділяли їй більшу частину уваги. Вона була в лікарні, і довгий час вони думали, що в неї лейкемія.

— Отже, дозвольте мені ще раз усе повторити. Ви були дитиною, яка відчувала, що її не любитимуть, якщо в неї не буде лише найвищих оцінок, у віці одинадцяти років вона пережила сексуальні домагання. Їй було погано, але вона нічого не сказала про це батькам. У віці п'ятнадцяти років у неї була анорексія. *Й у вас було абсолютно щасливе дитинство. Що не так із цією картиною?*

Джин сміється.

— Ну, просто коли я згадую підліткові роки — вони не були пекельними. Ні, не були. Розлади харчування тільки починалися...

— Ви помічаєте, що намагаєтесь уникнути відповіді на моє питання?

— Що не так із цією картиною? Вона не здається мені картиною щасливого дитинства. Але я не думаю, що воно було нещасливим.

Виключення Джейн сумних моментів зі спогадів дитинства є типовим. Одне з досліджень порівняло спогади пацієнтів із розсіяним склерозом та учасників контрольної групи, які не мали цієї хвороби. Усіх піддослідних попросили надати оцінку своєму домашньому життю в дитинстві, назвавши його нещасливим, помірно щасливим або дуже щасливим^[4]. Приблизно 80 % учасників обох груп назвали своє дитинство в батьківському домі помірно або дуже щасливим. Здається, що переважна більшість учасників обох груп, у приблизно однакових пропорціях, вважає, що вони росли в країні Оз. Але коли вони починають відкривати правду про свої емоції та життя, як це зробила Джин, ця радісна картина зрідка залишається недоторканою.

— Анорексія — це був мій спосіб не відчувати своїх почуттів. Але чому я вчиняла з ними саме так, не можу сказати.

— Можливо, ви бачили, що батьки страждають через проблеми вашої сестри й намагалися захистити їх. Ви взяли на себе роль їхнього опікуна. Ймовірніше, ви все ще піклуєтесь про людей, навіть якщо не усвідомлюєте цього... про батьків, братів та сестер або чоловіка.

— Або всіх них. Щодо чоловіка — якщо він гнівається або сумує, перше, що я думаю — як я можу це виправити. Але це може мене навіть не стосуватись. Ця думка виникає автоматично. Зараз я намагаюся замість нього вилікувати його рак простати¹⁵. Чи я не розумна?

¹⁵ Чоловік Джин Ед розповідав про свій рак простати. Дивіться розділ 8.

— Ви не зможете цього зробити. Але можете спричинити в себе загострення.

— Минулого року, коли йому вперше поставили діагноз, так і вийшло. А потім у мене було загострення, коли захворіла, а потім померла його мати. Я так хвилювалася за нього, що забувала піклуватися про себе. Я погано харчувалася й замало відпочивала. І я досі це роблю через батьків. Захищаю їх від усього, що, як мені здається, може їх ранити, якщо вони дізнаються. Я

ніколи не говорила їм усього про мої розлади харчування. Я не завжди розповідаю їм, якщо в мене загострення РС — применшую, тому що вони так хвилюються.

У спогадах про дитинство дуже часто не враховується прихована ціна, яку дитина платить за прийняття та схвалення батьків. Канадська журналістка Памела Воллін, якій у 2001 році поставили діагноз раку кишківника, дає дуже яскраву ілюстрацію цього у своїх мемуарах «Якщо вже ви спитали». У її тексті можна бачити різницю між спогадами дорослого та емоційною реальністю дитини. Ще на початку вона попереджає читача: «Я одразу хочу вас застерегти. Те, що ви прочитаєте, може виглядати як путівник містечком або платний рекламний проспект сімейного життя, але, наскільки я пам'ятаю, це правда. Я вірю, що моє дитинство було близьким до ідеального». Але примирити цей ідеалізований погляд із деякими сценами, які щиро описує місіс Воллін (зараз вона працює Верховним комісаром Канади в Нью-Йорку), неможливо.

В одному з фрагментів Памела описує, як її постійно принижувала старша сестра. Її пригнічений гнів досяг такої сили, що якось вона мстиво поранила сестрі руку. «У Бонні й досі є шрам від тієї рани, яку я навмисно зробила їй якраз напередодні важливого побачення, на яке вона хотіла надіти нову сукню без рукавів. Їй довелося позичити шаль, щоби прикрити неприємні сліди моєї помсти». Місіс Воллін пише, що досі вважає Бонні причиною її страху темряви. Щоби позбавитися молодшої сестри, коли приходив її хлопець, Бонні заганяла Памелу в її кімнату, вимикала світло та зачиняла двері. «Вона добре знала, що я буду дуже налякана можливими чудовиськами під ліжком, щоби перетнути темну кімнату та відчинити двері, тож могла бути впевнена, що залишок вечора я буду дрижати в кімнаті й не заважати їм». Вона розповідає історію в трохи іронічному тоні.

Тут працює «синдром хибних спогадів» навпаки: на свідомому рівні людина часто пам'ятає тільки щасливу сторону дитинства. Навіть якщо вона пригадує травматичні події, то емоційний аспект пригнічує. Батьківська любов належно зберігається в пам'яті, а відчуття дитини, що її не розуміють і не підтримують — ні. У цій історії відсутні спогади про почуття дитини, якій бракувало відчуття безпеки, щоби розповісти батькам про моторошність та гнів, спричинені регулярним замиканням на самоті в темній кімнаті. Цей брак відчуття безпеки підтверджується ще одним епізодом із підліткового періоду, коли Памела дійсно просила допомоги та втручання матері у важку ситуацію в школі. Матір Памели була вчителькою в школі, яку відвідувала її донька. «Тільки раз мама покарала мене. Один із вчителів початкової школи любив торкатися в класі наших грудей, що тільки починали розвиватися. Але мама відмовилася повірити моїм звинуваченням проти її шановного колеги. Вона

сказала — і думаю, це віддзеркалює ті часи — що я маю пояснити іншим дівчаткам: ми повинні сідати так, щоб унеможливити його небажані обмацування. Ми так і зробили, і просто чекали кінця року, щоби перейти в інший клас подалі від того вчителя... Але, здається, ми всі пережили це без емоційних шрамів». Проблема в цьому «здається». Емоційні шрами переважно невидимі. Але шрами всіх типів слабші та менш еластичні, ніж тканина, на місці якої вони виникли: якщо їх не розпізнати та не доглянути, вони залишаються потенційними місцями болю та різних порушень. Єдине зізнання, що в дитинстві Памелу не чули — це сказана нею мимохіть фраза: «Діти часто вважають неможливим відкрито говорити з батьками». У книжці немає ніякого опису розчарування або суму, яке відчуває дитина, коли важливі для неї дорослі не вміють її слухати. Загалом, вона стверджує, що в неї «немає ніяких демонів, яких треба виганяти», і це ілюструє заперечення тривоги, гніву та негативних емоцій, про що постійно свідчать дослідження онкологічних пацієнтів.

Перечекати — наприклад, поринути в мрії — допомагає дитині пережити важкі для неї події, які інакше могли б спричинити небезпечні для неї реакції. Коли в гру вступає ця тактика, людина зберігає спогади про минулі події, але не про їхній травматичний емоційний відгук. Це пояснює багато історій про «щасливе дитинство». Такі спогади, незважаючи на деспотичного батька та відсутність підтримки матері, залишилися у хворой на вовчак Айріс.

— У батька був дуже нестриманий темперамент — коли він гнівався, ми ніколи не знали, чим усе закінчиться. Могли літати тарілки, роздаватися стусани.

— Вас били?

— Ніколи. Я була улюбленицею батька.

— Як ви отримали цей статус?

— Я зникала. Я дуже рано цього навчилася.

— Ви пам'ятаєте, як почувалися нещасною, коли були дитиною?

— Нещасною? Ні.

— Чи може дитина в таких обставинах не відчувати суму, не почуватися нещасною?

— Зазвичай ти просто німієш, втрачаєш відчуття.

— Отже, ви насправді не знаєте, чи відчували сум або нещастя, тому що німіли й викреслювали ці почуття?

— Так, правильно. Я не пам'ятаю довгих періодів із дитинства.

— Навіщо потрібно німіти? Чому не піти до когось і не поговорити про це? Може, до мами?

— Ну, ні, я не могла поговорити з мамою, тому що по-перше, я не хотіла, щоби вона знала, що я нещасна. По-друге, насправді її не існувало окремо від батька. Вона займала нейтральну позицію.

Дитина не багато може сказати. Я була онімілою, але мені було так досить добре.

— Правда?

— Я гралася з ляльками... ок, тільки не зважайте на це... Я хотіла сказати, я жувала ляльок!

— Що ви маєте на увазі?

— Вони були пластикові, і я відгризала їм пальці на руках та ногах!

— Ви їх калічили, тому що відчували пригнічену лють. Подумайте, коли ми змушені німіти, втрачати відчуття?

— Коли нам боляче...

— З часом, коли достатньо онімієш, можна уявити себе щасливим. Ти щасливий лише тому, що виключив більшу частину свого реального життя. А це означає, що ти зовсім не живеш повним життям.

— Згодна.

Нарешті я повернувся до страхової брокерки Дарлін, у якої під час обстеження через безпліддя випадково виявили рак яєчників. У її житті не було нічого, що хоча б приблизно нагадувало болісний досвід. Єдиною негативною подією був цей рак яєчників та його несподіване повернення, незважаючи на виявлення та лікування на ранній стадії. Вона каже, що початковий прогноз був «блискучим», а рецидив — «руйнівним».

— Я завжди хотіла управляти своїм життям, завжди піклувалася про себе. Я добре харчувалася, займалася спортом, я в прекрасній формі. У мене ніколи не було шкідливих звичок.

Єдиний її чинник ризику — це безпліддя. Дарлін описує своє життя в таких епітетах, що мені важко повірити в його реальність. За все дитинство вона не пам'ятає жодної нещасної події, жодного моменту відчуття страху, гніву, тривоги або смутку.

— Я найстарша з трьох дівчат. Усі ми неймовірно близькі, так само як мама з татом, які досі живуть у доброму здоров'ї. До того ж, у мене дуже близькі відносини з родиною мого чоловіка. Мені пощастило із сім'єю, і також пощастило зі справжніми добрими, близькими друзями, деяких із них я маю з п'яти років. Мої друзі та сім'я — моє величезне джерело натхнення та підтримки. Думаю, у цьому аспекті я дуже щаслива.

У 1991 році Дарлін видалили правий яєчник із раком. Вона залишила лівий, сподіваючись у майбутньому завагітніти. Рік по тому вона успішно зачала дитину.

— Ми всі говорили про цей п'ятирічний термін, і я його пройшла. Тільки через п'ять із половиною років, коли моєму сину було чотири, я відчула симптоми, які мені здавалися досить невинними: я втомлювалась і втратила трохи ваги, тільки п'ять фунтів, нічого серйозного. У мене був маленький син, кар'єра та багато домашніх та сімейних справ. У мене боліла нижня частина спини, але я знову подумала, що це через те, що я весь час піднімаю дитину, всовуючи його в зимовий комбінезон та виймаючи звідти.

Коли в 1996 році рак повернувся, ще й із метастазами, ми були просто спустошені. І прогноз цього разу був зовсім інший: рак поширився на другий яєчник, матку та нижню частину шлунку.

— Дивно, чому ці симптоми не стривожили вас раніше, враховуючи, що в минулому у вас був рак яєчника. Що ви порадили б подрузі з такою, як у вас, історією хвороби та такими симптомами?

— О, так. Коли йдеться про подруг, то навіть якщо в них росте ніготь, я одразу посилаю їх до гінеколога.

— Ця різниця між ставленням до себе й до друзів — це один із натяків на те, що, можливо, не все у вашому житті було так, як ви описуєте. Другий — це ваша фраза «думаю, мені дуже пощастило», коли ви описували ваші відносини. Ваше «думаю» — це знак, для мене воно означає непевність, віддзеркалює внутрішні вагання. Можливо, ви думаєте не зовсім те, що відчуваєте, інакше ви просто сказали б, що почуваетесь щасливою.

Я також помітив, що, говорячи про свій біль, ви усміхаєтесь, ніби бажаєте пом'якшити враження від своїх слів. Коли і як ви могли цього навчитися? Я постійно бачу в людей звичку усміхатись, коли вони говорять про фізичний біль. Або про болісні події, випадки та думки. Але новонароджені не здатні приховувати будь-які почуття. Якщо немовля нещасливе або відчуває дискомфорт, воно кричить, плаче, показує свій сум, виражає гнів. Усе, що ми робимо, щоби приховати біль або смуток — це навчена реакція. У деяких обставинах це має сенс, але так багато з нас роблять це повсякчас і автоматично.

Люди якось навчаються — і деякі з них більше, ніж інші — несвідомо піклуватися про емоційні потреби інших, мінімізуючи власні. Вони приховують свій біль та смуток, іноді навіть від себе.

Дарлін задумливо слухає. Вона не сперечається й не погоджується.

— Це цікавий погляд. Це треба розглянути на нашій групі підтримки людей із раком яєчників. Зараз я не знаю, як на це відповісти, і думаю, вам насправді

не потрібна миттєва відповідь. Це інтуїтивна думка, і вона змушує замислитись. Я вдячна вам за неї.

Наважуючись мислити негативно, ми дозволяємо собі побачити себе такими, якими ми є насправді. У людей із багатьма хворобами, які ми розглядали, є вражаюча схожість деяких рис та стилю подолання проблем: пригнічення гніву, заперечення своєї вразливості, «компенсаторна гіпернезалежність». Ніхто навмисно не вибирає цих рис і свідомо не виховує їх у собі. Негативне мислення допомагає зрозуміти, якими були обставини нашого життя, і як наше сприйняття цих умов сформувало в нас ці риси. Емоційно виснажуючі сімейні відносини визнали чинником ризику всіх типів серйозних захворювань, від нейродегенеративних захворювань до раку й аутоімунних хвороб. Головна мета — не звинувачувати батьків, попередніх поколінь або партнерів, а отримати можливості відкинути переконання, які шкодять нашому здоров'ю.

Сила негативного мислення вимагає від вас викинути рожеві окуляри. Ключ до розв'язання проблеми — не звинувачувати інших, а взяти відповідальність за свої відносини.

Просити людей, які нещодавно отримали діагноз, переглянути свої відносини, щоби зрозуміти свою хворобу — це нелегка справа. Людям, які не звикли проявляти свої почуття та визнавати свої емоційні потреби, дуже складно знайти в собі рішучість та необхідні слова, щоби твердо і водночас співчутливо говорити з тими, кого вони люблять. Це завдання ускладнює ще й те, що в цей період вони, як ніколи, потребують підтримки й залежать від інших.

