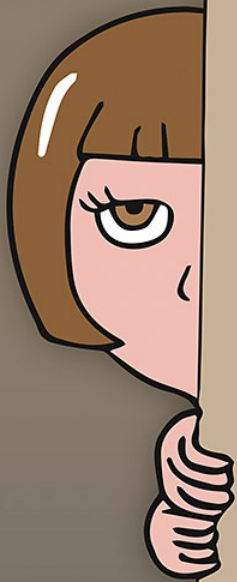


Надин Бёрк Харрис



Колодец детских невзгод

От стресса
к хроническим
болезням



Надин Бёрк Харрис
Колодец детских
невзгод. От стресса к
хроническим болезням
Серия «Сам себе психолог (Питер)»

Текст предоставлен издательством

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64860766

Колодец детских невзгод. От стресса к хроническим болезням: Питер;

Санкт-Петербург; 2021

ISBN 978-5-4461-1670-6

Аннотация

Доктор Надин Бёрк Харрис, известный врач, оказывающий помощь детям с психологическими травмами, проводит глубокое исследования по выявлению связи между неблагоприятным детским опытом и развитием заболеваний. Это трогательная история, в которой Надин показывает судьбы маленьких и взрослых героев, а также делится собственной скорбью. Стараясь забыть тяжелое детство, мы играем в опасную игру, так как тело и мозг помнят все. Подавленные эмоции проявляются болезнями и неадекватными реакциями. Наша задача посмотреть на случившееся без трагизма, с целью самопомощи. Зная особенности психики, легче освободиться от чувства вины и

стыда. Прочитав книгу, вы станете бережнее относиться к себе и близким.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Предисловие	6
Примечание автора	11
Введение	12
Часть I. Открытие	23
Глава 1. Что-то тут нечисто	23
Глава 2. Чтобы идти вперед, нужно пойти назад	45
Глава 3. 18 килограммов	63
Часть II. Диагноз	93
Глава 4. Стрельба из машины и медведь	93
Стрессовый ответ	99
Жизнь с медведем (нарушения стрессового ответа)	105
Конец ознакомительного фрагмента.	108

Надин Бёрк Харрис Колодец детских невзгод. От стресса к хроническим болезням

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер»,
2021

© Издание на русском языке, оформление ООО Издатель-
ство «Питер», 2021

© Серия «Сам себе психолог», 2021

Предисловие

Антуан де Сент-Экзюпери подарил нам великолепную метафору – все мы родом из детства. В ней заключена важнейшая идея: то, что мы берем с собой во взрослую жизнь, было обретено нами в детские годы. А выдающийся польский педагог, писатель, врач и общественный деятель Януш Корчак (настоящее имя Эрш Хенрик Гольдшмидт) пояснял: «Детство – фундамент жизни. Без безмятежного, наполненного детства последующая жизнь будет ущербной». Детство – это не только наш сокровенный уголок памяти и души, где живут светлые воспоминания и теплые объятия родителей, это еще и несущий фундамент, на котором строится вся дальнейшая жизнь и судьба человека. С высоты прожитых лет и жизненных испытаний детские годы могут казаться островком безопасности или даже маленьким раем, когда многое было простым и понятным, знакомым и достижимым. Но зачастую процесс покрытия детства «позолотой» способствует временному забвению того, что в этом периоде у нас тоже были душевные обиды и боль, даже психологические травмы, часть из которых продолжает сопровождать нас по жизни и влиять на нее. Травматический детский опыт оказывает разрушительное влияние на здоровье человека. Именно поэтому очень важно, чтобы в момент развития и в процессе становления рядом с маленьким человеком были добрые,

мудрые и любящие взрослые.

Когда такие вещи рассказывают психотерапевты или психологи, то многие могут посчитать это излишним обобщением или преувеличением, даже профессиональной деформацией или эффектом влияния на выводы специфической селекции и выборки их профессионального общения. Тем более важным является взгляд профессионалов из других областей, которые не только приходят к таким же выводам, но и фундаментально научно их обосновывают. Вдумчивый автор этой книги, врач педиатр из Сан-Франциско Надин Бёрк Харрис, смогла увидеть закономерности там, где многие ее коллеги видели только случайности. Она проделала огромную аналитическую и исследовательскую работу, собрав большой массив практических данных и научных исследований. И пришла к важнейшим выводам, позволяющим нам взглянуть на проблему детских травм еще глубже и увидеть тесную связь этиопатогенеза большинства тяжелых медицинских проблем с проблемами, пережитыми на самом чувствительном этапе нашего развития. Врачи, по ее собственному признанию, бывают вынуждены превращаться в настоящих детективов и действовать по наитию, находя затем своим догадкам научные объяснения. Одна из первостепенных проблем в поиске связей между тяжелым детством и проблемами со здоровьем для автора этой книги, так же, как и для всех научных исследователей этой темы, заключалась в том, что для обоснования даже рабочей гипотезы необхо-

димому принимать во внимание огромное количество факторов: разные подходы к воспитанию, генетические особенности пациентов, влияние среды и, конечно же, их индивидуальный травматический опыт.

Эта книга напоминает захватывающий роман о величайшем открытии, которое совершается у нас на глазах и нашей современницей. Но, в отличие от художественного произведения, это не полет фантазии автора, а подлинные факты, пусть и рассказанные ярко, увлекательно, с душой и полной самоотверженной вовлеченностью в настоящий профессиональный подвиг. Контекст для этого произведения создали сама жизнь и реальные случаи пациентов доктора Харрис. А также ее блестящее образование, полученное в Стэнфорде, и глубокое знание современных исследований. В книге приводится много фактических данных и ссылки на современные теории, исследования и практики, прекрасно раскрывается и глубоко обосновывается суть биопсихосоциальной модели современной доказательной медицины. Упоминается и травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (ТФ-КПТ – TF-CBT), которую российская Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии активно доносит до отечественного сообщества профессионалов, проводя курсы обучения российских и зарубежных специалистов этого современного вида когнитивно-поведенческой терапии, специализирующегося на помощи в трудных жизненных ситуациях и тяжелых проблемах детей и подрост-

ков. В книге, например, цитируется статья, опубликованная в *American Journal of Preventative Medicine* (Американском журнале профилактической медицины) в 1998 г. доктором Винсентом Фелитти, доктором Робертом Андой и др., которая называлась «Связь пережитого насилия или проживания в дисфункциональной среде в детстве с ведущими причинами смертности во взрослом возрасте: исследование неблагоприятного детского опыта (НДО)». Исследователи собрали данные 17 421 человек – большое количество показаний, чтобы подтвердить идею, которая также пришла в голову доктору Надин Харрис благодаря десятилетию напряженной работы и непрестанного анализа судебных детей, которым она помогала. Ее мысль о том, что события детства способны влиять на здоровье на протяжении жизни, была одновременно и пугающей, и вдохновляющей открывающимися перспективами научно-обоснованной терапии. Если в цепочке патогенеза действительно задействована система стрессового ответа, это дает много возможностей для поиска решения проблемы. Если бы мы имели возможность выявить ее достаточно рано, мы могли бы существенным образом повлиять на здоровье человека в дальнейшем. Длительность столкновения со стрессовым фактором была так же важна с точки зрения влияния нервной, эндокринной и иммунной систем. Фелитти и Анда выделили десять категорий НДО, связанных с насилием, недостатком родительского внимания и дисфункциональной домашней средой. Их обоснованно бес-

покоили вопросы: что, например, если лишний вес наших пациентов бывает не проблемой, а решением, компенсаторной стратегией адаптации? что, если он выполняет для пациентов роль психологического и эмоционального защитного барьера? Они и Надин Бёрк Харрис нашли убедительные ответы, которые увлекательно раскрыты в этой книге. Интересного и полезного вам чтения, познания и осмысления себя!

*Дмитрий Викторович Ковпак,
доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества, член исполнительного совета Международной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP board member), член Международного консультативного комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee)*

Примечание автора

*Моим пациентам и жителям Бэйвью – Хантерс-Пойнт. Вы научили меня большему, чем это сделал бы любой университет.
Спасибо!*

Все описанные в этой книге истории реальны. Имена и подробности, по которым можно было бы идентифицировать некоторых героев, были изменены с целью защиты их конфиденциальности. Некоторые случаи уже были описаны в ранее опубликованных работах.

Введение

Была обычная суббота. Сорокатрехлетний мужчина – назовем его Эван – проснулся в пять часов утра. Рядом слышалось спокойное дыхание его жены Сары, которая, как обычно, свернулась калачиком и подложила руку под голову. Без особых раздумий Эван попытался перевернуться на другой бок, чтобы встать с кровати и сходить в туалет, но что-то пошло не так.

Он не мог повернуться и не чувствовал правую руку.

«Ох, видно, отлежал во сне», – подумал он, готовясь к появлению покалывающих мурашек, которые неизменно приходят, когда в затекшей конечности восстанавливается кровоток.

Он попытался пошевелить пальцами, чтобы процесс пошел быстрее, но ничего не вышло. Между тем давящая боль в мочевом пузыре никуда не делась, так что он снова попробовал встать. И снова без толку.

«Что за?..»

Правая нога осталась на месте, хотя он попытался сдвинуть ее, как делал это всю жизнь – не задумываясь.

Еще попытка. Нет, не вышло.

Этим утром нога не собиралась ему подчиняться. Очень странное ощущение, когда тело отказывается исполнять то, чего ты от него ждешь; тем не менее желание помочиться в

тот момент казалось намного более серьезной проблемой.

– Дорогая, ты не могла бы мне помочь? Мне надо пописать. Просто столкни меня с кровати, чтобы я не сделал лужу прямо тут, – полушутя произнес Эван, разбудив Сару.

– Что случилось, Эван? – Сара подняла голову и покосилась на него.

– Эван? – переспросила она громче.

Он заметил беспокойство в ее глазах. Он тут же вспомнил, какое у нее бывает выражение лица, когда у их мальчиков поднимается температура или их вдруг тошнит посреди ночи. Зря она так, его всего лишь надо немного подтолкнуть. В конце концов, еще только пять утра, нет никакой нужды заводить беседы.

– Дорогая, я просто хочу пописать.

– Эван, что случилось? Что случилось?!

