

CURED:
THE LIFE-CHANGING SCIENCE
OF SPONTANEOUS HEALING

自愈的 概率

[美] 杰弗里·雷迪杰 著

邓攀 译

有些重病，
为什么会
自己好转？

◎ 上海科技文献出版社
SHANGHAI SCIENTIFIC, TECHNICAL PUBLISHERS

CURED:
THE LIFE-CHANGING SCIENCE
OF SPONTANEOUS HEALING

自愈的 概率

[美] 杰弗里·雷迪杰 著

邓攀 译



有些重病，
为什么会
自己好转？

上海科学技术出版社

自发缓解(spontaneous remission)是指疾病的意外痊愈或病情的意外改善。绝症或进行性疾病开始好转而非恶化，个体表现优于均值成为特例，都属于自发缓解。

本书作者杰弗里·雷迪杰博士执教于哈佛大学医学院，也是执业内科医生和精神科医生。他自2003年起，严格筛选有明确医疗记录证明属于自发缓解的病例，用16年时间持续跟进研究。2015年，雷迪杰博士在TEDx演讲新贝德福德站面向公众发表了研究成果。2020年，他选取了最有代表性的病例，以严谨的态度、详实的资料和开放讨论的心态写成本书。

引言 打开医学的黑匣子

人有两种被欺骗的方式：一种是相信虚假的故事，一种是不相信事实。

——索伦·克尔凯郭尔，丹麦哲学家

时间是2008年，克莱尔·哈瑟往后的人生看上去一片坦途，这一年她63岁，历经过人生风浪，已经习惯了生活的起起落落，曾经憧憬的未来正在逐渐变成现实：她和丈夫再过几年就要退休了，儿女已顺利长大，过得都挺不错，孙辈也在健康成长。夫妇俩在俄勒冈的波特兰度过了半生时光，这个城市有绵柔的细雨、生机勃勃的公园和红砖砌成的房子。克莱尔曾在卫生保健系统做了很久的行政人员，坐在被日光灯照亮的办公室里，从早到晚埋头于文件堆中。

克莱尔和丈夫很喜欢波特兰，但他们还是准备在退休后移居夏威夷。这些年来，他们一直在为这个计划存钱。眼看就要梦想成真时，克莱尔宁静而充实的生活突然被打破了。她被一些似有似无、让人隐隐不安的症状困扰：恶心的感觉日益频繁，腹部刺痛也反复发作。克莱尔去看了医生，医生也有所怀疑，便让她去做CT扫描。克莱尔躺在CT机里，手臂举过头顶，努力稳定自己的呼吸，期盼这个穿过身体的强大磁场不会发现什么异常。不幸的是，CT在她的胰腺上发现了一个直径大约两厘米的团块。接下来的活检击碎了克莱尔最后一点希望：这团物质是恶性的，也就是说，是癌症。克莱尔最终被诊断为胰腺癌，一种凶残的、无法被治愈的胰腺肿瘤。

肿瘤是一个沉重的词语，是现代社会的恶魔。有些肿瘤并不致命，只是安静而无害地蛰伏在身体里，这种情况下患者不会因癌症死去，而是会在肿瘤的伴随下因为其他原因走到生命的尽头；有些肿瘤虽然致命，却很容易被手术、化疗或放疗治愈。有些肿瘤会缓慢而持

续地生长，还有些会恶化后又好转，起起伏伏许多年。有的肿瘤会自行消失，也有的则刀枪不入，对于后者，治疗只是努力让患者感觉好一些、肿瘤恶化的速度慢一些。更多情况下，肿瘤的表现会介于这些类别之间，严重程度也各有不同。

在已知的胰腺肿瘤中，克莱尔患上的恰是最致命的一种，病情发展迅速，杀人毫不留情。每年，大约有4.5万美国人被确诊为胰腺癌，而在欧洲这个数字还要翻倍。大多数患者在被确诊的第一年内就会去世。在目前的癌症致死人数分性别排行榜中，胰腺癌在男性榜和女性榜上均位列第四，趋势显示它很快就会上升到第三位。