На ці питання немає легкої відповіді, але залишити їх невирішеними — а отже знову і знову створювати причини для стресу, який і собі спричинятиме захворювання. Що б не робив пацієнт, психологічний вантаж, який він несе, не можна полегшити без чесної, ясної і водночас співчутливої оцінки найважливіших відносин у його житті.

Як ми вже бачили, *стресором є не самі очікування та наміри інших людей, а те, як ми їх сприймаємо*. Джин, хвора на розсіяний склероз, спричинила своє загострення тим, що взяла на себе повну відповідальність за пошуки належного лікування раку простати свого чоловіка Еда. А він так само був обурений тим, що Джин «контролює» його, але не міг пояснити їй свої почуття. Впевненість Джин, що вона відповідає за Еда, а також віра Еда, що вона його контролює — це відчуття, які ґрунтуються на моделях стосунків, які кожен із них сформував ще в ранньому дитинстві.

«Здебільшого наші напруження та розчарування походять від нав'язливої потреби грати роль того, ким ми не є», — пише Ганс Сельє. Негативне мислення потребує сили, щоби визнати той факт, що ми не такі сильні, як нам би хотілося. Імідж сильної людини ми створюємо навмисно, щоби приховати

слабкість — відносну слабкість дитини. У нашій тендітності та крихкості немає нічого осудного. Людина може бути сильною, але все ж потребувати допомоги, може бути могутньою в одних сферах життя й безпомічною та розгубленою в інших. Ми іноді не можемо робити все, чого бажаємо. Як усвідомлюють, іноді надто пізно, багато хворих людей, спроба жити згідно зі створеним іміджем сильної та невразливої людини створює стрес та руйнує їхню внутрішню гармонію. «Я все можу витримати», — так описував хворий на рак кишківника Дон свою позицію щодо хвороби. «Я не можу допомогти всім жінкам з раком яєчників, — зрозуміла Гільда Раднер після свого рецидиву, — і я не можу прочитати кожний лист, який отримую, тому що це розриває мене на частини».

Якщо ми навчимося мислити негативно, ми припинимо применшувати свої втрати та травми. Під час інтерв'ю для цієї книжки багато разів я чув, як люди описували свої біль та стрес словами «лише трохи», «мабуть» або «можливо». Пригадайте Веронік, яка описала свій гострий стрес та його причини — розрив із хлопцем-пиякою, фінансові злидні та інші труднощі, словами «не такі вже й погані».

Чи живу я своє життя згідно з тим, у що глибоко вірю я сам, або намагаюся задовольнити чийсь очікування? Скільки з того, у що я вірив та що робив — моє власне, а скільки підтримувало мій образ, який я колись створив, вірячи, що це необхідно, щоби задовольнити батьків? Магда із сильними болями в кишківнику стала лікаркою всупереч своєму бажанню, і не тому, що її матір та батько відкрито вимагали або просили цього, а тому, що вона зробила їхні переконання своїми власними. І вона зробила це задовго до того, як достатньо подорослішала, щоби вирішувати, що робити зі своїм життям. «Майже всі мої досягнення тим чи іншим чином були пов'язані не з *моїми* власними прагненнями, а з прагненнями мого батька», — написав Денніс Кей, який помирав від БАС.

«Я і впововину не така, як моя мати, — писала колишня перша леді США Бетті Форд. — Моя мати була неймовірною жінкою, сильною, доброю, принциповою, вона ніколи мене не підводила. Вона також була перфекціоністкою й намагалася програмувати своїх дітей на ідеал»^[5]. Сила негативного мислення дала б змогу місіс Форд запитати себе, чи дійсно це добре — «програмувати» своїх дітей на ідеал? Якби Бетті була трохи озброєна негативним мисленням, то замість того, щоби тікати від самозасудження в алкоголізм, вона відкинула б недосяжні стандарти перфекціонізму. «Я і впововину не така, як моя мати, — сказала б вона з усмішкою, — і я не хочу бути навіть чвертю її. Я хочу бути собою».

Хвора на БАС Лора відчувала провину за те, що не хотіла приймати гостей у своєму готелі під час відпустки своєї управительки. Вона вирішила взяти на

себе цю роботу, тому що страх провини в ній був сильніший за страх стресу, спричиненого тим, що вона має дбати про гостей під час хвороби.

«Я завжди намагаюся допомагати людям, — пише Ед із раком простати. А якщо ні? — Тоді я погано почуваюсь. Відчуваю провину». Для багатьох *провина — це сигнал, що вони вирішили зробити щось для самих себе*. Здебільшого людям із серйозними захворюваннями я кажу: якщо вони *не* відчують провини, мабуть, у них десь порушений баланс. Вони все ще ставлять свої власні потреби, емоції, інтереси на останнє місце. Сила негативного мислення дасть їм змогу *прийняти* провину, а не уникати її. «Я почуваюся винним? Алілуя! Отже, я зробив правильно, зробив, нарешті, щось для самого себе».

«Найважливіше — це чинник контролю, — каже Ед про турботливу опіку своєї дружини Джин. — Я обурений», — і що він із цим робить? — «Я це приховую». Сила негативного мислення дала б змогу Еду прийняти провину за спротив втручанню дружини у свої особисті рішення, хоча і з добрими намірами. Одного разу психотерапевт порадив мені: «Якщо ви стоїте перед вибором між відчуттям провини та обурення, завжди вибирайте провину». Цю мудру пораду я передав багатьом своїм пацієнтам. Якщо відмова навантажує вас провиною, а згода викликає обурення, вибирайте провину. Обурення — це вбивство душі.

Негативне мислення дає нам змогу сміливо дивитися на своє життя зі своїх власних позицій, чесно оцінюючи, що в ньому працює, а що ні. Дослідження показують, що позитивні люди частіше хворіють та мають менші шанси на виживання. Справжнє позитивне мислення — або *позитивне буття* — допомагає нам зрозуміти, що не варто боятися правди.

«Здоров'я — це не лише питання лише позитивних думок, — пише молекулярна біологиня Кендіс Перт. — Іноді найбільший поштовх до зцілення — це збудження імунітету вибухом довго пригнічуваного гніву»^[6].

Гнів, тобто його здорове переживання, є одним із семи стовпів зцілення. Кожен із семи стовпів вказує на вкорінене внутрішнє переконання, яке сприяє хворобі та підриває здоров'я. Ми розглянемо їх в останньому розділі.

Сім стовпів зцілення

І в розвитку злоякісної меланоми, і в здатності організму зцілитися від неї задіяний імунітет. Зафіксовано багато випадків спонтанної ремісії цього захворювання, незважаючи на фатальний прогноз — випадків, коли рак зникав без медичного лікування. Хоча в середньому для всіх типів раку ймовірність таких випадків становить 1 %, спонтанна ремісія злоякісної меланоми виникає у 11 % пацієнтів^[1].

Журнал Cancer повідомляє про спонтанне зцілення сімдесятидворічного чоловіка. Рак знайшли в підозрілій родимці на його грудній клітці, яку в 1965 році видалили; через сім років трапився рецидив у вигляді багатьох маленьких родимок, теж на грудній клітці. Нові пухлики були локальним поширенням первісної меланоми. Однак цього разу пацієнт відмовився від подальшого лікування. Через вісім місяців лікар на черговому прийомі помітив, що ці

маленькі пухлини стали світлішими та пласкішими. Пацієнт дозволив провести малу біопсію — виявилось, що в новоутвореннях присутня пігментація, але раку немає. Упродовж року з'явилися подальші ознаки одужання.

Імунологічне дослідження все прояснило. В організмі пацієнта відбулися три процеси: по-перше, пухлину атакували лімфоцити, потім крупніші клітини, які називаються макрофагами, буквально допомогли з'їсти меланому, і, нарешті, знищити ракові клітини допоміг викид антитіл. Для того, щоби подолати рак, організм чоловіка мобілізував потужні імунні ресурси.

Випадки спонтанної ремісії піднімають два питання: по-перше, чому в деяких людей цих ресурсів недостатньо, щоби знищити ракові клітини із самого початку, ще до розвитку меланоми, і по-друге, що дає змогу імунітету деяких людей долати потенційно смертельний рак, навіть коли він уже розвивається? Ми ставили собі це питання й щодо інших хвороб, спостерігаючи дуже різний характер їхнього протікання, хоча патології на початку були, очевидно, схожі.

Дослідники із Сан-Франциско вивчали тип С пригнічення емоцій у пацієнтів із меланомою. Упродовж наступних вісімнадцяти місяців вони виявили чітку кореляцію між пригніченням та ймовірністю рецидиву або смерті. Захист від раку створюють природні кілери (НК-клітини), які атакують ракові клітини. НК-клітини мають підтверджену здатність перетравлювати меланому. Як і при раку молочної залози, у людини з пригніченими емоціями вони менш активні.

Одне з досліджень вивчало зв'язок товщини первісної меланоми з особистістю. Товщина меланоми при першій біопсії корелюється із прогнозом щодо одужання: що товстіша пухлина, то гірші перспективи. Товстіші пухлини, як виявили дослідники, пов'язані з вищими балами за шкалою наявності типу С подолання меланоми: «Тип С подолання меланоми характеризується тим, що пацієнт приймає той факт, що в нього меланома, більше піклується про членів сім'ї, ніж про себе, намагається не думати про це, долає хворобу за допомогою витривалості та постійної зайнятості, переживає свої почуття в собі та підтримує образ сильної людини, яка може все витримати»^[2].

Ці відкриття в Сан-Франциско підтвердили результати дослідження, яке проводилося раніше, в 1979 році, і виявило, що пацієнти з меланомою, яким було важче пристосуватися до діагнозу — іншими словами, які сприйняли його менш покійно — рідше страждали від рецидивів^[3].

Пілотне дослідження в Медичній школі Університету Каліфорнії в Лос-Анджелесі, проведене психіатром Ф. І. Фоци, показало, що навіть елементарна психологічна підтримка може все змінити. Тридцять чотири пацієнти зі схожою меланомою першої стадії були зараховані відповідно до експериментальної та контрольної груп. «Втручання Фоци було вражаюче мінімальним. Було проведено лише шість структурованих групових сесій

упродовж шести тижнів, кожна сесія тривала півтори години. На групових зустрічах надавалися (1) інформація з меланоми та основні рекомендації з харчування, (2) техніки подолання стресу, (3) поліпшення навичок стійкості до стресів та (4) психологічна підтримка з боку персоналу та інших членів групи». Упродовж шести років десять пацієнтів із тридцяти чотирьох учасників контрольної групи, яка не отримала психологічної підтримки, померли, три інших мали рецидиви. У групі підтримки лише три пацієнти з тридцяти чотирьох померли, ще в чотирьох були рецидиви^[4]. Раніше це дослідження продемонструвало, що в пацієнтів групи підтримки краще працював імунітет^[5].

Ці результати підтверджують думку, що якби пацієнтам із меланомою та іншими видами раку допомогли краще зрозуміти себе, більше приймати себе та наполягати на своїх емоційних потребах, у них посилилася б здатність зупинити онкологічний процес. П'ятидесятирічна письменниця Гаррієт впевнена, що ремісія злоякісної меланоми на її правій гомілці сталася завдяки її рішення боротися з раком по-своєму, обраними нею методами, у які вона включила інтенсивну психотерапію.

— Я не дуже довіряю лікарям. Я провела дослідження і знайшла цю альтернативну клініку в Тихуані. Вони лікують меланому як порушення всього організму, і це мені одразу сподобалось. Хірургічна операція на нозі без подальшого лікування не здавалася мені правильним підходом. Я поїхала в Мексику, і мене лікували за допомогою цілої низки методів: вакцинація, дієта, тонізуючі засоби та якась трав'яна паста, яку вони використали, щоби випалити це з ноги. Я поверталася туди щомісяця, потім кожні три місяці, потім — кожні шість місяців, але я почала усвідомлювати, що із тим, як я справляюся, щось не так. По-перше, у Канаді в мене не було терапевта. Я відкидала авторитет лікарів, але ж тут, у Мексиці, я погодилася на лікування...

Я подумала, що принаймні мені потрібно мати терапевта — і саме так я зустріла вас. Ви мене зовсім не знали, але щойно я згадала про меланому, ви сказали: «Ви ж знаєте, що є психологічний портрет пацієнтів із меланомою, правда?». Раніше ніхто мені про це не казав, але коли ви його описали, я ідеально в нього вписалася. Ви також сказали, що мені треба зробити операцію, і ви можете це організувати, але сама собою операція може не допомогти, поки я не подолаю нездатність відчувати свої почуття та не вирішу інші проблеми.

Отже, я пів року проходила терапію. Це була дуже активна, насичена терапія. Після цього я зробила операцію. Пластичний хірург був шокований, коли побачив мене, тому що він сказав, що біопсія, яку він спочатку зробив, показала, що в мене інвазійна злоякісна меланома, досить глибока й поширена.

Він очікував гіршого. Але під час операції він виявив, що це вже просто ділянка шкіри з ненормальною пігментацією, а не меланома.

Я поцікавився, що призвело до таких змін — лікування в Мексиці чи інтенсивна психотерапія? Хоча я не знав подробиць лікування, але, ймовірно, до нього належала вакцинація БЦЖ, яка стимулює імунітет — у деяких випадках цей підхід успішно застосовується проти меланоми. Гаррієт вважає, що такий результат дала комбінація всіх чинників.

— Так, я думаю, що лікування в Мексиці працювало, але ця штука мені поколювала. Я все ж таки відчувала, що там щось залишалося — поколювання та потемніння під шкірою.

— Що вам дала терапія?

— Мені довелося повернутися до самого початку. Моя мама померла, коли я була ще тоддлером. Я була тоді середньою з трьох сестер, усі ми були молодші чотирьох років, дві з нас — ще в підгузках. Моїй молодшій сестрі було лише вісім місяців, вона страждала від сильних колік. Нам не приділяли багато уваги, але навіть ті крихти, що були — вони діставалися сестрі. Тато був роз'їзним торговим агентом, тому нас тасували від одних людей до інших. Через рік він одружився з жінкою, яка за зовнішністю була дуже схожа на маму. Але це була Зла відьма із Заходу. У неї були свої проблеми. Ставилася до нас вона жакливо. Нарешті, вона відправила нас до монастиря у французькій Канаді.