Сара вскочила с кровати, включила свет и уставилась на него так, словно только что прочитала в воскресной газете шокирующий заголовок.

– Да все нормально, я просто хочу пописать, а нога затекла. Подсоби немножко, – ответил он.

Эван подумал: сейчас бы просто опереться на левую ногу, изменить положение, и кровь разогналась бы по телу. Просто надо вылезти из кровати.

Тогда-то он и понял, что у него онемели не только правая нога и рука, но и лицо.

И вообще вся правая половина тела.

«Да что со мной творится?»

Вдруг Эван почувствовал, как что-то теплое потекло по его левой ноге.

Он посмотрел на свои трусы и увидел, что они мокрые. Моча пропитывала простыни.

– О боже! – закричала Сара. Увидев, что муж обмочился, она тут же поняла серьезность происходящего и перешла к действиям. Она выбежала из комнаты: Эван слышал, как открылась дверь спальни их сына-подростка. Прозвучала пара фраз, содержание которых Эван не мог разобрать, и Сара вернулась. Она села на кровать рядом с ним и стала гладить его по лицу.

– Все хорошо. Все будет хорошо, – ее голос звучал мягко и успокаивающе.

– Дорогая, что происходит? – спросил он, глядя на жену. И тут он понял, что она не понимает его слов. Он двигает губами, издает звуки, но она ничего не может разобрать.

Ему вдруг вспомнилась дурацкая мультяшная реклама, в которой нарисованное сердце билось и танцевало под глупую песенку:

У тебя онемело лицо? Прыг. Прыг.

Даже сказать ничего не можешь? Прыг. Прыг.

А руки стали слабыми?

Решайся! Звони в скорую!

Научитесь распознавать признаки УДАРА. Действуйте

быстро!

«*Черт поберу!*»

* * *

Несмотря на ранний час, сын Эвана Маркус вбежал в комнату и передал телефонную трубку матери. Поймав взгляд Маркуса, Эван увидел в них такую тревогу и беспокойство, что его сердце сжалось в груди. Он попытался сказать сыну, что все будет в порядке, но по выражению лица мальчика быстро понял, что делает только хуже. Лицо мальчика искалужил ужас, а по щекам потекли слезы.

С оператором, ответившим на звонок 911, Сара говорила четко и напористо:

– Мне нужна скорая сейчас же, *сейчас!* У моего мужа инсульт. Да, я уверена. У него не двигается правая сторона тела. Половина лица тоже не двигается. Нет, он не может говорить, только мычит, издает бессмысленные звуки. Поторопитесь, пожалуйста! Пришлите скорую как можно быстрее!

* * *

Сотрудники скорой помощи прибыли буквально через пять минут. Они стали стучать и звонить в дверь. Сара побежала вниз открывать. Младший сын все еще спал в своей

комнате, и Сара старалась его не разбудить. К счастью, спал он крепко.

Эван усталился на лепнину на потолке и попробовал успокоиться, как вдруг почувствовал, будто ускользает куда-то, отдаляется от происходящего. *Это не к добру.*

Он пришел в себя уже на носилках – его несли по лестнице. Санитары обсудили, какой нужно будет проделать маневр в конце лестницы, и на минуту остановились, чтобы поменяться местами. В это время Эван поймал на себе взгляд одного из них, взгляд, от которого он похолодел: в нем читались узнавание и жалость. Этот взгляд как бы говорил: *«Я видел такое раньше. Плохо дело».*

Когда его проносили через дверь, Эван подумал, суждено ли ему когда-нибудь вернуться в этот дом. К Саре и мальчикам. Судя по взгляду врача, ответ был скорее отрицательным.

В приемном покое Сару завалили вопросами о его медицинской истории. Она рассказала обо всех подробностях жизни Эвана, которые казались ей важными. Он программист. Каждые выходные ездит в горы кататься на велосипеде. Любит играть в баскетбол с сыновьями. Отличный отец. Счастливый человек. В ходе последнего планового осмотра терапевт сказал, что у Эвана все в порядке. В какой-то момент Сара услышала, как один из врачей описывал ситуацию Эвана коллеге по телефону: «Сорокатрехлетний мужчина, некурящий, факторов риска нет».

Однако ни Сара, ни врачи не знали, что фактор риска все же был. И очень серьезный. На самом деле вероятность того, что у Эвана случится удар, была в два раза выше, чем у людей, которых этот фактор риска не затронул. В тот день никто в отделении реанимации не знал, что на протяжении десятилетий в теле Эвана разворачивался невидимый биологический процесс, включавший в себя его сердечно-сосудистую, иммунную и эндокринную системы. Процесс, который, вполне возможно, и оказался причиной случившегося. И этот фактор риска, и его потенциальное влияние на Эвана никогда не всплывали на медосмотрах, которые тот проходил в последние годы.

Фактор, из-за которого выросли шансы Эвана оказаться наполовину парализованным или столкнуться с другим серьезным заболеванием, – не такое уж и редкое явление. Под его влиянием оказываются две трети населения; а иногда это явление встречается настолько часто, что перестает быть заметным, находясь буквально у всех на глазах.

Так о чем же идет речь? Свинец? Асбест? Токсичная упаковка продуктов?

Нет. Неблагополучное детство.

Большинство людей и не подозревают, насколько негативный детский опыт связан с инсультами, сердечно-сосудистыми или онкологическими заболеваниями. Но многие из нас понимают, что столкновение с травматическим опытом в детстве может оказывать серьезное влияние на эмоциональ-

ное и психологическое состояние. Известно, какие формы принимают последствия такого опыта для тех, кому не повезло (или кто «слаб», как говорят некоторые): это алкогольная или наркотическая зависимость, повторяющиеся случаи насилия, лишение свободы и психические проблемы. А для кого-то травма остается неприятным воспоминанием, о котором не принято говорить (по крайней мере, не раньше пятого или шестого свидания). Этакая драма, тяжелая ноша.

Нам кажется, что неблагоприятное детство – это хорошо известная всем история.

Все то время, пока на Земле живут люди, дети переживали травмы и стресс, связанные с насилием, недостатком внимания, побоями и страхом. Примерно столько же существуют и родители, которые напиваются, попадают в тюрьму, разводятся. Умным и сильным людям удастся превозмочь былое и справиться с произошедшим благодаря собственной воле и жизнестойкости. Хотя... удастся ли?

Каждый из нас хоть раз слышал истории о людях вроде Горацио Элджера¹, которые справились с пережитыми в детстве сложностями или даже стали сильнее благодаря им. Та-

¹ Горацио Элджер-младший – американский писатель, поэт, журналист и священник; один из самых плодовитых американских литераторов XIX века. Родился в семье унитариянского священника раньше срока, с детства был слаб здоровьем, страдал близорукостью и бронхиальной астмой. Тематикой большей части произведений Элджера является жизненный путь бездомных нищих детей, которые самостоятельно, преодолев многочисленные трудности и неудачи, добиваются в итоге богатства, успеха, счастливой жизни и даже славы благодаря тому, что остаются честными, неунывающими и трудолюбивыми. – *Примеч. ред.*

кие сюжеты вписаны в ДНК американской культуры. В лучшем случае в них рисуется неполная картина того, как неблагоприятное детство и столкновение с серьезным стрессом в начале жизни на самом деле повлияло на сотни миллионов жителей США (и миллиарды людей по всему миру). Чаще эти повествования звучат как некое морализаторство, пробуждают чувство стыда и безнадежности в тех, кто всю жизнь борется с последствиями несчастливости детства. Однако на самом деле в этих красивых историях о многом умалчивается.

Медицинские исследования, продолжавшиеся на протяжении двадцати лет, продемонстрировали, что тяжелое детство в буквальном смысле бьет прямо в сердце (да и в другие органы), вызывая телесные изменения, которые разворачиваются на протяжении десятилетий. Такой опыт способен изменить траекторию развития ребенка и оказать влияние на физиологию организма. Он способен спровоцировать хронические воспалительные процессы и гормональные изменения, которые останутся с человеком на всю жизнь. Он способен изменить процесс «чтения» ДНК и репликации клеток и повысить до критического уровня риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, рака, диабета и даже болезни Альцгеймера.

Современная наука добавляет неожиданные сюжетные повороты в истории людей вроде Горацио Элджера; исследования показывают, что спустя годы после поразительно-

го «преодоления» последствий несчастного детства биологические ограничения настигают даже эталонных героев. Несмотря на тяжелое детство, многие люди хорошо учатся, поступают в университеты, заводят семьи. Делают то, что должны. Преодолевают сложности и строят успешные жизни – а потом вдруг заболевают. У них случается удар. Обнаруживается рак легких, заболевания сердца. Развивается депрессия. Самое интересное, что им никогда не были свойственны рискованные привычки вроде употребления алкоголя, переедания или курения, так что они понятия не имеют, откуда могли взяться такие болезни. И уж точно не связывают их с прошлым, ведь они оставили прошлое далеко позади. Не так ли?

На самом деле, несмотря на приложенные усилия, люди вроде Эвана, пережившие трудное детство, остаются в группе риска по развитию хронических заболеваний наподобие сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Но почему? Каким образом пережитый в детстве стресс приносит плоды в виде проблем со здоровьем в среднем возрасте или даже после выхода на пенсию? Есть ли эффективные подходы к лечению? Как защитить свое здоровье – и здоровье наших детей?

В 2005 году, закончив резидентуру² по педиатрии в Стэн-

² Резидентура в США – последипломная больничная подготовка врачей, предусматривающая специализацию в течение одного года интерном и в течение 3–8 лет резидентом. – *Примеч. ред.*

форде, я даже и не думала задавать такие вопросы. Как и остальные, я знала лишь часть истории. Но со временем, по чистой случайности или по велению судьбы, мне открылись недостающие детали. Я начала работать в условиях, которые являются благодатной почвой для формирования детских травм: в районе, где жили представители этнических меньшинств с низким уровнем дохода и ограниченным доступом к необходимым ресурсам, – районе, помимо всего прочего, располагавшемся на территории богатого города, в котором были сосредоточены все мыслимые ресурсы мира. Я открыла социальную педиатрическую клинику в районе Бэйвью – Хантерс-Пойнт в Сан-Франциско. И каждый день становилась свидетельницей того, как мои маленькие пациенты справляются с серьезными травмами и стрессом. И с человеческой точки зрения это меня подкосило. Но как ученый и как врач я должна была подняться с колен и начать задавать вопросы.