胰腺癌的诊断就像一个死亡判决，问题不再是你会不会死于它，而是什么时候死于它。这种疾病为什么如此致命呢？因为在胰腺癌的早期，肿瘤会悄无声息地生长、扩散，让人觉察不到任何症状。等到病症信号出现——比如食欲下降、体重降低、后背疼痛，偶发的轻微黄疸（表现为皮肤和眼白微微发黄）——再治疗就已经有些迟了，肿瘤往往已经从胰腺转移到了身体的其他部位。治疗能够延长患者的寿命，却终究无力回天，96%的胰腺癌患者会在五年内死于这种疾病。大多数病人甚至活不到这么长时间，经验表明，在积极治疗的前提下，患者在诊断后的存活时间仅为三至六个月。按照这个标准，克莱尔还算幸运：医生告诉她还有一年时间。

克莱尔眼睁睁地看着她触手可及的未来——花园、夏威夷、夫妻俩宁静的退休生活——在一夜之间消失了。癌症如同飓风般摧毁了一切。

克莱尔与主治医生的第一次会面最早只能预约到两周之后。她的家人和朋友在听到这个消息后都觉得不可思议，克莱尔可是得了凶残的胰腺癌啊！不是需要尽快治疗吗？怎么能让她带着一个随时可能恶化、扩散的肿瘤，就这么生活几周呢？但克莱尔觉得这样也挺好，她

需要镇静下来好好想一想，因为最终诊断让一切看起来像一场离奇的梦，她突然看到了生活的终点，就像火车正在眼前驶下悬崖，这太不真实了。还有，医院对待克莱尔的方式也让她感觉不自在：自己像待办事项列表上等待完成的任务，变成了一具没有感情、被不停推向下一个流程的躯体。作为庞大医疗系统中的一名患者，克莱尔觉得自己被困在了这台机器中，流水线冷冰冰地推着她前往一站又一站。一切都是流程化的例行公事，没有一丝人情味。

回到家，克莱尔一头扎进了资料堆，想要弄明白胰腺癌是怎么回事。她疯狂地阅读书籍和文章，浏览网站，寻找每一丝可能的希望和医生遗漏的线索。但是，她读到的一切都只是一遍又一遍地重复了同样的消息：没有人能够在患上这种癌症后存活下来。克莱尔查遍了网络，想找到哪怕一个病情缓解或患者幸存的例子，可一个也没有找到。

一种叫作惠普尔手术的外科手术或许能给克莱尔一线生机。这是一种很激进的手术，它将切除胆囊和部分胰腺，还有可能切掉部分小肠（包括十二指肠和空肠），甚至波及部分胃和脾脏。手术有很严重的不良反应和并发症。第一，身体机能会出现异常，因为胰腺承担了很多重要功能，比如调节血糖和消化食物。第二，胰液中的胰酶侵蚀性很强，在惠普尔手术后往往会随着胰液泄漏出来，造成胰痿，引起的疼痛让人虚弱无力。此外，克莱尔还将面临体液潴留、胃痉挛和常人难以忍受的术后胀气疼痛。长期来看，她还有可能患上糖尿病和贫血，并面临消化问题，这些会导致维生素和矿物质缺乏，让体质下降。

夜里，克莱尔无法入睡，把想要问医生的问题一一写了下来：

惠普尔手术是我的唯一选择吗？如果我做了惠普尔手术，是不是会得糖尿病或造成胃无力？我还能正常吃东西吗？会疼吗？如果会疼的话，要疼多久，什么时候才能恢复？我在资料里读到过，手术会让