Вона не любила дітей. У неї було тринадцять молодших братів та сестер, і вона їх усіх виростила. Їй дуже хотілося якнайшвидше піти з дому. Їй вдалося стати секретаркою посольства Канади в Коста-Ріці. Вона була дуже розумна, але у свої тридцять три вона перетворювалася на стару діву. Наш батько, очевидно, освідчився всім вільним англомовним жінкам у Коста-Ріці, але всі вони відмовили. А вона погодилася, хоча не любила дітей — але це була її угода з дияволом. А що мій тато? У перший рік після одруження він був удома п'ятдесят два дні. Ї ось, вона залишалася сама з трьома маленькими дівчатками, які перехворіли всіма дитячими хворобами без винятку, одна за одною. Я можу уявити собі її стан.

Я пам'ятаю, як переписувала французькі вірші та лишала їх біля ванної кімнати, коли вона приймала душ. Вона ніколи на них не відповідала. Ніколи навіть не згадувала про них.

— Отже, ви докладали великих зусиль, щоби зав'язати стосунки з нею.

— Так, і в мене ніколи не виходило... Мої сестри її страшенно боялися. Вона замикалася у своїй спальні, а ми залишалися зі служницями. Пам'ятаю, коли нам щось було потрібно — і ця сцена повторювалася знову і знову — ми підкрадалися до дверей її спальні та намагалися вичавити із себе «М...».

Нарешті, хвилин через двадцять або більше, так і не наважившись сказати «Мама» — жодна з нас так і не змогла цього зробити — ми знову вислизали.

Ми відчували, що не можемо ні про що попросити. Саме цього я й навчилася. Не потребувати, не хотіти, не просити, тому що однаково не отримаєш. А якщо попросиш, тебе висміють.

Один із моїх найперших спогадів — мені було роки три або чотири, я сиділа в сукні сама і гралася з лялькою. Усе було гаразд, але не було відчуття контакту з кимось. Навколо нікого не було, я була абсолютно самотня. Я була в безпеці, але не була щасливою, просто відчувала, що я знайшла спосіб захиститися.

— Усамітнившись.

— Так, усамітнившись... без відчуття контакту. Я пригадую ще й інші моменти. У мене довго виникала така картина, ніби я лежу на чомусь, схожому на хмари. Я на ліжку з хмар, наді мною сіре безбарвне небо, і на мене падає єдиний промінь сонця, але він холодний. І відчуття абсолютної самотності, так що навіть цей промінь, який мав би бути любов'ю, нею не був. Бачу, що для виживання я мала навчитися не відчувати.

Цей досвід, або висновок, який Гаррієт із нього зробила, привели її до ізолюваного життя або відносин, які, ймовірно, спустошували її, ніж живили. Інтенсивна терапія мала навчити її емоційної грамотності. Емоційна грамотність — це здатність перебувати у відповідальних, не жертвних, не шкідливих для себе стосунках з оточенням¹⁶. Це необхідна основа для того, щоби долати неминучі життєві стреси, не створювати додаткових та продовжувати процес зцілення. Мало хто досягає дорослого віку із повною емоційною грамотністю. Усвідомлення того, що нам її бракує — не привід для самозвинувачення, а тільки поштовх для подальшого розвитку та трансформації.

¹⁶ Див. розділ 3.

Дотримання семи стовпів зцілення допоможе нам розвинути в собі емоційну грамотність.

1. Прийняття.

Прийняття — це просто готовність визнавати та приймати речі такими, якими вони є. Це сміливість дозволити собі негативні думки, щоби поглибити розуміння теперішнього, однак не даючи їм змоги визначати наше майбутнє. Прийняття не означає відмовитися від будь-яких дій і дозволити обставинам і далі турбувати нас, але воно потребує відмовитися від заперечення того, яким є життя в цей момент. Воно кидає виклик глибоко прихованому переконанню, що ми не варті або недостатньо «хороші», щоби бути цілісними.

Прийняття також означає співчутливе, чуйне ставлення до себе. А отже, відмову від подвійних стандартів, які, як ми бачимо, надто часто характеризують наші взаємини зі світом.

Я лікар, і бачу дуже багато людських страждань. Спроба відшукати пацієнта, який має більше страждань, ніж інші, може здаватися марною. Але якби мене змусили зробити такий вибір, я б зробив його без вагань. Я не згадував її історію в жодному розділі, її захворювання могли б зробити її героїнею майже кожного з них. Я назву її Корінн. Їй трохи за сорок, і в неї такі діагнози: діабет другого типу, патологічне ожиріння, синдром подразненого кишечника, депресія, ішемічна хвороба серця, високий кров'яний тиск, вовчак, фіброміалгія, астма; у неї було два серцеві напади й нещодавно діагностований рак шлунку. «У мене стільки таблеток, — каже Корінн, — що мені не потрібно снідати, просто з'їсти всі мої пігулки. Тільки вранці я маю прийняти тринадцять».

Корінн двадцять років була моєю пацієнткою. Багато з того, чого я навчився, я зрозумів завдяки їй, а також іншим пацієнтам, які ділилися зі мною своїми історіями. Дитиною Корінн пережила всі порушення особистих меж та види насильства, які можна собі уявити. Ставши дорослою, вона почала піклуватися не тільки про свого чоловіка, дітей, братів та сестер, друзів, але і про кожного, хто потрапляв до її дому. Донедавна відмовити комусь було для неї неможливим завданням. Навіть тепер для неї це важко, незважаючи на її жахливий стан здоров'я й той факт, що вона може пересуватися тільки за допомогою електросамокату.

— Я бачу себе великою плямою. У неї немає форми. Я можу бачити ауру людей. Моя чорна та сіра, її неможливо визначити. Це як дивитися на когось у тумані й бачити лише шматки обрисів, а не цілу фігуру.

— Якби ви побачили когось іншого, кому важко встановити свої межі, ви назвали б його великою плямою?

— Ні. Я знаю кількох людей із зайвою вагою, але я не вважаю їх плямами. Це більше мій образ себе як особистості. Це я почуваюся як желе, коли йдеться про емоційні питання.

— Так хто зараз зі мною говорить? Велика пляма? Невже немає відчуття, що насправді вдома є хтось реальний?

— Ну, може, крихта. Не на 100 % желе, ні.

— Тоді поганьмо на цю «крихту».

— Ця крихта хоче управляти своїм життям і не давати змоги іншим вирішувати щось за неї без її дозволу.

— Що ще ви можете сказати про себе? Що для вас є цінним?

— Що я не веду безладне статеве життя, не зраджую, не брешу й дотримуюся закону цієї землі й намагаюся бути настільки доброю до інших, наскільки можу.

— Це тому, що ви не вмієте казати «ні» чи це щира турбота?

— І те, й інше. Більша частина — щира турбота.

— Так як же ви можете казати про себе, що ви — просто велика пляма?

— Тому що я — желе, коли треба сказати «ні» моїй матері. Лише кілька днів тому я не змогла сказати їй: «Ні, краще приїдь до мене влітку, не зараз». Я не могла їй цього сказати. Я не хотіла приймати це рішення.

— Якби хтось сказав вам, що йому важко приймати таке рішення, що ви йому відповіли б?

— Я сказала б, що це дуже важко — сказати матері те, що хочеш їй сказати... і що тобі треба бути сильнішим.

— Навіть якщо не казати йому, що він має зробити, що б ви про нього подумали?

— Я подумала б, що він боїться неприйняття, відторгнення в разі, якщо наполягатиме.

— Ви не можете сказати це про себе лише тому, що не дивитеся на себе з тією співчутливою увагою, з якою звикли дивитися на інших. Ви не можете змусити себе сказати «ні», якщо не знаєте, як це зробити. *Але якнайменше ви можете поставитися до того, кому важко сказати «ні», з чуйною увагою.*

— Погляньмо на рамки, у які ви себе заганяєте, — веду далі я. — З одного боку, ви не знаєте, як відмовити, з іншого — ви звинувачуєте себе за нездатність відмовити. У результаті ви називаєте себе великою плямою. Поставившись до себе чуйно й уважно, ви побачите себе точнісінько так, як бачите цю іншу людину: наляканою. І скажете це, не засуджуючи, а з чуйністю: *ця людина дійсно боїться. Цій людині дійсно боляче.* Їй — мені — важко сказати «ні», тому що це миттєво спричиняє страх відторгнення... Ви не можете змусити себе сказати «ні» — принаймні, це спрацює не краще, ніж примушення іншої людини. Але ви можете поставитися до себе чуйно.

— Я могла б тримати іншу людину за руку, щоби допомогти їй сказати «ні», але не можу ж я тримати за руку саму себе, щоби допомогти собі відмовити.

— Але якщо їй важко відмовити, ви однаково прийняли б її. Ви сказали б: «Слухай, я розумію, що тобі це дійсно важко, ти не готовий».

— Але собі я цього не кажу — на себе я гніваюсь.

— Я думаю, найбільше вам допоможе чуйна увага до самої себе. Ви можете попрацювати над цим.

— Чи поверне це мені енергію, яка, я відчуваю, ніби витягується з мене?

— Дуже багато вашої енергії йде на піклування про інших, а більша частина тієї, що залишається — на засудження себе. Бути настільки суворою до себе — відбирає багато енергії.

Ви стикаєтесь із багатьма серйозними захворюваннями — це об'єктивна реальність. Ви в зоні ризику — це очевидно. Я не знаю, що буде далі. Але з усім цим, що ви долаєте зараз, що більше чуйності ви до себе матимете, то більше у вас буде здатності дати собі найкращі можливі шанси.

Чуйна допитливість до себе означає не те, що вам має подобатись усе, що ви про себе дізнаєтесь, а лише те, що ви дивитиметесь на себе з таким же чуйним прийняттям, з яким дивилися б на іншу людину, яка страждає й потребує допомоги.

2. Усвідомлення

Усі, хто хоче зцілитися, або залишатися здоровими, мають відновити втрачену здатність розуміти емоційну правду, яка блискуче описана неврологом Олівером Саксом у його книжці «Чоловік, який переплутав свою дружину з капелюхом». Сакс наводить історію про пацієнтів з афазією, які зреагували на передану по телевізору промову тодішнього президента США Рональда Рейгана.

Афазія (від грецьких «а» — «не», «без», та «pha» — «говорити») — це втрата здатності говорити та розуміти усну мову. Це може бути результатом пошкодження мозку, наприклад, при інсульті. «Це був він, старий Чарівник, Актор, з його відпрацьованою красномовністю, з його театральністю, емоційною привабливістю — і всі пацієнти заходилися від реготу. Ну, не всі: деякі мали спантеличений вигляд, деякі — обурений, один-два — підозрілий, але більшість веселилася. Президент, як завжди, торкнувся почуттів кожного, але в них, очевидно, він викликав переважно регіт. Про що вони думали? Вони не могли його розуміти? Або, може, надто добре його розуміли?»^[6]

Пацієнти Сакса з афазією зреагували на несвідомий прояв Емоцій II — тон, мову тіла, міміку обличчя. Вони бачили його емоції не конгруентними його промові — іншими словами, вони дивилися скрізь його лицемірство, свідоме або несвідоме. Вони читали емоційну правду, а не вербальну, яку Рейган вибудовував у своєму розумі й майстерно передавав таким самим, як і він, емоційно закритим людям. «У нього або пошкодження мозку, або він щось приховує» — сказав один із пацієнтів Сакса. Пригадайте слова біографа Рональда Рейгана: *«Він відчуває протилежне тому, що говорить»*.

Тварини та маленькі діти вміють дуже добре розпізнавати справжні емоційні сигнали. Якщо, оволодівши мовою, ми втрачаємо цю здатність, то це тому, що ми отримуємо від найближчого оточення суперечливі сигнали. Слова, які ми

чуємо, говорять одне, а емоційні дані — зовсім інше. Якщо ці дві реальності вступають у конфлікт, одна має бути пригнічена. Так само й мозок: щоби запобігти подвійному зору, пригнічує сигнали з одного ока у випадку, якщо в дитини відрізняються зображення обох очей. Якщо дитину не лікувати, пригнічене око стане сліпим. Ми пригнічуємо свій емоційний інтелект, щоб уникнути війни з вирішальними для нас людьми — війни, яку ми, ймовірно, не виграємо. Відтак ми втрачаємо емоційну грамотність, навіть якщо розвиваємо вербальний інтелект. Люди з афазією ж проходять зворотній процес. І так само як сліпі часто мають надзвичайний слух, люди з афазією можуть мати високу здатність сприймати емоційну реальність.

«Люди зазвичай дуже погано відрізняють брехню за манерою поведінки, навіть якщо сигнали виразу обличчя або тону голосу ясно про неї свідчать, — доповідає група психіатрів-дослідників у журналі *Nature* у травні 2000 року. — Ті, хто не розуміє слів, краще розпізнають брехню за допомогою емоцій».

Повна свідомість означала б, що ми відновили втрачену здатність сприймати емоційну реальність і готові позбавитися паралізуючої віри в те, що ми недостатньо сильні, щоби зустрітися з правдою про своє життя. У цьому немає жодної магії. Сліпий привчається звертати на звуки більше уваги, ніж зрячий. Людина з афазією звикає помічати свої емоційні реакції на світ, оскільки когнітивні частини мозку більше не можуть пояснювати їй зміст подій. Ці внутрішні реакції, або «шосте чуття» — те, що ми втрачаємо, коли дорослішаємо.

Ясно, що для того, щоби відновити емоційне сприйняття, не потрібно втрачати мовні навички. Однак, щоби розвинути в собі усвідомлення, потрібно практикуватись, постійно звертати увагу на внутрішній стан і навчитися *довіряти* цим внутрішнім реакціям більше, ніж тому, що передають слова, наші власні або чужі. Які тон та висота голосу? Відкриті очі повністю чи звужені? Розслаблена чи напружена усмішка? Як ми відчуваємося? *Де ми це відчуваємо?*

Бути усвідомленим також означає знати, як виглядають ознаки стресу в нашому тілі, як тіло сигналізує нам, що розум щось упустив. У дослідженнях за участю як людей, так і тварин помітили, що фізіологічна реакція стресу — це точніший вимірювальний прилад справжнього переживання організму, ніж свідоме розуміння або поведінка, яку можна спостерігати. «Гіпофіз — набагато краще оцінює стрес, ніж інтелект, — писав Ганс Сельє. — Однак ви можете навчитися правильно розпізнавати сигнали стресу, якщо знатимете, що шукати».