Путь, который мне пришлось проделать, позволил совершенно иначе взглянуть на проблему тяжелого детства, увидеть всю картину целиком – а не только то, что, как нам кажется, мы знаем. Надеюсь, книга, которую вы держите в руках, поможет сделать это и вам. На ее страницах вы найдете объяснение того, как сложности, с которыми вы сталкивались в детстве, могут влиять на вашу жизнь и жизнь тех, кого вы любите сейчас; и, что еще важнее, вы узнаете, какие инструменты необходимы для исцеления, которое начинается

ся с одного человека, одного сообщества – но потенциально способно повлиять на здоровье целых народов.

Часть I. Открытие

Глава 1. Что-то тут нечисто

Я вошла в смотровую в Детской клинике Бэйвью и не могла не улыбнуться, увидев следующего пациента. Мы с моей командой очень старались создать в клинике по возможности приветливую и семейную атмосферу. Смотровая была раскрашена в пастельные тона, а на полу они чередовались в шахматном порядке. Над раковиной были нарисованы мультяшные зверята, которые шагали по стене к двери. Запросто можно было подумать, что вы находитесь в кабинете педиатра в Пасифик-Хайтс, процветающем районе Сан-Франциско, – но никак не в бедном Бэйвью. Именно этого мы и добивались. Нам хотелось, чтобы посетители клиники понимали: их здесь ценят.

Открыв дверь, я увидела, что малыш Диего уставился на жирафят. «Ну что за милашка», – подумала я, когда он обратил на меня внимание и улыбнулся из-под копны черных волос. Он сидел в кресле рядом со своей матерью, которая держала на руках его трехлетнюю сестру. Когда я предложила мальчику залезть на стол для осмотра, он послушно забрался на указанное место и стал болтать ногами. Я открыла его медицинскую карту, посмотрела на дату рождения –

и снова на него; да, Диего был милашкой *и* малорослым.

Я быстро пролистала карту, отметила для себя некоторые объективные показания, которые дополнили мое первое впечатление. Затем мы измерили рост Диего, и я специально перепроверила результат, чтобы не ошибиться. Мой новый пациент находился в 50-м процентиле³ показателей роста для четырехлетних детей.

Что, в общем, было бы не так уж страшно, если бы Диего уже не исполнилось семь.

«Странно», – подумала я; ведь в остальном Диего выглядел как совершенно нормальный ребенок. Я подъехала на своем стуле к смотровому столу и достала стетоскоп. И заметила уплотненные сухие пятна экземы на его локтях. В легких слышались слабые хрипы. Медсестра из школы Диего направила его к врачу с целью проверить, нет ли у него синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – хронического состояния, характеризующегося гиперактивностью, неспособностью сконцентрировать внимание и импульсивностью. Пока было не ясно, окажется ли Диего в числе миллионов детей, страдающих от СДВГ, но я уже могла предположить, что его диагнозы будут связаны с персистирующей астмой, экземой и отставанием в росте.

Роза, мать Диего, с беспокойством следила за процедурой

³ Процентиль – процентная доля индивидов из выборки стандартизации, первичный результат которых ниже данного первичного показателя. В данном случае это означает, что 49 % детей в возрасте четырех лет были ниже Диего, и 50 % четырехлеток – выше него. – *Примеч. ред.*

осмотра. Ее тревожный взгляд был направлен на Диего, а маленькая Селена рассматривала светящиеся приборчики, расположенные в смотровой.

– Как вам удобнее говорить – по-английски или по-испански? – спросила я.

На лице Розы отразилось облегчение, и она придвинулась поближе.

Мы обсудили (на испанском) историю болезни, которую она до этого заполнила в приемной; я задала ей вопрос, который всегда задаю, прежде чем переходить к обсуждению результатов осмотра: нужно ли мне еще о чем-то знать?

Она плотно сдвинула брови, и между ними образовалась глубокая морщина.

– Он плохо справляется со школьной программой, и медсестра сказала, что ему могут помочь таблетки. Это правда? Какие таблетки ему нужны?

– А вы заметили, когда у него начались проблемы в учебе? – спросила я.

Она запнулась, и выражение ее лица резко изменилось: на глазах выступили слезы.

– ¡Ay, Doctora⁴! – воскликнула она и затараторила по-испански.

Я коснулась ее руки и, прежде чем она успела погрузиться в подробности, выглянула за дверь и попросила ассистента присмотреть за Диего и Селеной в приемной.

⁴ Ах, доктор (исп.). – Примеч. ред.

История, которую поведала мне Роза, была далеко не счастливой. Следующие десять минут были посвящены рассказу о том, как в возрасте четырех лет Диего подвергся сексуальному насилию. Роза с мужем решили сдать комнату в своей квартире, чтобы легче было платить за жилье, которое в Сан-Франциско очень дорогое. К ним подселился друг семьи и коллега ее мужа по стройке. Роза заметила, что после его приезда Диего стал более прилипчивым и в то же время замкнутым, но не понимала, в чем дело, пока однажды не вернулась домой и не увидела, что мужчина принимает душ вместе с ее сыном. Жильца тут же прогнали и заявили на него в полицию, но случившееся было уже не изменить. У Диего начались проблемы в детском саду, и чем старше он становился, тем больше отставал от сверстников. Ситуация усугублялась еще и тем, что муж Розы винил себя в произошедшем и все время злился. Он и раньше пил больше, чем ей хотелось бы; а после случившегося стал совсем часто прикладываться к бутылке. Женщина понимала, что напряженная обстановка и алкоголизм не помогали их семье, но просто не знала, что делать. Рассказ Розы о собственном состоянии давал все основания полагать, что у нее самой развилась депрессия.

Я уверила Розу, что мы начнем лечить астму и экзему Диего, а также продолжим обследование, чтобы разобраться с СДВГ и задержкой развития. Она вздохнула, как мне показалось, с облегчением.

Какое-то время мы посидели в тишине. В моей голове роились разные мысли. Я размышляла о том, что с момента открытия клиники в 2007 году мои маленькие пациенты сталкивались с проблемами медицинского характера, которые я не понимала до конца. Первые подозрения закрались из-за потока направляемых ко мне детей с СДВГ. Как и у Диего, их проблемы со вниманием возникали не на пустом месте. Чаще всего они проявлялись у пациентов, переживших потрясение или травму: например, близнецы, которые пропустили уроки и устраивали драки в школе, как оказалось, стали свидетелями покушения на убийство прямо у них дома; или три брата, успеваемость которых резко упала после того, как развод родителей вылился в такое противостояние с элементами насилия, что суд обязал их встречаться для передачи детей исключительно на территории полицейского участка. Многие приходившие ко мне пациенты уже принимали лекарства от СДВГ; некоторым даже были выписаны нейролептики. Кому-то фармацевтическая терапия помогала, но многим очевидно не приносила никакой пользы. В большинстве случаев я не могла поставить диагноз СДВГ. Согласно диагностическим критериям, я должна была сначала исключить иные возможные объяснения симптоматики пациента (например, общие расстройства развития, шизофрению и другие психотические расстройства) и только после этого ставить СДВГ. Но что, если при этом все равно упускалось что-то важное? Что, если симптоматика – слабый кон-

троль импульсов, неспособность сосредоточиться и усидеть на месте – была выражением не психического расстройства, но биологического процесса, подрывавшего нормальную работу мозга? Разве психические расстройства не являются по сути своей биологическими? Лечение таких детей было похоже на попытки собрать один пазл из разных наборов: симптомы, причины и подходы к терапии были похожи, но этого оказывалось недостаточно для составления единой картины.

Я стала вспоминать пациентов, которых лечила за последний год и которых можно было бы отнести к той же категории, что Диего и упомянутых близнецов. На ум тут же пришла Кайла, десятилетняя девочка, астма у которой особенно сложно поддавалась контролю. После очередного обострения мы начали дотошно проверять соблюдение режима приема лекарств. Когда я спросила, могла ли мать Кайлы вспомнить какие-либо триггеры заболевания, которые мы еще не назвали (а мы рассмотрели все варианты – от собачьей шерсти до тараканов и чистящих средств), она вдруг ответила:

– Ну, кажется, астма ухудшается каждый раз, когда ее отец буйствует и пробивает очередную дыру в стене. Думаете, эти события могут быть связаны?

Мои наблюдения не ограничивались заболеваниями Кайлы и Диего. Снова и снова ко мне приносили вялых младенцев со странной сыпью, детсадовских малышей с выпадающими волосами. Казалось, проблемы с обучением и поведением распространялись, как настоящая эпидемия. У детей,

едва перешедших в среднюю школу, выявлялись признаки депрессии. А в самых выдающихся случаях (как у Диего) дети *даже не росли*. Вспоминая их лица, я мысленно просматривала список соответствующих им психических расстройств, заболеваний, синдромов и состояний – всех этих сбоев работы системы в самом начале жизни, которые могли оказать разрушительное влияние на будущее моих пациентов.

В некоторых историях болезни можно было найти не только изобилие медицинских проблем, но и свидетельства душевнораздирающих травм. Пролистав такую карту, после данных о кровяном давлении и индексе массы тела, на странице с описанием «социальной истории» вы увидели бы упоминания о родителях, угодивших в тюрьму, переходах из одной патронатной семьи в другую, подозрениях на физическое насилие, подтвержденных случаях насилия и наследственности, отягощенной психическими заболеваниями и зависимостями. За неделю до Диего я принимала шестилетнюю девочку с диабетом I типа; в третий раз подряд ее отец приходил с ребенком в больницу под действием наркотических средств. Когда я подняла этот вопрос, он уверил меня, что волноваться не о чем: «травма» помогает ему – заглушает голоса в голове. За первый год практики я приняла около тысячи пациентов; диагноз аутоиммунного гепатита был поставлен даже не одному, а двум пациентам – а это редкое заболевание обычно встречается у трех детей из ста тысяч. Детство

обоих моих пациентов с этим диагнозом было тяжелым.