我产生疲劳感，它会消失吗？这个手术你做过多少次，结果怎么样？这个手术在医院里常见吗？通常结果是什么？

“结果不会太好。” 克莱尔的主治医生在会面时说。他就像克莱尔要求的那样，十分直率坦诚，克莱尔还挺喜欢这样的。

医生告诉克莱尔，两厘米的肿瘤可以通过惠普尔手术切除，这是她康复的机会。但风险同样存在，因为这将是一次不完美的手术，结果也并不明朗。他拿出了外科手术图谱，翻到惠普尔手术的部分。这是一本名副其实的百科全书，里面记录了各种把人分成一块块再组装回去的技术。

“看见了吗？完成这种手术的方法有很多。你知道这意味着什么吗？” 他目光坚定，“这意味着没有一种方法让人满意。”

他告诉克莱尔，惠普尔手术可能长达八个多小时，病人有可能在手术台上心脏病发作或中风。关于死亡率的统计结果不一，有人说手术期间患者的死亡率是2%，也有人说是15%。主治医生告诉克莱尔，即使做了手术，她再活五年的机会也只有约5%，也就是说，绝大多数得了这种癌症的人，哪怕做了手术，也会在五年之内因癌症去世。这时，肿瘤专科医生插话表示五年生存率其实接近20%，而主治医生坚持只有5%，然后他们争论了起来。

“你看，有些医生喜欢给病人推销这种手术。” 主治医生总结道，“但我不会，这种手术我已经做得够多了。而且，我也不用挣这个钱，我连游艇都买了。”

克莱尔知道医生想要治好自己。他是一名外科医生，接受的训练就是通过科学的魔法和精巧的技术把各种东西修好。但他也像克莱尔要求的那样，把未经雕琢的真相直接呈递在她眼前。

回到家，克莱尔在网上找了许多视频，视频里接受过惠普尔手术的病人讲述着手术的可怕不良反应，疼痛让他们辗转难安。

克莱尔搜索着各种存活率的统计数据，然后痛哭，并祈祷。她严肃地问自己：我能忍受什么程度的疼痛？我余生愿意忍受什么程度的疼痛？我能接受带着什么样的不便继续生活？如果不能再去登山徒步，我愿意接受吗？

克莱尔最终拒绝了手术。她不愿意把剩下的生命浪费在医生办公室和候诊室里，不想去追逐虚幻而渺茫的治愈希望。“我决定顺其自然，”她说，“不管生命还剩下多久，我要尽我所能去热情、快乐地生活。”

时间飞逝，转眼到了2013年，在被诊断为癌症之后的第五年，克莱尔因为其他疾病住院了。医生们要求克莱尔进行一次腹部CT扫描，这是自那次诊断后她第一次做影像检查。克莱尔曾以为自己会很快死去，所以她只是专心去生活，而时间竟然就这样一天天地过去了。医生们没有特别关注她的胰腺，但从扫描结果上能看到，她的胰腺毫无异样，曾经长着肿瘤的地方干干净净。

困惑不解的医生们认为一定是某次诊断出了问题，他们聚在一起，把每次活检的样本逐一进行重新检查，却发现那些诊断都是正确的。没有接受任何治疗或手术，克莱尔的胰腺癌凭空消失了。

这一切是怎么发生的？没有人知道，克莱尔自己也不知道。她的医生只知道克莱尔没有做什么：没有手术，没有化疗，没有放疗。我见到克莱尔的时候，她已经完成了从诊断到痊愈的惊人转变。但奇怪的是，没有一位医生对此感兴趣，他们说克莱尔的经历“没有任何医学价值”，她只不过像那些意外中了大奖的幸运儿一样，一切只是偶然罢了。

许多人会用不可思议来形容克莱尔身上发生的故事，在医学领域，我们把这样的病例称为“自发缓解”，是指疾病的意外痊愈或病情的意外改善。绝症或进行性疾病开始好转而非恶化，个体表现优于均值成为特例，都是自发缓解。