У книжці «Стрес життя» Сельє зробив огляд фізіологічних сигналів небезпеки. Він перелічив фізичні ознаки, такі як посилене серцебиття, стомливість, пітливість, головний біль, біль у спині, діарея та сухість у роті;

емоційні ознаки — емоційна напруженість або занадто сильна настороженість, тривожність, втрата радості життя; поведінкові ознаки — незвична імпульсивність або дратівливість, схильність до надмірних реакцій. Ми можемо навчитися розуміти симптоми не тільки як проблеми, які треба подолати, а і як сигнали нашого тіла, до яких треба прислухатись.

3. Гнів

«Я ніколи не гніваюсь, — каже один із персонажів фільмів Вуді Аллена. — Натомість я вирощую пухлину». У всій цій книжці, у багатьох дослідженнях онкологічних пацієнтів, що в ній згадувалися, ми бачимо підтвердження цього жартівливого вислову. Також ми бачимо, що пригнічення гніву — це головний чинник ризику захворювання, оскільки він підвищує фізіологічне напруження в організмі.

Виявлено, що не тільки пригнічення гніву підвищує ймовірність хвороби, але, як показують дослідження, його вираження сприяє зціленню, або, якнайменше, продовжує життя. Наприклад, онкологічні хворі, яким вдається проявляти гнів на прийомі в лікаря, живуть довше, ніж спокійні та ввічливі пацієнти. Експерименти з тваринами показали, що вираження гніву завдає менше фізіологічного стресу, ніж його пригнічення. Посаджені в клітку бойовничі щури, які билися з іншими, мали нижчу швидкість росту пухлин, ніж покірніші тварини.

Окрім досліджень, ми бачили, що кожен із людей, інтерв'ю з якими були використані в цій книжці, незалежно від діагнозу, мав труднощі з вираженням гніву. «Думаю, стиль виховання моєї мачухи, — каже хвора на ревматоїдний артрит Шицуко, — не передбачав, що я можу гніватись». «Я замикала прояви свого внутрішнього гніву в собі», — каже Магда із сильними болями в шлунку та кишківнику.

Так питання гніву ускладнюється і викликає багато інших питань. Як можна заохочувати людей виражати гнів, якщо ми бачимо, як від спалахів гніву батьків страждають діти? У багатьох особистих історіях пацієнтів ми бачимо одну й ту саму картину: гнівні батько або мати, пригнічена дитина. Чи треба було батькові Магди стримувати свій гнів? «Я все пригадую випадки, коли батько підвищував голос, — каже Донна, чий брат Джиммі помер від злоякісної меланоми. — Я пам'ятаю його голос, як він гримів, і думаю — не так потрібно жити. Ми повинні були мати інший досвід».

На перший погляд це здається парадоксом. Якщо прояв гніву — це «добре», то батько Магди й батько Донни та Джиммі поводитися здоровим чином. Але ж результат їхнього гніву руйнував самосприйняття та здоров'я їхніх дітей. Пригнічення гніву може мати негативні наслідки, тож чи треба заохочувати його прояв, якщо він шкодить іншим?

Ця загадка лише глибшає. Нестримний прояв гніву шкодить не тільки тим, на кого він виливається, та його свідкам, він може бути смертельним і для самої людини, яка лютує. За спалахом гніву може трапитися серцевий напад. Загалом, у людей, яким властива ворожість до інших, частіше бувають високий кров'яний тиск та хвороби серця. Проведене в Медичній школі Джона Гопкінса в Балтиморі у 2000 році дослідження близько двох сотень чоловіків та жінок виявило, що ворожість та бажання завжди домінувати є «значним незалежним чинником ризику ішемічної хвороби серця»^[7]. Ворожість поєднує з високим кров'яним тиском та ішемічною хворобою серця величезна кількість статей та результатів досліджень.

Тепер ми можемо розуміти, що зв'язок між вибухами люті та серцево-судинними захворюваннями є також функцією психо-нейро-імунного апарату. Стан люті активує симпатичні нерви. Звуження кровоносних судин відбувається з одночасно підвищеною активністю симпатичної нервової системи в стані «бийся або тікай» — усе це збільшує тиск та зменшує постачання кисню до серця. Гормони, які виділяються під час реакції стресу в стані люті, підвищують рівень ліпідів, зокрема, сироваткового холестерину. Також вони активують механізм згортання крові, надалі збільшуючи ризик блокування артерії.

«Я впевнений, саме сліпа лють довела мене до цієї проблеми із серцем, і ще генетика», — писав у своїх мемуарах про захворювання серця журналіст Ленс Морроу. Сліпа лють, яка пізніше спровокувала серцевий напад, була вибухом гніву, який він навчився пригнічувати, коли був дитиною, у сім'ї.

Отже, як вирішити дилему гніву? Якщо прояви гніву небезпечні, а його пригнічення теж шкодить здоров'ю, то як досягти зцілення та зберегти здоров'я?

І пригнічення гніву, і неконтрольовані його вибухи — це приклади патологічного прояву емоцій, які стоять у витоків хвороби. Якщо пригнічення — це брак прояву, то неконтрольовані емоційні спалахи гніву складаються з періодів його патологічного пригнічення, які перемежуються неконтрольованими та надмірними вибухами. У мене була захоплююча розмова про ці дві начебто різні моделі додання конфліктів із лікарем та психотерапевтом із Торонто Алленом Калпіном. Він вказав, що як пригнічення, так і лють представляють собою страх істинного переживання гніву.

Опис істинного переживання гніву, який дав Аллен Калпін, одночасно і здивував мене, і прозвучав як абсолютна правда. Його пояснення допомогло мені зрозуміти плутанину в наших поширених уявленнях про це почуття. Здоровий гнів, каже він — це збільшення влади й сили та розслаблення. Справжнє переживання гніву — це «фізіологічне переживання без вибухів та

нападів. Це відчувається як приплив сил у систему й одночасно мобілізація для нападу. *І також разом із цим повністю зникають усі тривоги.*

Коли ви починаєте відчувати здоровий гнів, то не бачите в цьому нічого драматичного. Що ви дійсно відчуваєте — це послаблення напруги в усіх м'язах. Рот відкривається ширше, тому що розслаблюються м'язи щелеп, голос стає нижчим, тому що розслаблюються голосові зв'язки. Опускаються плечі, і ви бачите всі ознаки того, що зникає напруга в м'язах».

Стиль терапії доктора Калпіна схожий на методи, вперше розроблені доктором Хабібом Даванлу з Університету МакГілла, Монреаль. Даванлу записував своїх клієнтів під час терапії, щоби вони самі могли побачити прояви своїх емоцій. Калпін також знімає деякі свої терапевтичні сесії.

«Один із моїх клієнтів описує на відео потужні електричні сплески у всьому тілі, і каже, що вони йдуть прямо зараз. А зовні він просто сидить і говорить про них. Якщо ви дивитеся запис без звуку, то бачите досить сфокусовану й розслаблену людину, і ви навіть не здогадаєтеся, що вона гнівається».

Якщо гнів — це розслаблення, то що таке лють? Якщо я лютую, моє обличчя та м'язи напружені, і я впевнений, що виглядаю аж ніяк не розслаблено. Доктор Калпін проводить критичне розмежування.

— Питання в тому, що насправді переживають люди, коли вони лютують. Дуже цікаво запитати їх про це. Якщо ви запитаете, здебільшого люди скажуть, що вони переживають тривогу. Якщо поставити питання, що вони переживають у своєму тілі у фізичному, фізіологічному сенсі, коли відчувають лють, здебільшого люди описують ту чи іншу форму тривоги.

— Це правда, — кажу я, — стиснений голос, поверххневе дихання, напружені м'язи — це ознаки тривоги, а не гніву.

— Правильно. Фізіологічно вони не переживають гнів, лише розігрують його.

Неконтрольовані емоційні спалахи люті — це захист від тривоги, яка завжди супроводжує гнів у дитини. Гнів спричиняє тривогу, тому що він існує одночасно з позитивними почуттями, з любов'ю та бажанням контакту. Але оскільки гнів мобілізує енергію нападу, він загрожує прив'язаності. Тобто в *переживанні гніву* є те, що провокує тривогу, навіть без батьківської заборони на *прояви гніву*. «Агресивні імпульси пригнічуються через провину, а провина є лише тому, що є також любов, позитивні почуття, — каже Аллен Калпін. — Отже, гнів не існує сам собою, у вакуумі. Для людини переживання агресивних почуттів до того, кого вона любить — це дуже тривожно та провокує відчуття провини».

Звичайно, що більше батьки забороняють або не приймають прояви гніву, то більше тривоги та провини відчуватиме дитина при його переживанні. У всіх випадках, у яких гнів або повністю пригнічували, або хронічне пригнічення

чергували з вибухами люті, у ранньому дитинстві батьки не могли сприймати природний гнів дитини.

Якщо людина несвідомо боїться сили своїх агресивних імпульсів, у неї є кілька способів захисту від них. Один із типів захисту — це випустити їх, розрядити: ми ніби регресуємо до рівня раннього дитинства, коли накопичений гнів, який уже неможливо було витримувати, ми виражали через вибухи істерики. «Розумієте, вибрики, істерики, верещання, навіть биття — усе, що робить людина, служить їй захистом від переживання гніву. Це захист від тримання гніву всередині, де його можна глибоко відчувати. Розрядка захищає від реального переживання гніву всередині».

Інший шлях уникнути переживання гніву — це пригнічення. Тобто пригнічення та розрядка — це дві сторони однієї монети. Обидва представляють собою страх та тривогу, і тому обидва запускають фізіологічну реакцію стресу, незалежно від того, що ми свідомо відчуваємо або не відчуваємо.

У діалогах цієї книжки люди постійно зазначають паралізуючу важкість вираження гніву до тих, кого любиш. Джин, яка не змогла розповісти батькам про домагання до неї у віці одинадцяти років, ідеалізує відносини з ними замість визнати свій гнів на них. Її чоловік Ед відчуває руйнівне обурення на її ставлення до нього, яке він вважає контролем із її боку, але не може відкрито та прямо виразити свій гнів. Джил, хвора на рак яєчників, засмучена через лікарів, тому що вони не змогли вчасно поставити діагноз, але не через її чоловіка Кріса, який кілька місяців не помічав її болю та втрати ваги. Леслі, який страждає виразковим колітом, «проковтнув» гнів на першу дружину. «Не питайте про це. Я не міг із нею боротися, тому що тоді вона сказала б: “Бачиш, у нас нещасливий шлюб”». Тепер він радіє, що має шлюб, якому прояви гніву не загрожують.

Тривога, пов'язана з гнівом та іншими «негативними» емоціями — смутком, відторгненням — може стати хронічним фізіологічним процесом у нашому тілі. З часом через посередництво множинних безкінечно тонких взаємозв'язків апарату ПНІ, цього ланцюгу, що об'єднує тіло та розум, вона викликає біологічні зміни в організмі. Це і є той шлях, що веде до фізичного захворювання. Коли організм роззброюється, позбавляючись гніву, теж саме трапляється і з імунітетом. Або якщо енергія гніву спрямовується всередину, імунітет заплутується. Наш біологічний захист більше нас не оберігає, або може навіть збунтуватись і атакувати наш організм.

«Може бути корисним розглядати рак не як хворобу, а як розлад біохімічних сигналів організму, — пише психотерапевт Луї Ормон, який працював у групах онкологічних пацієнтів, допомагаючи їм мобілізувати гнів. — Змінення цих

сигналів впливає на імунологічний захист організму. З цього виходить, що будь-яка форма втручання з метою відновлення фізичного здоров'я має користуватися не тільки фізичними засобами. Оскільки емоції мають величезний вплив на біохімічну систему, один із методів імунотерапії — це психотерапія пацієнта»^[8].

Людям, які мають онкологічні діагнози, аутоімунні захворювання, синдром хронічної втоми чи фіброміалгію, або потенційно виснажливі неврологічні захворювання, часто приписують розслаблятися, думати позитивно, знижувати рівень стресу. Це корисні поради, однак їх неможливо виконати, поки чітко не визначили та не подолали головний чинник стресу — інтерналізацію гніву.

Гнів не обов'язково потребує агресивних дій. Найперше й найголовніше — це фізіологічний процес, який треба пережити. По-друге, він має когнітивну цінність — він надає життєво необхідну інформацію. Оскільки гнів не існує у вакуумі, то якщо я його відчуваю, отже, я реагую на щось, що я сприймаю. Це може бути реакція на втрату або на загрозу втрати в особистих відносинах, або це може свідчити про наявне порушення моїх особистих меж або загрозу такого порушення. Якщо я дозволю собі пережити гнів та замислитися над тим, що могло його спричинити, я збільшу свої можливості та силу, нікому не нашкодивши. Залежно від обставин, я можу вибрати, у який спосіб проявити цей гнів або відпустити його. Суть у тому, що я не пригнічую його переживання. Я можу, наскільки це необхідно, виразити його словами або діями, але мені не потрібно спалахувати ним надмірно та безконтрольно. Здоровий гнів залишає відповідальною людину, а не нестримну емоцію.

«Гнів — це сила, яку Матір-природа дає нам, як малим дітям, щоби ми могли постояти за себе та заявити: *Я важливий*, — каже психотерапевтка Джоан Петерсон, яка веде майстер-класи на острові Гебріола в Британській Колумбії. — Різниця між здоровою енергією гніву та енергією емоційного та фізичного насильства, яке ранить, полягає в тому, що гнів поважає межі. Вийти й постояти за себе — не порушує нічийих меж».

4. Автономія

Хвороба не тільки має власну історію — вона ще й *розповідає* історію. Це кульмінація боротьби за себе, яка триває все життя.

З біологічної точки зору може здаватися, що виживання фізичного тіла має бути кінцевою метою природи. Однак, здається, вища мета природи — це автономна, самоврегульована психіка. Розум та дух можуть пережити жахливі фізичні травми, але знов і знов ми бачимо: якщо психічна цілісність та свобода під загрозою, організм теж не витримує й починає хворіти.

Джейсон хворіє на інсулінозалежну форму діабету з п'яти років. Назва хвороби походить від грецького «diabetes mellitus», що означає «солодка сеча», оскільки залишки цукру при цій хворобі через нирки потрапляють у сечу. При діабеті клітини підшлункової залози не можуть виробляти достатньо інсуліну — гормону, необхідного для того, щоб цукор із перетравленої їжі потрапляв у клітини організму. Окрім очевидного фізіологічного ризику високого рівня глюкози, діабет небезпечний ще й тим, що може спричинити порушення в багатьох органах.