Я снова и снова спрашивала себя: *«Что же связывает все эти случаи?»*

Если бы детей с тяжелым детством и плохим здоровьем было мало, я бы расценивала такие истории как простое совпадение. Но за прошедший год мне довелось наблюдать сотни случаев, похожих на ситуацию Диего. И у меня в голове раз за разом всплывало словосочетание «статистическая значимость». Каждый день я ехала домой, погруженная в ощущение странной пустоты. Я делала все, что могла, чтобы помочь таким детям, но этого было недостаточно. Бэйвью был охвачен заболеванием, которое я не могла вылечить, – и из-за каждого последующего «Диего» эта ноющая боль лишь усиливалась.

* * *

Долгое время мысли о возможности реальной биологической связи между трудным детством и ухудшением здоровья появлялись у меня в голове и тут же исчезали. «Интересно... А что, если... Похоже...» Вопросов появлялось все больше, но увидеть целостную картину было сложно еще и потому, что подобные ситуации встречались с перерывами в месяцы, а иногда даже годы. Они не вписывались в мою картину мира, и за отдельными деревьями было сложно разглядеть лес. Позже стало очевидным, что все эти вопросы лишь указыва-

ли на глубинную правду; но истину я увидела, — как героиня мыльной оперы, муж которой изменял ей с няней, — только бросив взгляд назад. В моем распоряжении не было подсказок вроде чеков из гостиниц или запаха чужих духов — на верный ответ меня навело множество едва заметных сигналов. И, собрав их воедино, нельзя было не задаться вопросом: *«Как же я не видела этого раньше? Ответ все это время был прямо у меня перед глазами».*

В состоянии «чего-то я не понимаю» я провела годы — потому что лечила пациентов так, как меня учили. Я понимала, что моя подсознательная уверенность в наличии биологической связи между сложным детством и здоровьем относится лишь к области догадок. Как ученому мне нужны были доказательства, чтобы воспринимать подобные ассоциации серьезно. Да, у моих пациентов было очень плохое здоровье, но разве это не свойственно многим жителям района, в котором я работала? По крайней мере, такие выводы можно было сделать на основании моей медицинской подготовки и знаний в области здравоохранения.

Связь между плохим здоровьем и проживанием в бедности подтверждена давно. Мы знаем, что на здоровье влияет не только то, *как* человек живет, но и *где*. Эксперты и исследователи в сфере общественного здравоохранения называют сообщества, в которых показатели заболеваемости поднимаются выше статистической нормы, «горячими точками». Принято считать, что такая ситуация с заболеваемо-

стью в районах вроде Бэйвью связана с недостаточным доступом жителей к медицинским услугам, низким качеством этих услуг, а также затрудненной возможностью получить здоровую еду и безопасное жилье. После обучения в гарвардской магистратуре в области социальной гигиены и организации здравоохранения я решила: лучшее, что я могу сделать для этих людей, – это найти способ обеспечить им доступ к качественной медицинской помощи.

Сразу после резидентуры меня нанял Калифорнийский Тихоокеанский медицинский центр (КТМЦ) в районе Лорел-Хайтс в Сан-Франциско. Это была работа моей мечты – создавать программы по устранению в городе подобных «горячих точек». Исполнительный директор госпиталя, доктор Мартин Бротман, специально пригласил меня на личную встречу, чтобы выразить свою заинтересованность в решении этой задачи. Спустя две недели в мой кабинет зашел начальник и вручил мне документ на 147 страницах – «Оценка уровня здоровья населения. Сан-Франциско, 2004». Вскоре после этого он ушел в отпуск, так что я не получила практически никаких указаний и работа с документом была оставлена на мое усмотрение (учитывая мою амбициозность, теперь я думаю, что с его стороны этот поступок был либо гениальным, либо безумным). Я сделала то, что сделал бы любой «ботаник» от здравоохранения: внимательно изучила цифры и попыталась оценить ситуацию. Я и раньше слышала о том, что Бэйвью – Хантерс-Пойнт в Сан-Франциско, рай-

он, в котором проживала основная часть афроамериканского населения в городе, был во многих смыслах уязвимым; но показатели, собранные в этом отчете, меня просто потрясли. Одним из способов группировки людей в отчете был почтовый индекс. Самой распространенной причиной преждевременной смертности в 17 районах из 21, выделенных по этому принципу, была ишемическая болезнь сердца – убийца номер один в США. В трех других районах главную опасность представлял ВИЧ/СПИД. И только в Бэйвью – Хантерс-Пойнт люди чаще всего умирали насильственной смертью. Сразу после Бэйвью (индекс 94124) в таблице шел район Марина (индекс 94123), один из самых процветающих в Сан-Франциско. Я вела пальцем по ряду цифр, и глаза мои раскрывались все шире. Стало очевидно: если вы растите ребенка в Бэйвью, шансы заработать пневмонию у него в 2,5 раза выше, чем у ребенка из района Марина. А шансы заболеть астмой – в 6 раз выше. А когда ваш ребенок вырастет, вероятность развития неконтролируемого диабета у него подскочит в 12 (!) раз по сравнению с соседями из Марина.

КТМЦ поставил передо мной задачу – устранить неравенство между районами. Теперь мне было понятно почему.

* * *

Оглядываясь назад, я понимаю, что сочетание наивности и юношеского энтузиазма заставило меня провести две неде-

ли отпуска моего начальника за разработкой бизнес-плана для будущей клиники, которая разместилась бы в самом центре отчаянно нуждавшегося в ней района. Мне хотелось доставить услуги жителям Бэйвью, а не убеждать их дойти до нас. К счастью, когда мы с начальником представили план доктору Бротману, он не уволил меня за излишний идеализм. И не просто не уволил – а помог воплотить амбициозную идею. И это до сих пор меня поражает.

Цифры из того отчета позволили мне сориентироваться в потребностях жителей Бэйвью, но до марта 2007 года, пока двери нового отделения СРМС, Детского медицинского центра Бэйвью, не открылись для посетителей, я не осознавала реальный масштаб катастрофы. Назвать жизнь в Бэйвью просто сложной было бы преуменьшением. Это один из немногих районов в Сан-Франциско, где наркотики продаются прямо у дверей начальной школы, а бабушки иногда ложатся спать в ванной, потому что боятся умереть от шальной пули, пробившей стену. Район этот никогда не считался благополучным, и не только из-за насилия. В 1960-х морской флот США обезвреживал в местном порту зараженные радиацией суда, а до начала 2000-х неподалеку утилизировались токсичные отходы работы электростанции. В документальном фильме о расовых конфликтах и маргинализации района писатель и социальный критик Джеймс Болдуин сказал: «Этот тот самый Сан-Франциско, о существовании которого Америка якобы не знает».

Мой повседневный опыт работы в Бэйвью говорит о том, что описанные выше проблемы более чем реальны и актуальны до сих пор; и тем не менее это еще не все. На первый взгляд Бэйвью похож на бетон, упав на который обдираешь коленку; но еще он похож на цветок, который умудряется расти в трещине в асфальте. Каждый день я общаюсь с семьями и представителями сообществ, члены которых любят и поддерживают друг друга в сложные времена и в сложных ситуациях. Я вижу красивых детей и родителей, которые их обожают. Эти люди страдают, смеются и снова страдают. Но как бы родители ни выбивались из сил, пытаясь обеспечить своих детей, недостаток ресурсов в сообществе способен сокрушить любого. До открытия нашего Центра десять тысяч детей, проживающих в Бэйвью, обслуживал один педиатр. А ведь эти дети сталкивались с серьезными медицинскими и эмоциональными проблемами. Как и их родители. Как и их дедушки и бабушки. Более того, детям зачастую еще везло, потому что они могли пользоваться государственной поддержкой при получении медицинской страховки. Бедность, насилие, наркотики и преступность сформировали передающиеся из поколения в поколение предрасположенность к заболеваниям и безысходность. И тем не менее я верила, что мы можем изменить ситуацию. Я открыла свою практику, потому что не была готова притворяться, что Бэйвью и его жителей не существует.



Я пришла на работу в Бэйвью как раз ради таких пациентов, как Диего и Кайла. Сколько себя помню, я всегда знала, что именно на этой проблеме хочу сосредоточиться, именно такому сообществу хочу помочь. Я получила лучшее медицинское образование, какое могла получить, окончила магистратуру в сфере здравоохранения и прошла отличную подготовку в работе с представителями уязвимых социальных групп с целью обеспечить им доступ к медицинским услугам. Годы обучения заставили меня поверить в доминировавшую тогда в научной среде точку зрения: если сделать качественные медицинские услуги доступными, люди станут здоровее. Я знала, какие галочки нужно проставить в списке улучшений, и была готова действовать. Впервые оказавшись в Бэйвью, я думала, что мне нужно просто запустить там волну изменений: начать предоставлять людям более качественную помощь, сделать ее доступной для них и наблюдать, как дети здоровеют. Казалось, это было несложно.

Вскоре мы наладили осуществление базовой помощи, а благодаря применению стандартных протоколов нашей клинике удалось добиться существенных улучшений по ряду параметров: например, увеличить количество вакцинаций и снизить количество госпитализаций с астмой. Некоторое время я была довольна. Но позже, раздавая вакцины и ин-

галяторы, я стала задаваться вопросом: если мы все делаем правильно, почему же нам до сих пор не удалось повлиять на ужасающе низкие показатели средней продолжительности жизни в этом сообществе? Мои пациенты возвращались с серьезными заболеваниями, и я ловила себя на мысли, что их дети будут такими же постоянными посетителями нашей клиники. Мы поставили много галочек в списках, мы оказывали отличную помощь, мы открыли беспрецедентный для предыдущего поколения доступ к медицинским услугам – но чаша весов едва покачнулась.