自发缓解的病例其实远没有得到应有的关注，它们就像尚未被医学开启的黑匣子一般。自发缓解的“自”意味着没有原因。但事实上，我们只是没有花心思去寻找原因罢了。医学历史中，几乎从来没有人尝试过使用严格意义上的科学工具去弄明白为什么有人能从这些绝症中恢复。从常理来讲，这些病例也许偶然触及了那些我们求之不得的治愈疾病的关键，所以更值得探究，可是该领域的研究几乎一片荒芜。

医学界把克莱尔这种人称为幸运儿或者个例，潜台词就是“我们没办法解释这种事”。可在我看来，这些医疗领域的个例，与很多在其他领域被称为个例的人一样值得被研究。

网球巨星塞雷娜·威廉姆斯和篮球天才迈克尔·乔丹也都是非比寻常的个例，但他们被看作凸显人类潜力的光辉典范，无数人模仿着他们的技巧和方法，期待实现自身能力的提升。在1968年的墨西哥城奥运会上，美国跳远选手鲍勃·比蒙加速助跑，然后高高跃起冲向沙坑。在那场盛事的影像记录中，鲍勃挺起胸膛，像巨鸟般飞在空中，落地时双脚向前，就像抓住了地面一样稳定。最终鲍勃以超越世界纪录两英尺^①的成绩震惊了现场观众，让其他选手的表现都黯然失色。那一跳不仅像观察员所说的“超越了信仰”，也超越了现场仪器所能测量的极限，被称为“世纪之跃”。这之后，运动员和科学家们立刻着手研究世纪之跃的奥秘，他们想知道鲍勃是如何做到的，以及怎样才能超越这项纪录。然而，直到23年之后这项纪录才被打破。

可是，当类似的事情发生在医学领域时（比如一个被医疗系统宣判了死刑的人突然好转），我们却认为这让人尴尬，好像这样的案例会成为医疗系统的潜在威胁，而不是带来启发。幸运、个例，我们给它贴上重重标签后，便不再去寻求更多解释。

纵观历史，人类对于疾病产生的原因有过很多猜测与探索。几百年前，大部分文化还将疾病归因于神灵之力：要么是上帝的意志，要么是恶灵的诅咒。

如果生活在古埃及，你可能会随身佩戴护身符，一是为了得到神灵庇护以抵御疾病，二来还能用它在割伤或刮伤处涂抹蜂蜜这种天然抗生素。如果你病得很重，医生会建议催吐，当时的理论是，人体由纵横的通路组成，通路堵塞可能造成疾病，而催吐能够清理淤堵。

如果出生 in 古希腊，你也许会坚信人体是由各种元素组成的，它们之间互相平衡，而疾病则意味着失衡。生病时，你可能会走进医神阿斯克勒庇俄斯之庙，接受净化、梦疗和医学护理，医生会在医神的注视下，为你施加物理和精神的混合疗法。

虽然许多古代文明的医疗实践都严重依赖魔法、宗教和迷信，但它们也有闪光之处：深入的解剖学知识，从观察、试验和错误中得到的健康理论，依赖草药、经得起重复验证的疾病和外伤疗法，这些都是现代医学的早期体现。但疾病的根源隐藏在暗处，长期困扰着我们。疾病是如何产生的？为什么它会发生于这个人，而不是那个人？在依赖放血疗法和占星术的年代，人们就逐渐发现，许多疾病都是由脏水和秽物引起的，保持身体、城市和水源的清洁很重要——尽管当时他们并不十分理解原因。

公元前36年，罗马学者马库斯·特伦蒂乌斯·瓦罗出版了《论农业》一书，这是一本针对农民的实用指南。在关于家畜饲养的章节中，他提出要避免在沼泽附近饲养牲畜，因为“某些肉眼看不见的微小动物会在那里繁殖，这些微小动物能通过空气传播，从嘴和鼻子进