У свої двадцять три Джейсон сліпий на праве око через спричинене діабетом судинне захворювання. Також у нього ослаблені серцеві м'язи, недостатність серцевого клапана та порушення роботи нирок. Іноді він не може ходити через запалення нерву, яке називається діабетичною невропатією. Джейсон та його мати Хізер близько десяти років були моїми пацієнтами. За останній рік йому неодноразово доводилося викликати швидку, зокрема, через серцеву недостатність та менінгіт. Можливо, йому залишилося не так багато років. За словами спеціаліста внутрішньої медицини, його прогноз «стриманий».

Хізер знаходиться в постійному стані тривоги та виснаженості, змішаної з обуренням, які, як вона вважає, спричинені впертою відмовою Джейсона піклуватися про себе, тобто їсти правильну їжу, уважно слідкувати за своєю потребою в інсуліні, регулярно відвідувати лікаря та вести здоровий спосіб життя. Звісно, для матері ставки дуже високі. Її досвід показує, що коли вона не доглядає за Джейсоном, він починає хворіти. Багато років вона прожила з дуже реальною можливістю того, що якби вона розслабилася хоч на день, Джейсон міг би опинитися в комі, або ще гірше.

Останнього разу він опинився в лікарні після кількатижневого блювання, яке призвело до слабкості, зневоднення та судом. Одного дня, коли Хізер сиділа біля його ліжка, у нього трапився черговий напад. «Медсестри, лікарі, чергові почали бігати, — згадує вона, — очі Джейсона закотилися, руки й ноги почали тремтіти. Йому ставили крапельниці, і раптом він сів у ліжку, широко розплющив очі й подивився прямо на мене. Він дуже голосно сказав: “Облиш!”. Але я не можу облишити. Я не дам своєму синові померти».

Джейсон цього не пам'ятає.

— Певно, я був не в собі, — каже він.

— У вас є якісь припущення, що ви могли мати на увазі? — питаю я.

— Перше, що спадає на думку — просто відпусти мене. Моя фраза «облиш мене» не означає «дай мені померти», просто припини бути такою владною. Облиш це. Дай мені робити те, що я хочу робити. Це моє життя. Я робитиму свої помилки, але моя мама має дозволити мені їх робити. Хворіти на діабет та

мати поруч того, хто намагається мене контролювати — це надто велика частина мого життя.

Якою б не була мотивація його матері, і незалежно від того, чи провокував він її сам піклуватися про нього, найпомітніше переживання Джейсона — це брак незалежності. Він не здатен відкрито заявити про свої потреби і про себе. Він прагне автономії, і його гнів на матір прийняв форму спротиву — зокрема, спротиву потребі піклуватися про власне здоров'я. «Це завжди було як задушення, — каже він Хізер. — Що б я не робив, це було неправильно. Коли я сказав “облиш”, це мало б означати “Просто розслабся. Дай мені жити своїм життям. Я буду жити так, як хочу, і звісно, я робитиму помилки — усі їх роблять. Я ніколи не відчував, що вільний робити свої помилки”».

Якщо можна чогось навчитися з історії Хізер та Джейсона, а також з інших особистих історій та всіх досліджень, які ми розглядали в цій книжці, то це того, що коли особисті межі людей порушують, вони страждають. Сприймаючи Джейсона дитиною, за яку вона має нести всю відповідальність, Хізер допомагала стримувати його справжню особистість. Реагуючи як дитина, Джейсон стримує сам себе.

Остаточний аналіз показує, що сама собою хвороба — це питання меж. Якщо подивитися на дослідження, які намагаються передбачити, хто з учасників ймовірно захворіє, ми побачимо, що найбільший ризик мають ті, хто пережив найсерйозніші порушення особистих меж у ранньому дитинстві — раніше, ніж у них з'явилося відчуття своєї незалежності. В 1998 році The American Journal of Preventive Medicine опублікував результати дослідження несприятливих переживань дитинства (НПД). У проєкті взяли участь понад дев'ять із половиною тисяч дорослих. Дослідження показало, що дитячі стресори, такі як емоційне та сексуальне насильство, жорстокість, вживання наркотиків та психічне захворювання в сім'ї, пов'язані з ризикованою поведінкою, проблемами зі здоров'ям та смертю в дорослому віці. Між дисфункцією в сім'ї, де росла дитина, та станом здоров'я дорослої людини виявили «сильний градуйований взаємозв'язок»: тобто, що більшій дисфункції піддавалася дитина, то гірший був її стан здоров'я в дорослому віці та більша ймовірність ранньої смерті від раку, захворювання серця, травми або інших причин^[9].

Найчастіше в дитинстві особисті межі не стільки порушуються, скільки не формуються. Багато батьків не можуть допомогти своїм дітям побудувати межі, оскільки самі вони не були на це здатні у свої підліткові роки. *Ми можемо робити тільки те, що вміємо.*

Без чітких меж між собою та батьками дитина заплутується у відносинах. Ця сплутаність потім стає моделлю, за якою людина будує свої взаємини із зовнішнім світом. Сплутаність, яку доктор Майкл Керр називає браком

диференціації, стає домінуючою в особистих відносинах. Вона може приймати дві форми — віддалення й похмурий самопрограшний спротив владі, як у Джейсона, або хронічне нав'язливе піклування про інших, як у Хізер. У деяких людей можуть співіснувати обидві форми, залежно від того, з ким вони зараз спілкуються. Оскільки конфлікт імунітету, який веде до захворювання, віддзеркалює нездатність відрізнити себе від не-себе, зцілення має включати визначення або відновлення меж незалежної особистості.

«Межі та незалежність необхідні для здоров'я, — сказала психотерапевтка та ведуча груп Джоан Петерсон під час нашої нещодавньої бесіди на острові Габріола. Вона керує відділом освіти центру холістичного лікування та психологічного росту PD Seminars. — Ми відчуваємо життя через тіло. Якщо ми не можемо зрозуміти свої переживання та досвід, тоді тіло говорить те, чого не можуть передати розум та мова».

За словами докторки Петерсон «Особисті межі — це енергетичне переживання себе та іншої людини. Я не хочу вживати слово “аура”, тому що це слово належить езотеричній культурі, але за межами нашої шкіри ми маємо прояв енергії. Ми не лише виражаємо свої межі словами, але, думаю, ми маємо їхній енергетичний прояв, невербальний». У книжці «Гнів, межі та безпека» докторка Петерсон докладніше пояснює цю ідею: «Межі невидимі, вони є результатом свідомого внутрішнього відчуття того, хто я є. Питання, які ми собі ставимо: “У своєму житті та відносинах, чого я бажаю, що я хочу зменшити у своєму житті, що я хочу збільшити, чого я не хочу, де мої межі?” — це початок процесу... У цьому визначенні самих себе ми, спираючись на свої думки, відображаємо, що ми в цей період цінуємо та чого хочемо в житті; *точка контролю знаходиться у внутрішньому просторі*».

Отже, автономія, незалежність — це розвиток цього внутрішнього центру контролю.

5. Прив'язаність

Прив'язаність — це наш зв'язок зі світом. У ранніх відносинах прив'язаності ми набуваємо або втрачаємо здатність бути відкритими і здоровими та піклуватися про себе. У цих взаєминах ми навчаємося переживати здоровий природний гнів або боятися його та пригнічувати. У них ми розвиваємо відчуття незалежності та самостійності або переживаємо страждання через його втрату. Зв'язок зі світом також грає величезну роль у зціленні. Дослідження за дослідженням показують, що люди без соціальних зв'язків — самотні люди — мають вищий ризик захворювань. Люди, які мають щирі емоційну підтримку, мають і кращі прогнози, незалежно від захворювання.

З того часу, як на простаті сімдесятидворічного Дерека знайшли невеличкий вузлик, він щорічно здавав аналіз крові на ПСА. Два роки тому біопсія показала наявність ракових клітин.

— Онколог сказав, у мене високий ризик, і налякав мене. Тому я погодився на шестимісячний курс гормональної терапії, щоби зменшити пухлину. Цей курс повністю знищує тестостерон. Треба робити укол кожні три місяці. Після гормонального лікування онколог хотів призначити мені сім тижнів променевої терапії. Я сказав — ні, я цього не хочу, тому що я про це багато прочитав. Радіація та хірургія тимчасово позбавляють тебе проблеми, але через три-чотири роки вона часто повертається. І радіація стільки всього руйнує... стільки хороших клітин, не тільки погані.

— Через що вам довелося пройти емоційно, коли ви дізналися про діагноз?

— Ну... розумієте, для мене це була проблема. Я нікому не сказав. Жодному з моїх друзів. Я все тримав у собі, знала тільки моя дружина та дві дочки. Раніше я був таким відлюдником. Я був дуже закритим. А тепер я дуже відкритий. Я люблю багатьох людей навколо. А раніше не любив. Я був абсолютно задоволений у своїй печері, замкнений на ключ, і міг там прожити решту життя. Мої пріоритети абсолютно змінилися. Раніше моїм хобі було будувати паровози. Я міг проводити в майстерні шістнадцять годин на добу, і я був абсолютно щасливий. З того часу, як я дізнався про рак, я вже два роки не був у майстерні... Тепер мені необхідні люди! Хворі на рак підтримують одне одного. Ми цього насправді *потребуємо*. Ми говоритимемо про це решту життя. Здається, це те, що треба робити.

— Чи не потрібні всім людям емоційна підтримка та можливість обговорювати свої труднощі, чи то рак, чи щось інше? Як ви гадаєте, чому саме рак вас цього навчив?

— Я сам про це думав. Коли я вперше отримав діагноз, я побудував навколо себе стіну й нікого не пускав всередину, тому що там я почувався в безпеці. Це була моя помилка. Упродовж одинадцяти місяців усі свої сили я витрачав на боротьбу з раком. Коли я думав, що нарешті позбувся його, то почав прибирати цю стіну, почав говорити людям про мій досвід, що в мене був рак, і я його подолав. Я пишався цим.

— Ви змогли ділитися своїм досвідом, коли вже позбулися раку, а не під час боротьби, коли ви найбільше потребували підтримки. Чому ви тримали дружину осторонь?

— Я ніколи не відчував, що вона мене підтримує... і все ж... Я знаю, вона мене підтримувала... але я не впускав її у своє життя. У мене була стіна навколо, і я нікого за неї не пускав.

Іноді нам легше відчувати прикрість, біль або лють, ніж дозволити собі переживати це болісне бажання контакту, яке колись не було задоволене й тому породило цей гнів. За всім цим гнівом лежить глибокий біль від незадоволеної потреби в справжньому емоційному контакті. Зцілення й потребує, й означає насамперед відновлення емоційної вразливості, втраченої, коли ми емоційно закрилися. Ми більше не безпомічні й залежні діти, нам більше не треба боятися бути емоційно вразливими. Ми можемо дозволити собі визнавати й поважати універсальну і взаємну потребу людини в прив'язаності до інших; ми можемо подолати глибоко вкорінену віру, яка несвідомо гнітить стількох людей — віру, що нас не люблять. Пошук зв'язків, відносин прив'язаності — необхідна умова зцілення.

6. Самоствердження

Поза прийняттям та свідомістю, поза переживанням гніву та розвитком незалежності, разом зі здатністю до прив'язаності та свідомими пошуками контакту лежить самоствердження — це повідомлення самим собі та світу, що *ми є, і ми є тими, ким ми є*.

У цій книжці ми зустрічали багато людей, які висловлювали думку, що без активної діяльності вони переживатимуть лише пустку, яка лякає. Налякані, ми часто плутаємо реальність та метушню, буття та діяльність, зміст та досягнення. Ми вважаємо, що незалежність та свобода — це можливість діяти, чинити та реагувати так, як ми хочемо. Але самоствердження — це глибше, ніж обмежена автономія дій. Це ствердження свого буття, позитивна оцінка себе, незалежно від історії та обставин нашого життя, особистості, здібностей або сприйняття нас у світі. Самоствердження заперечує вкорінену в нас віру, що ми маємо якось виправдовувати своє існування.

Воно не потребує ані дії, ані реакції. Це *є буття*, і воно не залежить від дій.

Так, самоствердження може бути саме протилежністю дії, не тільки у вузькому сенсі відмови робити те, чого ми не хочемо, але і *звільнення від самої необхідності діяти*.

7. Підтвердження

Щось підтверджувати — це значить висловлювати щось позитивне, визнавати цінність, значимість чогось, рушити в напрямі того, що цінуєш. Є дві основні цінності, які можуть допомогти зцілитись, якщо ми їх шануватимемо.

Перша цінність — це наша власна творча суть. Ставши лікарем, я багато років був надто занурений у свій трудовоголізм, щоби звертати увагу на себе або свої найглибші прагнення. Зрідка, зупинившись на хвилинку, я відчував легке тремтіння глибоко в животі — ледь чутне хвилювання. У голові лунав тихий

шепіт: *пиши*. Спершу я не міг зрозуміти, чи це заздрість, чи натхнення. Що більше я вслухався, то голосніше лунав голос: я мав писати, виражати себе через письмову мову, і не тільки для того, щоби мене почули інші, а і для того, щоби я сам себе почув.

Нас вчили, що боги створили людей за своєю подобою. У кожної людини є прагнення творити. Творчість може проявлятися багатьма шляхами: через письменництво, музику, винахідливість у роботі або багатьма іншими, унікальними для кожної людини способами й у різних галузях: кулінарії, або садівництві, або мистецтві соціального дискурсу. Головне — шанувати це прагнення. Якщо це робити, ми зцілюємо себе й інших, а якщо не робити — мертвіють наші тіло та дух. Коли я не писав, я задихався в тиші.

«Те, що в нас є, має проявлятися, — писав Ганс Сельє, — інакше воно може несподівано вибухнути не в тому місці, або ми відчуватимемо безнадійність розчарування. *Проявити свою життєву силу через певні канали та в певному темні, як передбачено Природою — то є велике мистецтво*».

Друге важливе підтвердження стосується самого всесвіту — нашого зв'язку з усім, що є на світі. Припущення, що ми самотні, відрізані, ізольовані, є дуже болісним, але це припущення — незалежно від того, наскільки часто чи жорстко життя штовхало нас до цього темного висновку — є не більш ніж гіркою ілюзією. Воно є частиною патологічної біології вірувань.

На фізичному рівні легко бачити, що наше відчуття відокремленості від всесвіту є хибним: ми не «порох до пороху» повертаємось, ми порошок, що ожив. Ми є частиною всесвіту, якій надана тимчасова свідомість, але ми ніколи не відокремлюємося від нього. Зовсім не випадково, говорячи про духовну роботу, ми часто вживаємо слово «пошук».