* * *

После того как ассистент вывел Диего и его сестричку в приемную и Роза поведала мне о том, что пришлось пережить мальчику, мы какое-то время сидели молча, и каждая думала о своем. Я могла лишь попытаться представить, как в ее голове боролись чувства вины, беспокойства и надежды. Но о чем бы каждая из нас ни думала, наши лица расплылись в беспомощных улыбках, когда Диего тихонько проскользнул в кабинет и скорчил смешную рожицу. Роза встала, и я обратила внимание на ее габариты. Она была крепкого телосложения, ростом не ниже среднего. А вот Диего был таким низеньким, что даже близко не дотягивал до роста семилетки. В уме я еще раз пробежалась по протоколу оценки и лечения отставания в росте. И это логично, это моя рабо-

та. Врач видит проблему – аномалию развития или заболевание – и пытается исправить положение вещей. Но на этот раз я не могла отделаться от вопроса: «*Что же я упускаю?*»

* * *

Многие студенты, стремящиеся к работе в сфере здравоохранения, в первый же день учебы узнают одну притчу, основанную на реальных событиях. В конце августа 1854 года в Лондоне бушевала эпидемия холеры. Эпицентром стала Брод-стрит в районе Сохо; за первые три дня погибли 127 человек, а к наступлению второй недели сентября число погибших перевалило за пять сотен. Тогда принято было считать, что заболевания вроде холеры и бубонной чумы распространяются через нездоровый воздух. Однако у Джона Сноу, врача из Лондона, «теория миазмов» вызывала сомнения. Подробно изучив случаи жителей Брод-стрит, Сноу отследил схему распространения заболевания. Болезнь поразила людей, которые пользовались одним источником воды: общественным колодцем с ручной помпой. Распространение заболевания прекратилось, когда Сноу удалось убедить местные власти демонтировать ручку насоса и тем самым перекрыть доступ к колодцу. Изначально никому не хотелось верить в гипотезу Сноу о том, что болезнь распространяется не по воздуху, а менее приятным фекально-оральным путем; однако спустя десятилетия ученые подтвердили его догадку,

и теория миазмов уступила место теории микробов.

Мы с однокурсниками видели себя последователями Джона Сноу в деле реформы здравоохранения и, конечно, больше всего внимания уделяли той восхитительной части истории, в которой прозорливый врач опровергал теорию миазмов. Но я усвоила и еще один важный урок: если сто человек пьют из одного колодца и у девяноста восьми из них начинается диарея, можно, конечно, выписать каждому антибиотики и на этом остановиться; но можно и задаться вопросом: «Что за дрянь плавает в этом колодце?»

И сейчас я чуть было не прошла мимо колодца, проводя стандартную оценку проблем с развитием Диего; однако в этот раз что-то заставило меня взглянуть на случай конкретного мальчика с другой точки зрения. Возможно, дело было в острой выраженности проблемы. Возможно, набралась критическая масса наблюдений и, наконец, стала вырисовываться общая картина. В любом случае, мне было не уйти от скребущего чувства, что ужасную травму Диего и его проблемы со здоровьем связывало не простое совпадение.

Но, прежде чем заглянуть в колодец, в котором прятались истинные причины состояния Диего или других моих пациентов, мне нужно было собрать кое-какие недостающие данные. Прежде всего необходимо было назначить исследование возраста костей Диего: рентген левого запястья, по результатам которого определяется зрелость костей пациента на основании их размера и формы. Затем я получила резуль-

таты некоторых анализов, запросила показатели роста Диего из клиники, где он наблюдался ранее, дала Розе направление на снимок и отправила их домой.

Через несколько дней пришел отчет от врача-рентгенолога. В отчете подтверждалось, что зрелость костей мальчика соответствовала возрасту четырех лет. В то же время по результатам анализов Диего не было выявлено недостатка гормонов роста или других гормонов, которые могли бы объяснить его замедленное физическое развитие. Таким образом, в моем распоряжении оказались очень важные данные: пациент пережил травматический опыт в возрасте четырех лет и с тех пор практически не вырос. И кости у него были как у четырехлетки. Но при этом Диего нормально питался и не имел никаких гормональных расстройств. Объяснить особенности его телосложения с медицинской точки зрения не представлялось возможным.

Тогда я позвонила доктору Суручи Бхатии, детскому эндокринологу из Калифорнийского Тихоокеанского медицинского центра. Я отправила ей отчет рентгенолога и результаты лабораторных исследований Диего, а также спросила, могло ли, на ее взгляд, сексуальное насилие в четырехлетнем возрасте привести к остановке роста ребенка.

– Вы вообще когда-нибудь сталкивались с подобным? – выпалила я в конце концов то, что так беспокоило меня последнюю неделю.

– Если нужен односложный ответ, то да.

«О боже! Теперь я просто обязана разобраться, что же все это значит», – подумала я.

* * *

Я не могла перестать думать о том, насколько экстремально выраженным было физическое отражение психологической травмы. Если в «колодце» Бэйвью было тяжелое детство, то Диего хлебнул его с лихвой – как если бы разом выпил целый кувшин воды, зараженной бактериями холеры. Если бы я смогла разобраться, что происходило в организме Диего на биохимическом уровне, не исключено, что это позволило бы мне узнать, что творилось со *всеми* моими пациентами. Возможно, ответ на этот вопрос позволил бы понять причину происходящего в этом сообществе в целом. Итак, я сформулировала для себя четыре основных вопроса. Могло ли тяжелое детство (в том числе травматический опыт) оказаться «на дне колодца» и отравлять здоровье людей? Как? Могу ли я это доказать? И, что самое важное: что я могу сделать для улучшения ситуации с медицинской точки зрения?

Одна из первостепенных проблем в поиске связей между тяжелым детством и проблемами со здоровьем заключалась в том, что временами приходилось принимать во внимание огромное количество факторов: разные подходы к воспитанию, генетическую историю пациентов, влияние среды и, конечно же, их индивидуальный травматический опыт. Я уже

поняла, что передо мной стояла задача посложнее, чем найти один колодец и один вид бактерий. В случае с Диего насилие стало катализатором, который (предположительно) запустил цепочку биохимических реакций, следствием которых явилась остановка роста. Однако для того, чтобы тело реагировало таким ярко выраженным образом, в нем должны были *длительное время* на гормональном и клеточном уровне разворачиваться различные реакции. Чтобы разобраться в них, нужно было многое сделать. Перед моими глазами проносились следующие месяцы моей жизни, и там не было ничего, кроме чтения базы научных публикаций PubMed, злаковых батончиков и переутомления глаз.

В тот день я надолго задержалась в клинике, погруженная в изучение историй болезни моих прошлых пациентов: вдруг я что-то упустила? В какой-то момент я поднялась из-за стола и стала ходить туда-сюда по клинике. Все пациенты и сотрудники уже давно разошлись по домам; я могла бродить, сколько мне вздумается, и никто меня не отвлекал. Я прошла через приемный покой, улыбнулась миниатюрной мебели и красочным следам, нарисованным на ковре. Все это в очередной раз напомнило мне, что мои пациенты – просто дети, независимо от того, через что им уже пришлось и еще предстояло пройти.

Когда я работала в СРМС в Лорел-Хайтс, больше всего мне нравилось осматривать новорожденных. Когда несколько лет спустя я устроилась в Бэйвью, мне также нужно было

работать с новорожденными – и звук биения их сердечек в моем стетоскопе был точно таким же. Когда я прикладывала палец в перчатке к роту младенцев из Бэйвью, они демонстрировали тот же самый умильный сосательный рефлекс. На их головках был точно такой же неокостеневший родничок. Дети, рождавшиеся в Бэйвью, ничем не отличались от детей, рождавшихся в Лорел-Хайтс; и тем не менее я знала, что жизнь этого нового человека из неблагополучного района, согласно статистике, будет в среднем на двенадцать лет короче жизни того, кто родился в Лорел-Хайтс. Не потому, что их сердца были устроены по-другому, и не потому, что их почки функционировали иначе, но потому, что в будущем в их телах произойдут определенные изменения – некие события изменят траекторию развития их здоровья на всю оставшуюся жизнь. В начале пути они все были совершенно одинаковыми, прекрасными сосудами, полными жизненных сил, – и мое сердце разрывалось от осознания того, что когда-нибудь это изменится.

* * *

Прежде чем уйти, наконец, домой, я вернулась в смотровой кабинет, включила свет и взглянула на нарисованных на стене зверюшек: львов, жирафов, лошадей – и странно выделявшуюся в их компании одинокую лягушку. Я какое-то время смотрела на нее. Возможно, дело было в том, что лягуш-

ка была одна; возможно, это мой мозг волшебным образом вдруг сопоставил факты, но мне вдруг вспомнилась лаборатория Хэйеса в Калифорнийском университете в Беркли. В возрасте двадцати лет я провела там много часов, преимущественно изучая лягушек. Работа лаборатории была сосредоточена на исследовании амфибий; непревзойденный доктор Тайрон Хэйес изучал влияние кортикостероидов (гормонов стресса) на головастика, находящийся на ранних стадиях развития. Мои мысли заполонили духи исследований прошлого, пересекавшихся с проблемой, над решением которой я билась теперь: все, что я изучала раньше, подводило меня к тому, что травматический опыт должен был оказаться социальной детерминантой проблем со здоровьем – но я никогда не изучала, *как именно* травма влияла на физиологические и биологические механизмы. Не было таких исследований, на которые я могла бы опереться, чтобы лучше понять влияние тяжелого детства на биологию и здоровье моих маленьких пациентов.

А может, и были.

Возможно, чтобы понять происходящее с Диего и со всеми головастиками в Бэйвью, мне нужно было поискать ответы в более хладнокровных кругах.

Глава 2. Чтобы идти вперед, нужно пойти назад

Если родители действительно являются первыми учителями для ребенка, то обо мне, наверное, многое говорит тот факт, что мой отец был профессором биохимии, который обожал «поучительный хаос». В восьмидесятих годах прошлого века мои родители воспитывали пятерых детей в возрасте до 10 лет, так что, по-видимому, у них не было выбора: пришлось найти творческий подход к родительству. Мой отец, доктор Бэзил Берк, иммигрировал в США из Ямайки. Если можно, позволю себе минутку хвастовства: когда Институт Ямайки выдавал Столетние медали почета, приуроченные к столетию со дня его основания, Боб Марли получил эту награду за достижения в сфере музыки, а мой отец – в области химии. И по сей день, когда он приезжает посидеть с моими детьми, я не знаю, что увижу, когда вернусь домой. Волшебную, белую как мел субстанцию, покрывшую каждый дюйм плиты? Аккуратно разобранный на части фильтр для воды? Три сырые креветки, разложенные рядом с тремя вареными креветками? Папа удивляет меня всегда.