入体内，引起难以消除的疾病”。这是一个有趣的理论，但在当时没能得到证明。

意大利医生吉罗拉莫·弗雷卡斯托罗于1546年出版了《论传染性和传染病》一书。在书中，他详细阐述了自己的理论：微小、繁殖迅速的致病生物通过接触在人与人之间传播，或者随风传播。他的理论在当时很受欢迎，但同样因为没有任何实质性证据的支持而渐渐衰落，最后几乎没人记得。后来，是法国科学家路易斯·巴斯德在19世纪60年代明确证实了细菌学说。他提出的消除病原体的方法至今仍以他的名字命名——巴氏灭菌法。这一理论的确是医学的巨大飞跃，但它也使我们陷入了某种关于健康和疾病的思维定式，钻进了“杀死病原体”的牛角尖。或许，正是因为我们过分专注这一思路，才错过了通向健康的重要途径。

我们的医疗教育体系教导医生不要关注患者的故事和个人生活，从而更好地洞悉患者身上关于特定疾病的症状。我们被病理学所局限，把目光聚焦于缺陷与病态，而非每个人正确、优秀和特别的行为，因此，结局常常和我们的期望背道而驰。我们治疗疾病，而非治疗患者，所以不免管中窥豹，忽略了那些蕴藏在患者生活中、能够帮助他们更好地恢复健康的丰富线索和启示。我们关注病症，而非疾病的根本原因，对症下药却不尝试解决更长远的难题，忘记了让患者恢复免疫力和生命力的重要性。我们把生理健康和心理健康截然分开，而非尝试理解和接纳二者之间的联系，但是大部分疾病往往与这二者同时相关。

最终，因为不符合“唯一病因，唯一疗法”的治疗范式，我们不再考虑那些不同寻常的痊愈经历。凭经验，我敢说大部分专业医疗人员都曾遇到自发缓解的案例，但因为不知道应该如何看待它们，也无法将其纳入自己的知识体系，于是便选择把这些故事埋进记忆里，假装将它们遗忘，顶多在深夜的护士站喝咖啡时，或沉浸在自己的思维世界里时才会偶尔想起。我们不知道如何解释这些故事，也因为惧怕

业内同行的嘲笑而避免谈及，更不会让患有同样疾病的人尝试相同的治疗方式。因为我们不想带来“虚假的希望”。

我在十七年前第一次见证了这样的康复。那时，我刚刚完成住院医师的实习，开始了精神科医生的职业生涯。我接受了麦克莱恩医院（美国最古老、最负盛名的精神病学研究机构之一）和哈佛大学医学院的双重任命，还开着一家小型私人诊所，既当医生又做教授，压力很大。

正是在那时我认识了尼基，一位肿瘤科护士，在马路另一头的麻省总医院工作。她已经被诊断为胰腺癌，不知该如何把这个坏消息告诉已经成年的儿子，便带着他一起来做心理咨询，想从我这里得到帮助。

不久之后，尼基告诉我她从麻省总医院无限期休假了。她的健康状况恶化得太快，人总是很疲惫，无法正常进食，体重也在降低，已经不能再继续工作。尼基计划飞往巴西，去一个叫作阿巴迪亚尼亚的边远小镇待一段时间。

尼基离开之后大约两个星期，我办公室的电话响了，是她从巴西打过来的。

“你得过来一趟。”她说，“我在恢复，你都不敢相信我看见了什么。”

尼基一连几个月通过电话和邮件联系我，讲述了一个又一个故事，都是她在巴西看到的康复案例。但我还是没有去巴西。医院很忙，我要上课，而且我并不相信她的话。我把这一切都归结为可以解释的现象：暂时好转，错误诊断，不经治疗也能恢复的症状。