Зустрівшись із хворобою, багато людей майже інстинктивно починають пошук свого духовного я, і часто йдуть непередбачуваними шляхами. Хвора на рак молочної залози Анна народилася в єврейській сім'ї, її виховували в традиційній релігії. Зараз вона приходить за духовною поживою до католицького храму. «Я люблю Господа, і тому залишаюся сильною. Я ходжу до церкви, причащаюся і знаю, що Бог любить мене. Також я прислуговую біля вівтаря. Коли я вперше несла хрест та дві свічки, священник сказав мені: “Ти — вівтар”. І тепер, особливо тоді, коли мені дійсно погано, я кажу сама собі: “Я — вівтар”. Священник сказав мені ще: “Якщо ти — вівтар Божий тут, у храмі, то ти завжди вівтар Божий. Ти... кохане дитя Боже”».

А Ліліан — жінка з артритом, у якої я також брав інтерв'ю — навпаки перейшла з пресвітеріанства у юдаїзм. Вона росла в рідній Шотландії в сім'ї з дуже жорстким контролем та постійним пригнічуванням. У єврейській вірі вона знайшла для себе свободу бути собою, прийняття та радість життя, яких

була так довго позбавлена. Вона все ще не відчуває себе повністю вільною: коли приїжджає брат, вона ховає менору та суботні свічки. Але зараз вона в мирі із собою більше, ніж будь-коли дотепер. «Я відчувала: якщо хочу зцілитися, то маю позбутися духовного рабства», — каже вона.

Інші люди, з якими я говорив, закріпилися у своїй традиційній вірі, або почали медитувати, або наблизилися до природи. Кожен шукає свого шляху до внутрішнього та зовнішнього світла. Для багатьох це нелегкий шлях. Неважливо, де ми загубили цей ключ — як і Насреддін, усі ми прагнемо почати пошуки під вуличним ліхтарем, де є світло.

«Шукайте, і знайдете» — сказав один із великих вчителів. Шукати само собою означає знайти, оскільки ревно шукати можна лише те, про існування чого ми вже знаємо.

Багато людей працюють над собою в психологічному сенсі, але ніколи не замислюються про свої духовні потреби. Інші шукають зцілення тільки в духовному напрямі — у пошуках Бога або універсального Я — забуваючи, наскільки важливо віднайти та розвивати особисте Я. Здоров'я базується на трьох стовпах: тіло, психіка та духовний зв'язок. Ігнорування будь-якого з них веде до дисбалансу та захворювання.

Що стосується зцілення, то якщо ми шукаємо лише там, де легше, зазвичай знаходимо те саме, що знайшов Насреддін та його сусіди: *нічого*. Насреддін, у своїй ролі дурня, про це не здогадувався. А в ролі мудреця та вчителя він добре це знав.

Насреддін, дурень та мудрець, живе в кожному з нас.

Примітки

1. Бермудський трикутник

1. Hans Selye, *The Stress of Life*, rev. ed. (New York: McGraw-Hill, 1978), 4.
2. M. Angell, "Disease as a Reflection of the Psyche", *New England Journal of Medicine*, 13 June 1985.
3. Interview with Dr. Robert Maunder.

2. Хороша дівчинка, яких не буває на світі

1. G. M. Franklin, "Stress and Its Relationship to Acute Exacerbations in Multiple Sclerosis", *Journal of Neurological Rehabilitation* 2, no. 1 (1988).

2. I. Grant, "Psychosomatic-Somatopsychic Aspects of Multiple Sclerosis", in U. Halbriech, ed., *Multiple Sclerosis: A Neuropsychiatric Disorder*, no. 37, *Progress in Psychiatry* series (Washington/London: American Psychiatric Press).
3. V. Mei-Tal, "The Role of Psychological Process in a Somatic Disorder: Multiple Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 32, no. 1 (1970), 68.
4. G. S. Philippopoulos, "The Etiologic Significance of Emotional Factors in Onset and Exacerbations of Multiple Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 20 (1958): 458—74.
5. Mei-Tal, "The Role of Psychological Process...", 73.
6. I. Grant, "Severely Threatening Events and Marked Life Difficulties Preceding Onset or Exacerbation of Multiple Sclerosis," *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 52 (1989): 8—13. Означені життєві негаразди упродовж року, що передував появі хвороби, пережили 77 % рупи людей, що мають РС, і лише 35 % контрольної групи. «Надмірний стрес через труднощі був найбільш явним упродовж шести місяців до початку хвороби... Про надзвичайно загрозливі події повідомили 24 з 39 пацієнтів із розсіяним склерозом (52 %) порівняно із шістьма з 40 учасників контрольної групи (15 %)... Значно більше пацієнтів, ніж учасників контрольної групи, пережили проблеми в шлюбі (49 проти 10 %)... Про означені життєві негаразди повідомили 18 з 23 пацієнтів, які мали перший випадок хвороби, й 12 з 16 пацієнтів із рецидивом хвороби».
7. J. D. Wilson., ed., *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 12th ed. (New York: McGraw-Hill, 1999), 2039.
8. L. J. Rosner, *Multiple Sclerosis: New Hope and Practical Advice for People with MS and Their Families* (New York: Fireside Publishers, 1992), 15.
9. E. Chelmicka-Schorr and B. G. Arnason, "Nervous System-Immune System Interactions and Their Role in Multiple Sclerosis," *Annals of Neurology*, supplement to vol. 36. (1994), S29-S32.
10. Elizabeth Wilson, *Jacqueline du Pré* (London: Faber and Faber, 1999), 160.
11. Hilary du Pre and Piers du Pré, *A Genius in the Family: An Intimate Memoir of Jacqueline du Pré* (New York: Vintage, 1998).
12. Wilson, *Jacqueline du Pré*.

3. Стрес та емоційна грамотність

1. Selye, *The Stress of Life*, xv.
2. Ibid., 414.

3. Ibid., 62.
4. Ibid., 150.
5. E. M. Sternberg (moderator), "The Stress Response and the Regulation of Inflammatory Disease," *Annals of Internal Medicine* 17, no. 10 (15 November 1992), 855.
6. A. Kusnecov and B. S. Rabin, "Stressor-Induced Alterations of Immune Function: Mechanisms and Issues," *International Archives of Allergy and Immunology* 105 (1994), 108.
7. Selye, *The Stress of Life*, 370.
8. S. Levine and H. Ursin, "What Is Stress?" in S. Levine and H. Ursin, eds., *Psychobiology of Stress* (New York: Academic Press), 17.
9. W. R. Malarkey, "Behavior: The Endocrine-Immune Interface and Health Outcomes," in T. Theorell, ed., *Everyday Biological Stress Mechanisms*, vol. 22, (Basel: Karger, 2001), 104–115.
10. M. A. Hofer, "Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement," *Psychosomatic Medicine* 46, no. 3 (May-June 1984), 194.
11. Ross Buck, "Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness: A Developmental-Interactionist View," in J. Pennebaker and H. Treve, eds., *Emotional Expressiveness, Inhibition and Health* (Seattle: Hogrefe and Huber, 1993), 38.
12. Ibid.

4. Поховані заживо

1. Suzannah Horgan, *Communication Issues and ALS: A Collaborative Exploration* (Thesis submitted to the Division of Applied Psychology, University of Alberta, Calgary, 2001).
2. Wolfgang J. Streit and Carol A. Kincaid-Colton, "The Brain's Immune System," *Scientific American* 273, no. 5 (November 1995).
3. W. A. Brown and P. S. Mueller, "Psychological Function in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 32, no. 2 (March-April 1970), 141–52. The countervailing study is by J. L. Houpt et al., "Psychological Characteristics of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 39, no. 5, 299–303.

4. A. J. Wilbourn and H. Mitsumoto, "Why Are Patients with ALS So Nice?" presented at the ninth International ALS Symposium on ALS/MND, Munich, 1998.
5. Ray Robinson, *Iron Horse: Lou Gehrig in His Time* (New York: W. W. Norton & Company, 1990).
6. Michael White and John Gribbin, *Stephen Hawking: A Life in Science* (London: Viking, 1992).
7. Dennis Kaye, *Laugh, I Thought I'd Die* (Toronto: Penguin Putnam, 1994).
8. Evelyn Bell, *Cries of the Silent* (Calgary: ALS Society of Alberta, 1999), 12.
9. Lisa Hobbs-Birnie, *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez* (Toronto: Macmillan Canada, 1994).
10. Jane Hawking, *Music to Move the Stars* (London: Pan/Macmillan, 1993).
11. Christiane Northrup, *Women's Bodies, Women's Wisdom: Creating Physical and Emotional Health and Healing* (New York: Bantam Books, 1998), 61.

5. Завжди недостатньо хороші

1. Jill Graham *et al.*, "Stressful Life Experiences and Risk of Relapse of Breast Cancer: Observational Cohort Study," *British Medical Journal* 324 (15 June 2002).
2. D. E. Stewart *et al.*, "Attributions of Cause and Recurrence in Long-Term Breast Cancer Survivors," *Psycho-Oncology* (March—April 2001).
3. Sandra M. Levy and Beverly D. Wise, "Psychosocial Risk Factors and Disease Progression," in Cary L. Cooper, ed., *Stress and Breast Cancer* (New York: John Wiley & Sons, 1988), 77–96.
4. M. Wirsching, "Psychological Identification of Breast Cancer Patients Before Biopsy," *Journal of Psychosomatic Research* 26 (1982), cited in Cary L. Cooper, ed., *Stress and Breast Cancer* (New York: John Wiley & Sons, 1993), 13.
5. C. B. Bahnson, "Stress and Cancer: The State of the Art," *Psychosomatics* 22, no. 3 (March 1981), 213.
6. S. Greer and T. Morris, "Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer: A Controlled Study," *Journal of Psychosomatic Research* 19 (1975), 147–53.
7. C. L. Bacon *et al.* "A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast," *Psychosomatic Medicine* 14 (1952): 453–60, paraphrased in Bahnson, "Stress and Cancer."
8. Sandra M. Levy, *Behavior and Cancer* (San Francisco: Jossey-Bass, 1985), 166.
9. Betty Ford, *Betty: A Glad Awakening* (New York: Doubleday, 1987), 36.

6. Ти теж частина цього, мамо

1. Betty Krawczyk, *Lock Me Up or Let Me Go* (Vancouver: Raincoast, 2002).
2. Betty Shiver Krawczyk, *Clayoquot: The Sound of My Heart* (Victoria: Orca Book Publishers, 1996).

7. Стрес, гормони, пригнічення і рак

1. D. M. Kissen and H. G. Eysenck, "Personality in Male Lung Cancer Patients," *Journal of Psychosomatic Research* 6 (1962), 123.
2. T. Cox and C. MacKay, "Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers," *Social Science and Medicine* 16 (1982), 385.
3. R. Grossarth-Maticek *et al.*, "Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality from Cancer, Ischaemic Heart Disease and Stroke: The Yugoslav Prospective Study," *Journal of Psychosomatic Research* 29, no. 2 (1985), 167–76.
4. C. B. Pert *et al.*, "Neuropeptides and Their Receptors: A Psychosomatic Network," *The Journal of Immunology* 135, no. 2 (August 1985).
5. Candace Pert, *Molecules of Emotion: Why You Feel the Way You Feel* (New York: Touchstone, 1999), 22–23.
6. E. R. De Kloet, "Corticosteroids, Stress, and Ageing," *Annals of New York Academy of Sciences*, 663 (1992), 358.
7. Rajesh K. Naz, *Prostate: Basic and Clinical Aspects* (Boca Raton: CRC Press 1997), 75.
8. J. K. Kiecolt-Glaser and R. Glaser, "Psychoneuroimmunology and Immunotoxicology: Implications for Carcinogenesis," *Psychosomatic Medicine* 61 (1999), 271—72.
9. C. Tournier *et al.*, "Requirement of JNK for Stress-Induced Activation of the Cytochrome c-Mediated Death Pathway," *Science* 288 (5 May 2000), 870—74.
10. W. Jung and M. Irwin, "Reduction of Natural Killer Cytotoxic Activity in Major Depression: Interaction between Depression and Cigarette Smoking," *Psychosomatic Medicine* 61 (1999) 26,3–70.
11. H. Anisman *et al.*, "Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 2. Disease," *Canadian Medical Association Journal* 155, no. 8 (15 October 1996).
12. Levy, *Behavior and Cancer*, 146—47.
13. C. Shively *et al.*, "Behavior and Physiology of Social Stress and Depression in Female Cynomolgus Monkeys", *Biological Psychiatry* 41 (1997), 871—82.

14. M. D. Marcus *et al.*, "Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea," *Fertility and Sterility* 76, no. 2 (August 2001), 315.
15. J. C. Prior, "Ovulatory Disturbances: They Do Matter," *Canadian Journal of Diagnosis*, February 1997.
16. J. G. Goldberg, ed., *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients* (New York: The Free Press, 1981), 46.
17. B. A. Stoll, ed., *Prolonged Arrest of Cancer* (Chichester: John Wiley & Sons, 1982), 1.
18. Levy, *Behavior and Cancer*, 146.
19. C. L. Cooper, ed., *Stress and Breast Cancer* (Chichester: John Wiley & Sons, 1988), 32.
20. Ibid.
21. Ibid., 31–32.
22. Ibid., 123.
23. J. G. Goldberg, ed., *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*, 45.
24. L. Elit, "Familial Ovarian Cancer," *Canadian Family Physician* 47 (April 2001).
25. Gilda Radner, *It's Always Something* (New York: Simon and Schuster, 1989).

8. Є в цьому й щось хороше

1. G. L. Lu-Yao *et al.*, "Effect of Age and Surgical Approach on Complications and Short-Term Mortality after Radical Prostatectomy – A Population-Based Study," *Urology* 54, no. 2 (August 1999), 301–7.
2. Larry Katzenstein, "Can the Prostate Test Be Hazardous to Your Health?" *The New York Times*, 17 February 1999.
3. Study discussed in the periodical *Cancer*, 1997, cited in *ibid.*
4. C. J. Newschaffer *et al.*, "Causes of Death in Elderly Cancer Patients and in a Comparison Nonprostate Cancer Cohort," *Journal of the National Cancer Institute* 92, no 8. (19 April 2000), 613–22.
5. *The Journal of the American Medical Association*, 5 May 1999.
6. S. M. Levy, ed., *Biological Mediators of Behavior and Disease: Neoplasia* (New York: Elsevier Biomedical, 1981), 76.
7. T. E. Seeman and B. S. McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation," *Psychosomatic Medicine* 58 (September-October 1996), 462.