Уже в раннем детстве я понимала, что мой отец не похож на других отцов. Биохимик до мозга костей, он превращал каждый наш детский «эксперимент» в возможность (хм, скорее необходимость) сделать открытие. Когда он возвращался

домой с работы, а мы с четырьмя моими братьями носились друг за другом с остроносими бумажными самолетиками, он не кричал, чтобы мы тут же прекратили это занятие, пока кто-нибудь не остался без глаза. Наоборот, он включался в игру в роли командира, призывая нас учитывать расстояние и время, которое потребуется самолетику, чтобы долететь до противника. Если тебе удастся рассчитать время, необходимое самолетику, чтобы долететь из пункта А в пункт Б, то можно определить и его скорость. И тогда, зная, что гравитация заставляет объекты ускоряться на $9,8$ метра в секунду в квадрате (м/с^2), можно вычислить подъемную силу и угол, под которым нужно выпустить самолет, чтобы он угодил в цель. Теперь я понимаю, что такое вмешательство было примером блестящего воспитания. Мои братья неизбежно начинали стонать, бросали свое оружие и убегали кто куда, а мне всегда было мало. Отец открывал мир физики, химии и биологии в любых простых явлениях: от свернувшегося в холодильнике молока до пятна карри на моей блузке, которое, как по мановению волшебной палочки, из желтого становилось фиолетовым от соприкосновения с мылом. И хотя маму не радовали запах прокисшего молока или испорченная одежда, этот опыт заложил основу для важной части моего взгляда на мир: за каждым природным явлением таится молекулярный механизм, его просто нужно найти.

Десятилетие спустя, когда я проходила практику в лаборатории Хэйеса, я поняла, что отличным ученым моего от-

ца делала радость, которую он получал от процесса исследования. Оказалось, профессиональная научная деятельность мало похожа на эксперименты со взрыванием разных штук в детстве. Большая доля работы связана с отупляющей работой с пипетками и внесением данных в базы; из-за такой монотонности легко упустить главное. Однако лучшие ученые главное не упускали. Они использовали свое возбуждение и энтузиазм как мост, позволяющий добраться от решения повседневных задач к великим открытиям. Проводя эксперименты строго в соответствии с привычным алгоритмом (вне зависимости от того, являются они успешными или нет), рискуешь упустить счастливую случайность. Однако снова и снова хорошие ученые активно создают благоприятные условия для открытий, потому что исследуют практически все возможные случайности. Как и моя испорченная карри блузка, проваленный эксперимент может открыть дорогу к неожиданной истине. В детстве я часто наблюдала за тем, как это работает, на примере моего отца. В институте я убедилась в этом, наблюдая за доктором Тайроном Хэйесом.

Доктор Хэйес представлял собой прямую противоположность типичному профессору из Беркли. На момент, когда я работала под его руководством, ему было всего двадцать семь лет, он являлся одним из самых молодых профессоров. Помимо того что он был гениален, он также оказался моим единственным афроамериканским профессором в Калифорнийском университете в Беркли; а еще он довольно жестко

шутил и изобретательно сквернословил. Никто никогда не называл его доктором Хэйесом, для всех он был просто Тайрон. Благодаря ему наша лаборатория оказалась самой передовой в здании.

* * *

Лаборатория Хэйеса специализировалась на прорывных исследованиях эндокринной системы амфибий, поэтому не удивительно, что головастики и жабы заполняли каждый свободный час моей жизни на последнем курсе в Университете Беркли. Исследование, в котором я принимала участие, в результате оказалось одной из важнейших случайностей для Хэйеса. Его эксперимент начался с гипотезы о половом развитии жаб и был выстроен вокруг изучения влияния разных стероидных гормонов (тестостерона, эстрогена, кортикостерона) на дифференциацию гонад – проще говоря, на определение пола особи, в которую разовьется головастик. Гормоны по сути представляют собой химические передатчики; информация, которую они передают по кровотоку, стимулирует широкий спектр биологических процессов. Хэйес подвергал головастиков на разных этапах развития воздействию различных стероидов и, к своему удивлению, обнаружил, что это не оказало никакого влияния на гонады. На проведение этих экспериментов было потрачено много времени и сил, и тем не менее по результатам не удалось

выявить никаких измеримых зависимостей. Мягко говоря, неудача. Но пока я по три раза перепроверяла образцы тканей под микроскопом, Хэйес отработывал навыки творческого мышления на результатах, которые поначалу вызывали разочарование. И он обратил внимание, что, хотя стероиды не оказывали воздействия на *половое* развитие головастиков, некоторые стероиды влияли на их рост и последующие метаморфозы. Самые поразительные последствия наблюдались в группе головастиков, подвергшейся воздействию кортикостерона.

Влияние этого гормона на рост головастиков показалось Хэйесу достаточно интересным, чтобы повернуть прожектор исследовательского внимания в совершенно другую сторону. Кортикостерон – это гормон стресса, аналогичный кортизолу у человека; поэтому Хэйес включил режим «думай как лягушка» и попытался представить, какое событие могло бы заставить головастика испытать стресс. Решение оказалось довольно простым: пересыхающий водоем, то есть избыточное количество головастиков и недостаток воды. Хэйес предположил, что стрессовый ответ в подобной ситуации мог бы быть адаптивным: иными словами, напряжение, связанное с присутствием в непосредственной близости других настырных головастиков, и уменьшение количества доступной воды заставили бы железы выделять кортикостерон, запускающий процесс метаморфоза, в ходе которого хвост головастика превращается в лапки. Теперь новоиспеченная жаба мог-

ла выпрыгнуть из пруда, оставив позади всех остальных головастиков. Бинго! Адаптация.

По крайней мере, таково было предположение. И по большей части Хэйес оказался прав; но, как обычно, самым интересным было то, *в чем он ошибался*. На более поздних стадиях развития кортикостерон действительно запускать метаморфоз и способствовал адаптации – своевременному побегу из водоема. Однако если головастики подвергались аналогичному воздействию на ранних стадиях развития, их рост, наоборот, *замедлялся*. И у всего процесса проявлялись неожиданные негативные эффекты: ослабление работы иммунной системы и легких, появление осморегуляторных сложностей (высокое кровяное давление) и нарушения неврологического развития. Аналогичным эффект был и в случае, когда головастики подвергались воздействию кортикостерона на протяжении длительного времени. Стрессовый ответ на чрезмерную скученность был адаптивным, но *только* в том случае, если он происходил на соответствующей стадии развития головастика.

Почему же столкновение со стрессовыми гормонами оказывало такое разрушительное влияние на молодых головастиков? Оказывается, все не так просто. Высокие уровни кортикостерона влияют на функционирование других гормонов и систем тела. Слишком раннее или слишком длительное воздействие кортикостерона критически нарушало уровни других гормонов и течение биологических процес-

сов. Получался *дезадаптивный* эффект, то есть процесс не помогал головастику выжить и благополучно развиваться, а, наоборот, очень сильно ухудшал ситуацию. Раннее столкновение со стрессом приводило не только к непоправимым изменениям в процессе развития, но и в конце концов к смерти. Так уровни кортикостерона влияли на уровни тиреоидного гормона, регулирующего метаболизм. Воздействие кортикостерона на молодых головастиков полностью прекращало образование тиреоидного гормона, поэтому они не росли и не доходили до стадии метаморфоза. Кортикостерон также влиял на выработку сурфактанта, который играет ключевую роль в развитии легких, давая им возможность получать из воздуха кислород.

Пройдя в свое время программу подготовительных медицинских курсов, я еще на занятиях по анатомии и физиологии узнала, как слаженно работают гормоны, играя симфонию гомеостаза (биологического баланса или равновесия в теле). Но только работая в лаборатории Хэйеса, я действительно это *поняла*. Невезучие лягушата помогли нам усвоить крайне важный урок. Выделяемые в необходимых количествах гормоны помогают телу нормально функционировать; однако изменения уровня даже одного из гормонов сбивают работу всей этой тонко настроенной системы. У такого гормонального дисбаланса могут быть как прямые, так и косвенные последствия. Например, повышение уровня кортикостероидов напрямую влияет на повышение кровяного дав-

ления, но также косвенно влияет на рост и развитие организма, меняя уровни других гормонов и мешая им выполнять *их* работу. Влияние гормонов друг на друга и на тело человека – очень сложная, но и крайне важная тема.

Все, кто приходил работать в лабораторию Хэйеса, в первый же день получали обязательное к прочтению руководство по эволюции стрессового ответа, которое на многое открыло глаза и мне. Легко (ну, почти) запомнить воздействие разных сочетаний гормонов на тело: если А добавить к Б, получится В. Изучение наук в университете – это бесконечный поток схем, инфографики, формул и расчетов; можно сказать, это изучение ответов на самые разные вопросы «*что?*», относящиеся к человеческому телу. Однако если смотреть на биологию с эволюционной точки зрения, чему и учат нас головастики Хэйеса, можно узнать кое-что не менее важное: получить ответы на вопросы «*почему?*». Большинство из нас пришли в лабораторию, имея представления о биологических причинах и последствиях физиологических процессов в идеальных, адаптивных состояниях; ушли же мы с этой практики, вдохновленные идеей понимания причинно-следственных связей в далеких от идеальных, дезадаптивных состояниях.

На протяжении ранней истории человечества самыми сильными стрессовыми факторами (событиями, провоцирующими стресс) были столкновения с хищниками (краткосрочные стрессовые факторы) и дефицит пищи (долгосроч-

ные стрессовые факторы). В те далекие времена в саваннах кортизол в первую очередь помогал организму человека справиться с долгосрочным стрессом. Поддержание гомеостаза является важнейшим аспектом выживания, поэтому кортизол вырабатывается в ситуациях, когда организм отмечает изменения среды, способные нарушить этот естественный баланс. В доисторической Африке не было супермаркетов (и приложений для iPhone), так что древние люди большую часть времени проводили за поиском еды, умерщвлением еды и подготовкой еды к употреблению. В трудные времена организм реагировал на недостаток питательных веществ, запуская цепную реакцию – стрессовый ответ.