尼基回来的时候看上去确实好多了，健康状况显著改善，她又开始享受生活，享用牛排（她最喜欢的食物之一）和沙拉，在巴西的那段时光拯救了她。尼基告诉我她重新获得了爱与被爱的能力，曾经困扰她的情绪控制问题也已经消失不见。她觉得自己精力充沛，内心快乐，与离开之前相比，生活质量有了明显提升。但遗憾的是，尼基的故事并没有克莱尔那样的结局。坦率地讲，大多数故事的结局并不圆满。尼基的胰腺癌最终复发，不到一年她就去世了。但是在去世之前，尼基再次催促我去调查在巴西发生的事。

我在专业的学术期刊上读到，自发缓解的真实发生率极低，每10万例病例中大约只会存在1例。这一统计在许多论文中被一遍又一遍地引用，每次都被描绘为绝对真理，所以我决定追溯一下它的来源。最终我发现，这个数字是凭空捏造出来的，却被当成了客观事实，在很多文章中反复出现。

我继续深挖下去，寻找发生在过去和现在的自发缓解案例，最终得到了一个令人震惊的结论。过去的百年间，关于自发缓解的报道在绝对数量和出现频率上都呈现缓慢增长态势。我在公开演讲中也提过自发缓解和它可能带给医生的启示。有一次，我询问在座的医生，他们中有多少人见过从医学角度出发完全解释不了的痊愈，很多听众都举起了手；我又问他们中有多少人把这样的病例观察记录下来并公之于众，所有举起的手又都放下了。

我们难以窥见自发缓解的全貌，并不是因为它罕见，而是我们惧怕周围人的眼光。有多少案例是由于我们担心专业同行的嘲笑而从未见诸医学文献？作为麦克莱恩医院的新医务主任，我能敏锐地感受到这种矛盾。

我不愿公开自己的观察发现或寻求医学界同仁的支持，但是每天，无论在医院、精神科诊所还是急诊室，我都会发现有些患者面临的问题与那些自发缓解的案例渐渐吻合重叠。每一天我都会见到患有癌症、糖尿病、心脏病、自身免疫性疾病和肺部疾病的患者，他们得

的都是致死率排名最靠前的疾病，越来越多的证据表明，这些疾病中的大部分都与生活方式关系重大。我也渐渐相信，如果我的病人愿意去尝试经历过自发缓解的患者所采用的应对策略，哪怕有所保留地尝试，他们的健康也一定会有所改善，进而整个社会的健康水平都会逐步提高。但是行业内教条主义根深蒂固，想要动摇它阻碍重重。

我成长在美国中西部的辽阔天空下，童年在印第安纳州乡下的一座小型家庭农场里度过，那里有一望无垠的玉米地和大豆田。我的父母都是阿米什人，那是美国和加拿大安大略省的一个特殊族群。阿米什人推崇原始自然的生活方式，摒弃任何现代化的电器。父母在我两岁时离开了阿米什人的社区，却依然奉行其理念：饲养牲畜，种植粮食，包括肉和小麦粉在内的大部分食物都自给自足；母亲为我们手工缝制衣服；电视、收音机等大多数现代化设施和相关活动都被视为应尽量远离和躲避的东西。对我来说，这是一个孤立隔绝的世界，我在其中生活得很艰难，所以一得到机会我就逃走了。我考入印第安纳大学医学院，后来又进入哈佛大学进行住院医师培训。我至今仍然记得世界在我面前徐徐展开的感觉，好像一扇一直紧闭的门终于打开，各种可能性出现在眼前。

曾有一位老师告诉我，问题和答案一样重要。他说，不一定要以得到绝对答案为目标，而应该提高发问的质量，因为问题的质量决定了答案的质量。于是我相信，问题是引导人前进的光束，如果能提出好问题，那么人就可以朝着正确的方向前进。

但医学世界有着截然不同的逻辑体系，和我期待的完全不同，这种落差感像鞭子一般时刻抽打着我。我仍然记得第一次被“鞭打”的时候身在何处：那是一个空荡荡的圆形剧场教室的前排，在教授结束当天的课程后，我追着让他答疑解惑。