8. D. France, "Testosterone, the Rogue Hormone, Is Getting a Makeover," *The New York Times*, 17 February 1999.
9. U. Schweiger *et al.*, "Testosterone, Gonadotropin, and Cortisol Secretion in Male Patients with Major Depression," *Psychosomatic Medicine* 61 (1999), 292–96.
10. Naz, *Prostate*, 14.
11. Roger S. Kirby *et al.*, *Prostate Cancer* (St. Louis: Mosby, 2001), 29.
12. Ibid., 15.
13. Levy, *Biological Mediators*.74.
14. Naz, *Prostate*, 17.
15. Ibid., 87.
16. R. P. Greenberg and P J. Dattore, "The Relationship between Dependency and the Development of Cancer," *Psychosomatic Medicine* 43, no. 1 (February 1981).
17. *New England Journal of Medicine* 340: 884—87, cited in *The Journal of the American Medical Association* (5 May 1999), 1575.
18. Andrew Kirtzman, *Rudy Giuliani: Emperor of the City* (New York: HarperPerennial, 2001).
19. Lance Armstrong, *It's Not about the Bike: My Journey Back to Life* (New York: Berkley Books, 2001).
20. A. Horwich, ed., *Testicular Cancer: Investigation and Management* (Philadelphia: Williams & Wilkins, 1991), 6.

9. Чи існує «ракова особистість»?

1. Levy, *Behavior and Cancer*, 19.
2. W. Kneier and L. Temoshok, "Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular Patients," *Journal of Psychosomatic Research* 28, no. 2 (1984), 145–55.
3. L. Temoshok and B. Fox, "Coping Styles and Other Psychosocial Factors Related to Medical Status and to Prognosis in Patients with Cutaneous Malignant Melanoma," in B. Fox and B. Newberry, eds., *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity* (New York: C. J. Hogrefe, 1984), 263.
4. Levy, *Behavior and Cancer*, 17.
5. G. A. Kune *et al.*, "Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study," *Psychological Medicine* 21 (1991): 29–41.

6. C. B. Thomas and R. L. Greenstreet, "Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor," *Hopkins Medical Journal* 132 (January 1973), 38.

10. 55-відсоткове рішення

1. Malcolm Champion et al., eds., *Optimal Management of IBD: Role of the Primary Care Physician* (Toronto: The Medicine Group, 2001).
2. G. Moser et al., "Inflammatory Bowel Disease: Patients' Beliefs about the Etiology of Their Disease—A Controlled Study," *Psychosomatic Medicine* 55 (1993), 131, cited in R. Maunder, "Mediators of Stress Effects in Inflammatory Bowel Disease: Not the Usual Suspects," *Journal of Psychosomatic Research* 48 (2000), 569–77.
3. G. L. Engel, as paraphrased in G. F. Solomon et al., "Immunity, Emotions, and Stress," *Annals of Clinical Research* 6 (1974), 313–22.
4. G. L. Engel, "Studies of Ulcerative Colitis III: The Nature of the Psychological Process," *American Journal of Medicine* 19 (1955), 31, cited in A. Watkins, ed., *Mind-Body Medicine: A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology* (New York: Churchill Livingstone, 1997), 140.
5. D. A. Drossman, "Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model," *Psychosomatic Medicine* 60 (1998): 258–67.
6. S. R. Targan, "Biology of Inflammation in Crohn's Disease: Mechanisms of Action of Anti-TNF-Alpha Therapy," *Canadian Journal of Gastroenterology: Update on Liver and Inflammatory Bowel Disease*, vol. 14, supplement C (September 2000).
7. H. Anisman et al., "Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 1: Health," *Canadian Medical Association Journal* 155, no. 7 (1 October 1996), 872.
8. Drossman, "Presidential Address," 265.
9. S. Levenstein et al., "Stress and Exacerbation in Ulcerative Colitis: A Prospective Study of Patients Enrolled in Remission," *American Journal of Gastroenterology* 95, no. 5, 1213–20.
10. Noel Hershfield, "Hans Selye, Inflammatory Bowel Disease and the Placebo Response," *Canadian Journal of Gastroenterology* 11, no. 7 (October 1997): 623–24.

11. Це все в неї в голові

1. Y Ringel and D. A. Drossman, "Toward a Positive and Comprehensive Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome," *<Medscape/gastro/journal>* 2, no. 6 (26 December 2000).

2. Drossman, "Presidential Address," 259.
3. Ibid.
4. E. A. Mayer and H. E. Raybould, "Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders," *Gastroenterology* 99 (December 1990): 1688–1704.
5. Drossman, "Presidential Address," 263.
6. Lin Chang, "The Emotional Brain, in Diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome," (Oakville: Pulsus Group, 2001), 2. Highlights from a symposium held during Canadian Digestive Diseases Week, Banff, Alberta, 26 February 2001.
7. J. Lesserman *et al.*, "Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status," *Psychosomatic Medicine* 58 (1996), 4–15.
8. Ibid.
9. M. D. Gershon, *The Second Brain: The Scientific Basis of Gut Instinct* (New York: HarperCollins, 1998), xiii.
10. Mayer and Raybould, "Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders."
11. Lin Chang, "The Emotional Brain..."
12. Drossman, "Presidential Address," 262.
13. L. A. Bradley *et al.*, "The Relationship between Stress and Symptoms of Gastroesophageal Reflux: The Influence of Psychological Factors," *American Journal of Gastroenterology* 88, no 1. (January 1993), 11–18.
14. W J. Dodds *et al.*, "Mechanisms of Gastroesophageal Reflux in Patients with Reflux Esophagitis," *New England Journal of Medicine* 307, no. 25 (16 December 1982), 1547–52.
15. D. A. Drossman *et al.*, "Effects of Coping on Health Outcome among Women with Gastrointestinal Disorders," *Psychosomatic Medicine* 62 (2000), 309–17.

12. Я почну помирати згори

1. M. J. Meaney *et al.*, "Effect of Neonatal Handling on Age-Related Impairments Associated with the Hippocampus," *Science* 239 (12 February 1988), 766–68.
2. D. A. Snowdon *et al.*, "Linguistic Ability in Early Life and the Neuropathology of Alzheimer's Disease and Cerebrovascular Disease: Findings from the Nun Study," *Annals of the New York Academy of Sciences* 903 (April 2000), 34—38.

3. Victoria Glendinning, *Jonathan Swift: A Portrait* (Toronto: Doubleday Canada, 1998).
4. David Shenk, *The Forgetting: Alzheimer's: The Portrait of an Epidemic* (New York: Doubleday, 2001).
5. D. A. Snowdon, "Aging and Alzheimer's Disease: Lessons from the Nun Study," *Gerontologist* 38, no. 1 (February 1998), 5—6.
6. V. A. Evseev *et al.*, "Dysregulation in Neuroimmunopathology and Perspectives of Immunotherapy," *Bulletin of Experimental Biological Medicine* 131, no. 4 (April 2001), 305—308.
7. M. F. Frecker *et al.*, "Immunological Associations in Familial and Non-familial Alzheimer's Patients and Their Families," *Canadian Journal of Neurological Science* 21, no. 2 (May 1994), 112—19.
8. M. Popovic *et al.*, "Importance of Immunological and Inflammatory Processes in the Pathogenesis and Therapy of Alzheimer's Disease," *International Journal of Neuroscience* 9, no. 3—4 (September 1995), 203—36.
9. F. Marx *et al.*, "Mechanisms of Immune Regulation in Alzheimer's Disease: A Viewpoint," *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)* 47, no. 4 (1999), 204—209.
10. J. K. Kiecolt-Glaser *et al.*, "Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology," *Annual Review of Psychology* 53 (2002), 83—107.
11. Edmund Morris, *Dutch: A Memoir of Ronald Reagan* (New York: Modern Library, 1999).
12. Michael Korda, *Another Life* (New York: Random House, 1999).

13. «Я» чи «не-я»? Спантичений імунітет

1. C. E. G. Robinson, "Emotional Factors and Rheumatoid Arthritis," *Canadian Medical Association Journal* 77 (15 August 1957), 344—45.
2. B. R. Shochet *et al.*, "A Medical-Psychiatric Study of Patients with Rheumatoid Arthritis," *Psychosomatics* 10, no. 5 (September-October 1969), 274.
3. John Bowlby, *Attachment*, 2nd ed. (New York: Basic Books, 1982), 377.
4. R. Otto and I. R. Mackay, "Psycho-Social and Emotional Disturbance in Systemic Lupus Erythematosus," *Medical Journal of Australia*, (9 September 1967), 488—93.
5. John Bowlby, *Loss* (New York: Basic Books, 1980), 69.
6. Bowlby, *Attachment*, 68.
7. Michael Hagmann, "A New Way to Keep Immune Cells in Check," *Science*, 1945.

8. P. Marrack and J. W. Kappler, "How the Immune System Recognizes the Body," *Scientific American*, September 1993.
9. G. F. Solomon and R. H. Moos, "The Relationship of Personality to the Presence of Rheumatoid Factor in Asymptomatic Relatives of Patients with Rheumatoid Arthritis," *Psychosomatic Medicine* 27, no. 4 (1965), 350–60.
10. M. W. Stewart *et al.*, "Differential Relationships between Stress and Disease Activity for Immunologically Distinct Subgroups of People with Rheumatoid Arthritis," *Journal of Abnormal Psychology* 103, no. 2 (May 1994), 251–58.
11. D. J. Wallace, "The Role of Stress and Trauma in Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus," *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 16, no. 3 (February 1987), 153–57.
12. S. L. Feigenbaum *et al.*, "Prognosis in Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study of Newly Diagnosed Adult Patients," *The American Journal of Medicine* 66 (March 1979).
13. J. M. Hoffman *et al.*, "An Examination of Individual Differences in the Relationship between Interpersonal Stress and Disease Activity Among Women with Rheumatoid Arthritis," *Arthritis Care Research* 11, no. 4 (August 1998), 271–79.
14. J. M. Hoffman *et al.*, "Examination of Changes in Interpersonal Stress as a Factor in Disease Exacerbations among Women with Rheumatoid Arthritis," *Annals of Behavioral Medicine* 19, no. 3a (Summer 1997), 279–86.
15. L. R. Chapman, *et al.*, "Augmentation of the Inflammatory Reaction by Activity of the Central Nervous System," *American Medical Association Archives of Neurology* 1 (November 1959).
16. Hofman, "Examination of Changes in Interpersonal Stress..."

14. Прекрасний баланс: біологія відносин

1. Hofer, "Relationships as Regulators."
2. Buck, "Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness," 42.
3. Seeman and McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics..."
4. E. Pennisi, "Neuroimmunology: Tracing Molecules That Make the Brain-Body Connection," *Science* 275 (14 February 1997), 930–31.
5. G. Affleck *et al.*, "Mood States Associated with Transitory Changes in Asthma Symptoms and Peak Expiratory Flow," *Psychosomatic Medicine* 62, 62–68.

6. D. A. Mrazek, "Childhood Asthma: The Interplay of Psychiatric and Physiological Factors," *Advances in Psychosomatic Medicine* 14 (1985), 16–32.
7. Ibid., 21.
8. I. Florin et al., "Emotional Expressiveness, Psychophysiological Reactivity and Mother-Child Interaction with Asthmatic Children," in Pennebaker and Treve, *Emotional Expressiveness, Inhibition and Health*, 188–89.
9. S. Minuchin et al., "A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, Family Organization and Family Therapy," *Archives of General Psychiatry* 32 (August 1975), 1031–38.
10. M. A. Price et al., "The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma. Part II: Life Event Stressors, Social Support, Defense Style, and Emotional Control and Their Interactions," *Cancer* 91, no. 4 (15 February 2001), 686–97.
11. P. Reynolds and G. A. Kaplan, "Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study," *Behavioral Medicine*, (Fall 1990), 101–10.
12. For a full discussion of differentiation, see Michael E. Kerr and Murray Bowen, *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory* (New York: W. W. Norton & Company, 1988), chapter 4, 89–111.
13. S. E. Locke, "Stress, Adaptation, and Immunity: Studies in Humans," *General Hospital Psychiatry* 4 (1982), 49–58.
14. J. K. Kiecolt-Glaser et al., "Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function," *Psychosomatic Medicine* 49, no. 1 (January-February 1987).
15. Kerr and Bowen, *Family Evaluation*, 182.
16. Seeman and McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics," 459.

15. Біологія втрати

1. L. Grassi and S. Molinari, "Early Family Attitudes and Neoplastic Disease," Abstracts of the Fifth Symposium on Stress and Cancer, Kyiv, 1984; cited in H. J. Baltrusch and M. E. Waltz, "Early Family Attitudes and the Stress Process—A Life-Span and Personological Model of Host-Tumor Relationships: Biopsychosocial Research on Cancer and Stress in Central Europe," in Stacey B. Day, ed., *Cancer, Stress and Death* (New York: Plenum Medical Book Company, 1986), 275.
2. Ibid., 277.

3. L. G. Russek *et al.*, "Perceptions of Parental Caring Predict Health Status in Midlife: A 35-Year Follow-up of the Harvard Mastery Stress Study," *Psychosomatic Medicine* 59 (1997), 144–49.
4. M. A. Hofer, "On the Nature and Consequences of Early Loss," *Psychosomatic Medicine* 58 (1996), 570–80.
5. "Kisses and Chemistry Linked in Rats," *The Globe and Mail* (Toronto) 17 September 1997.
6. Hofer, "On the Nature and Consequences of Early Loss."
7. S. Levine and H. Ursin, "What is Stress?" in S. Levine and H. Ursin, eds., *Psychobiology of Stress*, (New York: Academic Press, 1972), 17.
8. Allan Schore, *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development* (Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1994), 378.

16. Танець поколінь

1. M. Marmot and E. Brunner, "Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life," in T. Theorell, ed., *Everyday Biological Stress Mechanisms*, vol. 22 (Basel: Karger, 2001), 89–90.
2. C. Caldji *et al.*, "Maternal Care During Infancy Regulates the Development of Neural Systems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat," *Neurobiology* 95, no. 9 (28 April 1998), 5335–40.
3. C. Caldji *et al.*, "Variations in Maternal Care in Infancy Regulate the Development of Stress Reactivity," *Biological Psychiatry* 48, no. 12, 1164–74.
4. L. Miller *et al.*, "Intergenerational Transmission of Parental Bonding among Women," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (1997), 1134–39.
5. R. Yehuda *et al.*, "Cortisol Levels in Adult Offspring of Holocaust Survivors: Relation to PTSD Symptom Severity in the Parent and Child," *Psychoneuroendocrinology* 27, no. 1–2 (2001), 171–80.
6. D. J. Siegel, *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience* (New York: The Guilford Press, 1999), 73.
7. Selye, *The Stress of Life*, 81.
8. Kerr and Bowen, *Family Evaluation*, 259.
9. Caldji, "Variations In Maternal Care in Infancy."
10. M. Kerr, "Cancer and the Family Emotional System," in J. G. Goldberg, ed., *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients* (New York: The Free Press, 1981), 297.