Одной из важнейших составляющих этого процесса была выработка кортизола, который оказывает существенное влияние на уровень сахара в крови. Мозгу необходимо достаточное количество сахара в крови, чтобы эффективно думать и планировать, и кортизол помогает эту потребность удовлетворять даже в те дни, когда поймать и зажарить газель не удалось. Постоянный поток глюкозы в ваших венах питает также мышцы, чтобы, если газель все же *попадет* вам на глаза, у вас были силы начать охоту. Кортизол также помогает поддерживать нормальное кровяное давление, регулируя уровень воды и соли в организме. А еще он тормозит процессы роста и репродуктивные функции: вы ведь переживаете продовольственный кризис, а это не подходящее время для долгосрочного оптимистичного планирования семьи;

логично направить всю доступную энергию на решение актуальных проблем. У кортизола есть и другие эффекты; кроме того, проявляются они все не только в ситуации недостатка пищи, но и при наличии физической угрозы (например, льва), ранений или экологического стресса (землетрясение, спасайся кто может!). Каждый раз при запуске стрессовой реакции повторяется базовый биологический процесс. Разница между взрослым древним человеком, пытающимся пережить период неудач в охоте, и головастиком, получающим летальную дозу стресса, заключается в том, в *какой период осуществляется и как долго длится* воздействие гормона стресса. В случае с охотником мы имеем дело с адаптивным процессом (полезным для выживания), потому что он происходит во взрослом возрасте; в случае с головастиком – с процессом дезадаптивным (мешающим выживанию), потому что он происходит в детстве (головастичестве) – слишком рано для организма.

* * *

После знакомства с Диего я много раз вспоминала о лаборатории Хэйеса – что я узнала там о стрессовом ответе, о развитии и о творческом подходе к решению проблем. Именно о последнем я думала, пролистывая старое исследование Хэйеса о роли кортикостерона в процессе метаморфоза. Впрочем, хотя головастики и лягушки помогли мне

сформировать четкое представление о потенциальном влиянии гормонов стресса на развитие, я отдаю себе отчет в том, что это были исследования на животных. Головастики получали большие дозы кортикостерона, которые оказывали на них колоссальное влияние. Все логично; но никогда нельзя быть уверенными, что результаты, полученные в исследованиях животных, будут применимы и к людям. А на людях никто подобных экспериментов не ставил, потому что немножко неэтично давать испытуемым огромные дозы гормонов стресса. Так что такие исследования на людях, и тем более на детях, не проводились. Или все же?..

* * *

Шел третий год моей резидентуры в отделении интенсивной терапии (ОИТ) в Детском госпитале имени Люсиль Паркард в Стэнфорде. Сара П., милейшая шестилетняя девочка, однажды утром проснулась парализованной ниже пояса. После длительных обследований мы установили причину произошедшего: острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ). ОРЭМ – редкое аутоиммунное заболевание, при котором иммунная система организма атакует миелин, оболочку, окружающую нервные волокна и позволяющую нервным импульсам быстро перемещаться по телу. Родители Сары по понятным причинам были в ужасе. Лечение ОРЭМ предполагает использование высоких доз стероидного преднизона,

который, по большому счету, представляет собой синтетическую версию кортизола. Такое лечение предполагает, что «стрессовая доза» стероидов подавит работу сбитой с толку иммунной системы, а это позволит функциям нервной системы восстановиться. Пока я выписывала рецепт на преднизон, мой врач-куратор напомнил мне также выписать то, что обычно называют *врачебным назначением*, или письменной рекомендацией. Этот протокол автоматически составляется каждый раз, когда выдается определенное лекарство. Так, при стрессовых дозах стероидов в таком назначении были бы прописаны действия, которые необходимо совершить в случае возникновения у Сары П. ожидаемых побочных эффектов. Десятилетия практики в педиатрических ОИТ показали, что большая часть пациентов, получающих высокие дозы преднизона, сталкивается с аналогичными проблемами. Поэтому я написала примерно следующее: (1) если кровяное давление достигнет уровня [X], используйте лекарство [Y]; (2) если уровень сахара в крови поднимется до [X], начните инсулиновые капельницы [Y]; (3) если у пациентки случится психотический эпизод и она будет пытаться сорвать капельницы, дайте антипсихотик [X] в дозировке [Y].

Когда меня занесло в эти закоулки памяти, я невольно воскликнула: «Rhaatid!» (ямайская разговорная версия выражения «Боже мой!»). Я вдруг осознала, что эффекты высоких доз стероидов на детей были не просто давно известны, но и зашифрованы в больничных протоколах. Медицин-

ские протоколы используются в случаях, когда побочные эффекты определенных лекарств настолько предсказуемы, что имеет практический смысл систематизировать их и прописать стандартные решения. Это один из тех уникальных сценариев, в которых клинический опыт превращается в живое исследование. Врачи в Стэнфорде наблюдали за побочными эффектами, которые демонстрировали пациенты, получавшие стрессовые дозы стероидов, а затем анализировали происходящее и корректировали рекомендации до тех пор, пока не установили оптимальный подход к разрешению возникавших проблем. Проведение независимого эксперимента, в котором исследовалась бы реакция детей на гормоны стресса, было бы неэтичным; однако нет ничего неэтичного в наблюдении за реальными реакциями пациентов, получающих лечение, способное спасти их жизни. Со временем самые успешные методы попали в клинические руководства по управлению побочными эффектами преднизона. И это очень помогло Саре П., которая получила необходимую для улучшения состояния (и, к моей великой радости, выздоровления) дозу лекарства и не испытала серьезных проблем, связанных с побочными эффектами.

После этого телесные реакции моих пациентов не казались такими уж невероятными. Если системы их организма были переполнены гормонами стресса (как Сара во время лечения или головастики из эксперимента), было совершенно логичным, что их тела – в частности, кровяное давление,

сахар в крови и неврологические функции – реагировали похожим образом; по сути, речь шла о побочных эффектах воздействия гормонов стресса. С биологической точки зрения было понятно, какое влияние высокие дозы гормонов стресса, полученные в слишком раннем детстве, оказывали на моих пациентов. Я наблюдала тот же механизм, который определял реакцию молодых головастиков и особей, почти dorosших до метаморфоза: разница между адаптивной и дезадаптивной реакцией определялась ответом на вопрос: *когда* произошло воздействие?

Яркий пример влияния возраста как фактора, определяющего последствия воздействия гормонов на человека, наблюдается при гипотиреозе. У многих из нас есть знакомые или знакомые знакомых с недостаточно активно работающей щитовидной железой. По сути, их щитовидная железа не производит достаточного количества тиреоидного гормона; их кожа становится сухой, волосы – ломкими, они набирают вес (это, пожалуй, самый известный симптом). Хотя с этим заболеванием сталкивается немало людей, на его диагностику иногда уходит много времени. Тем не менее особой опасности это состояние не представляет: симптомы у взрослых проявляются не слишком ярко, существует эффективное лечение.

Но гипотиреоз в раннем детстве – совсем другая история. Это состояние, жестоко названное кретинизмом, проявляется в нарушениях физического и умственного разви-

тия. Целые поколения детей прежде сталкивались с тяжелой симптоматикой, потому что врачи слишком поздно выявляли расстройство; но теперь всем младенцам проводят скрининг на гипотиреоз. Если распознать это заболевание на ранней стадии, оно легко нивелируется употреблением тиреоидного гормона; именно поэтому в современном мире кретинизм встречается очень редко. Тем не менее это отличный пример критически важного значения возраста ребенка при столкновении с гормональными встрясками: недостаток тиреоидного гормона в организме оказывает совершенное разное влияние в разные периоды жизни человека. Если гормона не хватает взрослому, это переносится легко и лечится, а если ребенку – то последствия могут быть очень серьезными.

* * *

Учитывая возраст Диего при столкновении со стрессорами, его симптомы очень меня беспокоили. Я боялась, что стресс, с которым он столкнулся, стал для его организма достаточно серьезной перегрузкой, которая и явилась причиной его симптомов. И то же самое происходило с другими моими пациентами.

Но что насчет остальных членов сообщества? Многие ныне взрослые люди в детстве сталкивались с такими же тяжелыми обстоятельствами и травмами, как и Диего. Так как я работала с детьми, об их травматическом опыте я узнавала

от родителей и опекунов. Однако зачастую оказывалось, что сами родители сталкивались с еще более стрессовыми событиями, чем дети, которых они приводили в клинику; мамы, папы, тети и дяди, с которыми я познакомилась за годы работы, иногда делились своими историями о том, какое физическое, вербальное или сексуальное насилие пережили, как стали невольными свидетелями насилия в родительском доме или даже видели поножовщину либо убийство. И теперь они болели: кого-то мучил артрит, у кого-то отказывали почки, барахлило сердце, развивались хронические заболевания легких и рак. Большинство из них выросли в Бэйвью или похожих сообществах, и я не могла не задуматься о долгосрочных последствиях подобного травматического детского опыта для здоровья целых поколений.

Без сомнения, жители Бэйвью и мои пациенты в том числе сталкивались с бóльшим количеством стрессовых факторов, чем среднестатистические американцы. Я снова подумала о Саре П. и врачебных рекомендациях относительно побочных эффектов стероидов. Если взрослые жители Бэйвью когда-то были такими же детьми, испытавшими на себе воздействие стрессовых доз гормонов на протяжении критически важных стадий развития, то какие побочные эффекты они в результате получили?

На самом деле ответ на этот вопрос уже был сформулирован в документе «Оценка уровня общественного здоровья населения» 2004 года, который я прочла в свой первый день

работы в клинике.

Тысячи людей в США живут в тех же условиях, что и жители Бэйвью, не говоря уже о других странах. В университете я слушала лекции о том, насколько неравномерным может быть распределение доступа к услугам системы здравоохранения между уязвимыми группами населения (людьми с низким уровнем дохода, иммигрантами или этническими меньшинствами) и обитателями богатых районов. Меня, чернокожую женщину из семьи иммигрантов, это ничуть не удивило. Но я хотела понять, *почему* ситуация складывается именно так, а не иначе. Помню, как сидела на лекции профессора Итиро Кавати в Бостоне: он представлял поразительные данные о показателях ожирения среди групп риска, а я спрашивала себя, *могло ли это быть как-то связано с воздействием кортизола? Возможно ли, что ежедневное столкновение с угрозами насилия и бездомности не просто связано с плохим здоровьем, но является его причиной?* Мне вдруг подумалось, что условия жизни людей из густонаселенных муниципальных районов Чикаго не сильно отличаются от условий жизни головастика в высыхающем пруду.