“把材料都背下来就行了，”教授说，“别问那么多问题。”

“别问那么多问题，别问那么多问题，别问那么多问题……”我在医学院生涯中不知听到过多少次。当然，为了夯实成为医生所需的知识基础，医学生需要花费大量时间和精力来背诵材料。但是对我而言，这句话与贯穿我成长的令人不适的理念遥相呼应：永远不要质疑权威信条。

推崇教条背诵，缺乏质疑的自由，这让一些医生只知道埋头做事，从而维持医学体系航船的平稳运行。诚然，这个体系让我们取得了许多科技上的惊人成就，但它也让不少患者错失康复的重要机会，辜负了他们的期待。我自己也数次经历了这样的时刻：本可以改变某人的命运，却与机会擦肩而过。但现在，我已经准备好循着线索一路追踪，抵达现代科学能够解答的边界，然后尽我所能，把这个边界推得更远一些。

对自发缓解的研究没有临床试验，也没有双盲试验^①——这些都是医学体系使用的金标准。目前，我们还不能通过控制变量的方法研究自发缓解病例，在绝症患者身上检验这一理论也并不人道，所以遵循这些金标准不太现实。为了研究自发缓解，我们必须成为人类学家、侦探和临床研究人员，通过阅读医疗记录，结合当前的科学知识拼凑出最后的路线图。

这本书记录了我的尝试历程。

我从2003年开始研读绝症幸存者的病历报告，并对他们中的许多人进行过访谈。渐渐地，我发觉了暗含其中的规律，也不再惊讶于这些疾病的“意外”消失。我曾看着患者在我负责治疗时出人意料地好转，也曾多次与疑虑斗争。我并不主张患者们停止服药或者拒绝医学干预。我们发展出的药典和医疗技术具有其先进性和必要性，许多情况下都能起到救命的作用。同时，从这本书的讲述中你会发现，许多自发缓解的案例与相关领域内顶级医疗专家的不懈坚持和努力密不可分。

分。这些案例告诉我们的是，有时候仅仅进行医疗干预并不足够，医疗干预中并没有关于治愈的全部答案。

经过亲身调查，结合患者治疗实践，我逐渐意识到，除了日复一日地对症用药之外，我们必须挖得更深一些，对疾病的源头刨根问底。症状治疗在短期内十分必要，这也是人文关怀的一部分，但从长远来看，我们更应该治疗疾病的根源，而根源往往并不显而易见。

自发缓解的案例为我们提供了了解这些根源的难得机会，我们有责任去研究这些案例，并从中学习可以学到的一切。然后，我们就能把这些案例中的经验知识与现代医学工具结合起来，转化为慢性病和绝症的治疗方法。

这本书重现了我多年来的自发缓解研究之旅。

在本书的前半部分，我会介绍这项研究的基础，也就是影响健康的基本要素。在自发缓解案例中，预期疾病进程被彻底扭转，对其原因的合理推测就是免疫系统和影响免疫系统的诸多因素——饮食、生活方式、精神压力。我一次又一次看到绝症幸存者在免疫系统方面实现了天翻地覆的变化，而这些变化却往往会被常规医疗忽略。到底发生了什么？又是怎么发生的？是时候进行更深入的探究了。最终，我不仅发现了这些变化在治疗方面的惊人功效，还更进一步发现了错综复杂的身心联系。

心理与身体之间的沟通感应可能对彻底治愈具有巨大的潜在影响。这并不使我惊讶，即使主流医学也承认我们的压力水平和思维方式会影响身体健康。但出乎意料的是，这种身心联系的深度远远超过我接受的医学培训让我具备的理解范围。在本书的后半部分，我将讲述思想、信心，乃至我们最基础、常常被忽略的自我感觉如何通过身体相互作用实现彻底治愈。我真正追问的是这样一个问题：是人的内在自我决定了身体的康复能力吗？这个问题很难回答，但也具有很大启发性。