11. Selye, *The Stress of Life*, 391.

12. D. Raphael, *Social Justice Is Good for Our Hearts: Why Societal Factors—Not Lifestyles—Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere* (Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2002), xi; report available at <https://www.socialjustice.org>.

13. M. G. Marmot *et al.*, “Inequalities in Death—Specific Explanations of a General Pattern,” *Lancet* 3 (1984), 1003–6, cited in M. Marmot and E. Brunner, “Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life,” in T. Theorell, ed., *Everyday Biological Stress Mechanisms*, 83.

17. Біологія вірувань

1. B. H. Lipton, “Nature, Nurture and Human Development,” *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 16, no. 2 (2001), 167—80.

18. Сила негативного мислення

1. Kerr and Bowen, *Family Evaluation*, 279.

2. Mogens R. Jensen, “Psychobiological Factors Predicting the Course of Breast Cancer,” *Journal of Personality* 55, no. 2 (June 1987), 337.

3. Levy, *Behavior and Cancer*, 165.

4. S. Warren *et al.*, “Emotional Stress and the Development of Multiple Sclerosis: Case-Control Evidence of a Relationship,” *Journal of Chronic Disease* 35 (1982), 821—31.

5. Ford, *A Glad Awakening*.

6. Candace B. Pert, *Molecules of Emotion*, 193.

19. Сім стовпів зцілення

1. A. J. Bdurtha *et al.*, “A Clinical, Histologic, and Immunologic Study of a Case of Metastatic Malignant Melanoma Undergoing Spontaneous Remission,” *Cancer* 37 (1976), 735–42.

2. Rogentine *et al.*, cited in B. Fox and B. Newberry, eds., *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity* (New York: C. J. Hogrefe, 1984), 259.

3. *Ibid.*, 267.

4. F. I. Fawzy *et al.*, “Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later,” *Archives of General Psychiatry* 50 (1993), 681–89; cited in Michael Lerner, *Choices in Healing* (Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1994), 159.

5. F. I. Fawzy *et al.*, “A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients: Changes over Time in Immunologic Measures,” *Archives of General Psychiatry* 47 (1990), 729–35.
6. Oliver Sacks, *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales* (New York: HarperPerennial, 1990).
7. A. F. Siegman *et al.*, “Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease,” *Psychosomatic Medicine* 62 (2000), 248–57.
8. L. R. Ormont, “Aggression and Cancer in Group Treatment” in Jane G. Goldberg, ed., *The Psychotherapy of Cancer Patients* (New York: The Free Press, 1981), 226.
9. V. J. Felitti *et al.*, “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study,” *American Journal of Preventative Medicine* 14, no. 4 (1998), 245–58.

Ресурси

Нижче наведений короткий список ресурсів для людей, зацікавлених у зціленні або збереженні здоров’я. Він складається з програм, які спрямовані на розуміння та зменшення стресу або на розпізнавання та звільнення від

вкоріненої біології віри. Сюди не включені багато місцевих та національних програм підтримки людей зі специфічними захворюваннями, такими як розсіяний склероз, БАС, артрит, фіброміалгія, синдром хронічної втоми, рак молочної залози, рак яєчників тощо.

1. Почніть свій шлях зцілення: активна реакція на кризу раку

Програма, розроблена доктором Аластером Дж. Каннінґемом, який сам хворів на рак. Він – професор медичної біофізики та психіатрії університету Торонто та всесвітньо відомий дослідник у галузі психоонкології. Він має ступінь доктора філософії у молекулярній біології та психології і активно читає лекції про свої дослідження процесу зцілення та відкриття у Сполучених Штатах, Канаді, Європі, Австралії та Новій Зеландії. Програма «Шлях зцілення» ґрунтується на його більш ніж двадцятирічній роботі з онкологічними пацієнтами в Інституті раку в Онтаріо. До його підходу входять дослідження стресу, техніки розслаблення, психічні образи з ведучим, керування мисленням та інші техніки.

Дослідження доктора Каннінгема показали, що «довша тривалість життя... міцно пов'язана із включенням онкологічних пацієнтів у психологічну самодопомогу». Хоча він інтенсивно працює з онкологією, я не маю сумнівів, що його техніки здатні допомогти людям із будь-яким захворюванням із тих, які розглядалися в книжці «Коли тіло каже “ні”». Програма «Шлях зцілення» у форматі серії відео- та аудіозаписів і книги доступна у будь-якій країні світу.

2. Канадський інститут стресу

Заснований у 1979 році Гансом Сельє, Канадський інститут стресу проводить програми, присвячені стресу, для закладів та компаній, пропонує спікерів, надає допомогу з подолання стресів та персональні консультації. Також можливі заняття через телефонний зв'язок. Директором КІС є доктор Річард Ерл, який раніше був близьким колегою доктора Сельє в Університеті МакГілла. Канадський інститут стресу: Medcan Clinic Office, Suite 1500, 150 York Street, Toronto, Ontario, Canada M5H 3S5. Телефон: (416) 236-4218. Вебсайт: <https://stresscanada.org>.

3. The Health News Network

Центр онлайн-ресурсів для дослідження тіла та розуму у здоров'ї та хворобі, управління стресом та запобігання хворобам. Тут є короткі обговорення багатьох питань, які розглядаються у книжці «Коли тіло каже “ні”», а також

довгий список посилань на інформацію про певні захворювання та хвороби. Вебсайт: <http://www.healthnewsnet.com>.

4. The Landmark Forum

The Landmark Forum – це доступна у багатьох країнах програма, яку веде корпорація Landmark Education Corporation. Я особисто брав у ній участь. The Landmark Forum є найпотужнішою з відомих мені програм, яка руйнує біологічно вкорінені вірування. Техніки цієї програми допомагають людям жити у теперішньому моменті, залишивши минуле позаду – іншими словами, вона допомагає позбавитись імперативів, шаблонів, мотивацій, що походять від ранніх інтерпретацій переживань дитинства. Як показує ця книжка, саме вони є незмінними, але неусвідомленими інтерпретаціями, які лежать в основі багатьох наших хронічних стресів. Перша подія програми форуму – це триденний семінар, після чого йде щотижневий вечірній семінар. Я щиро рекомендую його людям на будь-якому етапі життя як важливий освітній та трансформаційний досвід, який зменшує та усуває з життя стреси, яким ми піддаємо себе самі. Я написав про це у цій книжці. Вебсайт: <https://www.landmarkworldwide.com/the-landmark-forum>.

5. pd Seminars, острів Габріола, Британська Колумбія

Розташована на острові Габріола у Британській Колумбії, організація pd Seminars займається розвитком особистості та зціленням. Її заснували два лікарі, Беннет Вонг та Джок МакКін, які відчували потребу розширити своє розуміння здоров'я за межі західної медицини. Місцеві програми з короткочасним перебуванням для особистісного та професійного розвитку, які веде pd Seminars, тривають від кількох днів до кількох тижнів і пропонують широкий спектр підходів – від медитації, терапії ментального поля, музики, письменництва та рухів, до технік вираження гніву, вивчення меж особистості, енергетики та дихальних тренінгів. Багато людей із хронічними захворюваннями та хронічними стресами отримали користь від однієї або кількох програм pd Seminars. Телефон: (250) 247—9211. Вебсайт: <https://pdseminar.com>.

6. Доктор Брюс Ліптон

Робота молекулярного біолога доктора Брюса Ліптона допомогла подолати розрив між фундаментальними науками та психологією розвитку. Доктор

Ліптон, який був доцентом анатомії в Медичній школі Університету штату Вісконсін, показав, як вірування біологічно вкорінюються навіть на клітинному рівні. Він також розробив техніки, які допомагають людям звільнитися від цього раннього психо-біологічного програмування. Інформація про його динамічні відеолекції доступна на цьому вебсайті: <http://www.brucelipton.com>.

Подяки

Я щиро вдячний багатьом людям — деякі з них були моїми пацієнтами в минулому, деяких я зустрів нещодавно — за те, що вони відкрито поділилися зі мною історіями свого життя, своїми стражданнями та почуттями, щоб інші люди, читаючи цю книжку, можливо, навчилися того, чого навчилися вони через свій болісний досвід.

Даян Мартін із видавництва Knopf Canada підтримала цей проєкт ще тоді, коли він був лише кількома словами, сказаними за вечерею кілька років тому. Вона з цікавістю редагувала болюче довгий рукопис з емпатією до автора й до читача, і її професійні та проникливі поради принесли користь як першому, так і другому. Я також дуже вдячний Тому Міллеру з Нью-Йоркського видавництва John Wiley & Sons, який побачив можливості моєї книжки, тоді як інші вважали її лише «черговою книжкою про стрес».

Кіара О'Мара Салліван із Вірджинії стала моєю неофіційною критикинею/редакторкою/співавторкою, яку послала мені доля, а також моєю близькою, хоча й далекою, подругою. Вона випадково й несподівано зв'язалася зі мною через інтернет і продовжила, уже професійно, писати для цієї книжки, значно полегшуючи для мене роботу над нею (а іноді й життя). Без її допомоги ця книжка не лежала б перед читачем у тому вигляді, який вона має зараз.

Моя агентка Деніз Буковскі запевнила мене, що книжку «Коли тіло каже “ні”» видадуть щонайменше в п'яти країнах, кількома мовами, і, до того ж, на стадії завершення дала мені редакторську пораду, яка значно наблизила рукопис до того, що я задумував спочатку.

Хізер Дандесс і Ельза Делука надали неоціненну технічну підтримку, ретельно розшифрувавши понад двісті годин інтерв'ю.

Моя дружина і споріднена душа Рей була моєю суворою критикинею та відданою й натхненною помічницею. Багато з того, чому не варто було бути в цій книжці, було видалено завдяки її емоційній хоробрості, любові та мудрості. І завдяки тим же її рисам у моєму житті є багато того, чим я дорожу й що ціную. Висловлюю наведеним нижче велику подяку за дозвіл передрукувати раніше виданий матеріал. Були докладені всі прийнятні зусилля, щоби зв'язатись із власниками авторських прав; у випадку ненавмисного упущення або помилки прохання повідомити видавця.

ALS Society of Alberta: Уривок із *Cries of the Silent*. Copyright © ALS Society of Alberta 1999. 400-23 Ave. SW, Calgary, AB, T25 0J2; *Bantam Books*, підрозділ *Random House, Inc.*: Уривок із книги Крістіани Нортроп *Women's Bodies, Women's Wisdom*; *Berkley Books*: Уривок із книги Ленса Армстронга *It's Not About the Bike: My Journey Back to Life*. Передруковано з дозволу *Berkley Books*, підрозділу *Penguin Putnam*; *Faber and Faber Ltd.*: Уривок із книги Елізабет Білсон *Jacqueline du Pre*. Передруковано з дозволу *Faber and Faber Ltd., UK*;

Henry Holt and Company: Уривок із книги Вікторії Глендінінг Jonathan Swift, © 1998 Victoria Glendinning. Передруковано з дозволу Henry Holt & Co., LLC; International Creative Management Inc. Уривок із книги Гільди Раднер It's Always Something. Передруковано з дозволу International Creative Management Inc. Copyright © 1989 Gilda Radner. Simon & Schuster, Inc.: Уривок із It's Always Something. Передруковано з дозволу Simon & Schuster, Inc., із книги Гільди Раднер It's Always Something, copyright © 1989 Gilda Radner, copyright © відновлений у 1990 компанією The Estate of Gilda Radner; McGraw-Hill Education: Уривок із книги Ганса Сельє The Stress of Life. Copyright © 1978 Hans Selye. Відтворено з дозволу The McGraw Hill Companies; Orca Book Publishers: Уривок із книги Бетті Кравчик Clayoquot: Sound of My Heart. Видавець: Orca Book Publishers, Victoria, BC; Pan MacMillan: Уривок із книги Джейн Гокінг Music to Move the Stars. Передруковано з дозволу MacMillan, London, UK; Raincoast Books: Уривок із книги Бетті Кравчик Lock Me Up or Let Me Go. Опубліковано в 2002 році видавництвом Press Gang, за відбитками Raincoast Books. Text © 2002 Betty Krawczyk; Random House, Inc.: Уривок із книги Едмунда Морріка Dutch; Random House, Inc.: Уривок із книги Майкла Корди Another Life; Random House of Canada Limited: Уривок із книги Памели Воллін Since You Asked. Copyright © 1998 Pamela Wallin. Передруковано з дозволу Random House Canada; Simon & Schuster, Inc.: Уривок із книги Кендіс Перт Molecules of Emotion. Передруковано з дозволу Scribner, підрозділу Simon & Schuster. Copyright © 1997 Candace B. Pert; Simon & Schuster, Inc.: Уривок із книги Олівера Сакса The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales. Передруковано з дозволу Simon & Schuster, Inc. Уривок із The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales. Copyright © 1970, 1981, 1983, 1984, 1985 Oliver Sacks; Sterling Lord Literistic, Inc.: Уривок із книги Ендрю Кірцмана Rudy Giuliani: Emperor of New York. Передруковано з дозволу Sterling Lord Literistic, Inc. Copyright Andrew Kirtzman; W. W. Norton & Company, Inc.: Уривок із книги Рея Робінсона Iron Horse: Lou Gehrig in His Time.

Перелік скорочень

АКТГ — адренокортикотропний гормон
БАС — бічний аміотрофічний склероз (хвороба Лу Геріга)
ГГН — гіпоталамус-гіпофіз-наднирники
ГЕРХ — гастроезофагеальна рефлюксна хвороба)
ГРГ — гонадотропін-релізінг гормон
ЗЗК — запальні захворювання кишківника
ІД — інтерв'ю про прив'язаність у дорослих
ІНІ — психонейроімуннологія
ПТСР — посттравматичний стресовий розлад
РС — розсіяний склероз
РЧ — ревматоїдний чинник
СПК — синдром подразненого кишківника.
ФГА — функціональна гіпоталамічна аменорея
EDX — електродіагностичне обстеження
PSA-тест — тест на простатспецифічний антиген