Теперь же, работая в Бэйвью, я видела, что травматический детский опыт оказывает разрушительное влияние на здоровье человека. Мысль о том, что события детства способны влиять на здоровье на протяжении жизни, меня пугала, однако если в этой цепочке действительно была задействована система стрессового ответа, это открывало много

возможностей для поиска решения проблемы. Если бы мы имели возможность выявить ее достаточно рано, мы могли бы существенным образом повлиять на здоровье человека в дальнейшем. Длительность столкновения со стрессовым фактором была так же важна с точки зрения влияния кортикостерона на головастиков, как и их возраст. Работая в отделении педиатрической интенсивной терапии в Стэнфорде, мы знали, какие меры предпринять для нивелирования побочных эффектов гормонов стресса и предотвращения проблем. Могли ли мы с коллегами разработать подобные рекомендации для Диего? Какими они были бы? Я не знала ответов, но этих размышлений оказалось достаточно, чтобы я почувствовала такой же прилив энергии, как при решении задач в экспериментах с отцом, и поняла, что нахожусь на правильном пути.

Глава 3. 18 килограммов

Главная прелесть и трудность работы в клиниках наподобие моей заключается в том, что, вне зависимости от твоих потребностей (спать) и желаний (поесть), нескончаемый поток срочности все равно прибывает тебя обратно к мыслям о пациентах. Время от времени после работы я могла позволить себе роскошь в духе размышлений о связи между тяжелым детством и здоровьем, однако во время работы меня всегда ждали кипа медицинских карт и полная приемная больных детей. Вот и по отношению к случаю Диего я ощущала такое незримое притяжение: хотя я выписала ему рецепт на ингалятор и лекарства от экземы, мне все еще нужно было разобраться с остановкой роста. Я снова попросила доктора Бхатию о помощи. Мне хотелось уточнить, нужен ли Диего курс гормональной терапии, но она напомнила мне, что по результатам анализов у него не было выявлено гормонального дисбаланса – по крайней мере, в отношении тех гормонов, на которые можно было повлиять. Ее опыт показывал, что в подобных случаях лекарства не помогали. К моему удивлению, она сказала, что лучшим лечением для Диего будет терапия *словом*.

К счастью, я знала, к кому обратиться. Детский медицинский центр Бэйвью получил небольшой грант на оказание поддержки пациентам; когда перед нами встал вопрос,

как распорядиться полученными средствами, мне было ясно, что спросить об этом нужно в первую очередь самих жителей района. Еще в процессе учебы я поняла, что улучшить результаты лечения представителей неблагополучных сообществ можно, налаживая с ними отношения, поэтому я принимала активное участие в ярмарках здоровья, обсуждениях здорового питания и занятиях по профилактике развития астмы в местных школах и церквях. Мое лицо «примелькалось», люди ко мне привыкли. В Бэйвью побывало много благонамеренных специалистов, которые со временем куда-то пропадали, так и не выполнив обещанное; но теперь, когда я говорила, что намерена сделать все возможное для улучшения здоровья детей Бэйвью, их родители и опекуны начинали мне верить.

Поэтому, когда деньги по гранту были получены, нам было несложно решить, на что их потратить: на службу психологической помощи. Тогда наличие психотерапевта в штате педиатрической клиники не было обычным делом; но мы с коллегами понимали, почему необходимо было дать членам местного сообщества то, что было действительно нужно им, а не то, что было важно *по нашему мнению*.

Тем не менее я беспокоилась о том, как найти подходящего специалиста на вакансию. Ведь речь шла о работе в некоммерческом медицинском центре в Бэйвью – Хантерс-Пойнт с минимальным количеством сотрудников и довольно большим объемом напряженного неоплачиваемого сверхурочно-

го труда. Хотя *для меня* это и могло быть описанием работы мечты, я все же не настолько сумасшедшая, чтобы думать, что и другие мечтают о том же. Когда доктор Уитни Кларк вошел в мой кабинет на собеседование, я сразу ощутила укол разочарования. Хотя я прекрасно знаю, что по внешности судить людей не стоит, в голове прозвучало: «Точно не он».

Мягко говоря, не такого человека представляешь, когда думаешь о специалистах, подходящих для работы в районах вроде Бэйвью. Мужчина, белокожий, почти двойник Криса Пайна (актера, сыгравшего молодого капитана Кирка в новом «Стартреке»). Человек с такой внешностью спокойно мог бы сниматься в рекламе магазинов одежды Abercrombie & Fitch. Для меня это значило одно: пациентам будет сложно ему довериться, установить с ним контакт – а это серьезная проблема для консультанта, работающего с представителями маргинализированного сообщества с высоким уровнем неудовлетворенных потребностей. Однако после длительной беседы мой скептицизм рассеялся, и я увидела в нем то, что, как мне показалось, могло расположить к нему моих пациентов.

Неудивительно, что большинство пациентов противились, когда я направляла их к доктору Кларку. «Не поведу я своего ребенка к белому психотерапевту!» – часто слышала я – и понимала причину их возражений. Эти люди находились в уязвимом положении, многие из них сталкивались с институционализированным расизмом, который порождает

глубинное недоверие к чужакам и склонность сразу занимать оборонительную позицию. К счастью, на тот момент мне уже удалось выстроить с жителями Бэйвью достаточно крепкие отношения, и они доверяли мне, когда я ручалась за доктора Кларка и его способность помочь их детям. Они сами тоже быстро понимали, что он за человек: невероятно заботливый, легкий в общении опытный специалист, кабинет которого быстро превратился для них в безопасную гавань. Когда спустя месяцы ко мне возвращались побывавшие на его консультациях пациенты и их родители, я буквально светила от гордости. И вскоре сами пациенты начали рекомендовать его знакомым.

* * *

После обсуждения случая Диего с доктором Бхатией я ввела доктора Кларка в курс дела и спросила, какой план терапии он порекомендовал бы для работы с мальчиком. Мы быстро связали Розу с испаноговорящим психотерапевтом, имевшим опыт применения травма-фокусированной когнитивно-поведенческой психотерапии (ТФ-КПТ) – этот клинический протокол создан для работы с травматическим детским опытом и предполагает взаимодействие с родителем и ребенком.

Когда данный вопрос был вычеркнут из моего бесконечного списка дел, мне стало легче. Тем не менее, хотя мы по-

добрали для Диего наилучший план лечения из возможных, мне все равно было беспокойно. Со временем я все яснее видела связь между опытом неблагополучного детства и здоровьем моих клиентов – но все так же не знала, что с этим делать. Я была благодарна за рекомендации доктора Бхатии по поводу лечения Диего, но зачастую мне не к кому было обратиться за советом. Опыт работы, полученный в последние десять лет, наводил меня на мысли о том, что мои наблюдения вполне обоснованны; но если эта связь действительно существовала, почему же за время обучения в университете или в резидентуре я не научилась с этим разбираться? Где соответствующие клинические протоколы? Где рекомендации профессиональных сообществ докторам о том, что со всем этим делать?

Уитни Кларку часто приходилось выслушивать мои размышления. Снова и снова мы обсуждали мою гипотезу о том, что в основе психологических проблем, с которыми работал он, и самых сложных случаев, которые лечила я, лежала одна причина – неблагоприятная обстановка и тяжелый жизненный опыт. И хотя он не проходил подготовку в области эндокринологии, это предположение казалось ему вполне обоснованным. Он даже напомнил мне про несколько других похожих случаев, с которыми мы работали раньше и которые вписывались в ту же схему взаимодействия стресса и симптомов, что мы наблюдали у Диего.

Однажды, несколько месяцев спустя, доктор Кларк зашел в мой кабинет и, широко улыбаясь, вручил мне распечатанный текст исследования.

– Ты это читала? – спросил он.

Статья, опубликованная в *American Journal of Preventative Medicine* (Американском журнале профилактической медицины) в 1998 году доктором Винсентом Фелитти, доктором Робертом Андой и др., называлась «Связь пережитого насилия или проживания в дисфункциональной среде в детстве с ведущими причинами смертности во взрослом возрасте: исследование неблагоприятного детского опыта (НДО)».

– Не читала, – ответила я, по тону его голоса догадавшись, что в этом тексте содержится что-то важное.

– Тогда, возможно, тебе стоит сделать перерыв и изучить этот документ.

– Это то, что я *думаю*?

– Просто прочти, а потом приходи, обсудим.

Он еще не успел дверь за собой закрыть, как я уже проглотила половину аннотации. А на середине первой страницы я уже подпрыгивала от радости.

Вот оно!

Это был последний кусочек мозаики, объединивший всю картину в единое целое.

Все, что я испытала за последние десять лет, все мои вопросы и наблюдения, которые не получалось совместить, вдруг сошлись. Сердце выскакивало из груди; самые умопомрачительные части исследования я даже зачитывала вслух или сопровождала восклицаниями по-ямайски. Первым, что поразило меня в исследовании Фелитти и Анды, был его масштаб: исследователи собрали данные 17 421 человека – весьма большое количество показаний, чтобы подтвердить идею. Я и надеяться не могла на то, что когда-либо встречу подобное.

Мой восторг не ослаб, даже когда я закончила читать исследование. Я ощущала себя, словно Нео в конце фильма «Матрица», когда он увидел, что окружавший его мир на самом деле представляет собой всего лишь набор зеленых цифр кода. Я не только ясно увидела окружавшую меня реальность, но и наконец-то *поняла* ее. Согласно исследованию НДО, не я одна проводила параллели между пережитым в детстве стрессом и нарушениями здоровья. Этот пазл был последней частью кода для Матрицы, столь необходимой для понимания ситуации моих пациентов – и, что еще важнее, для их лечения. Уже тогда я осознала, что этот момент, это понимание кардинально изменит мою практику. Но я даже не догадывалась, как сильно оно повлияет на мою жизнь.

Шел 1985 год. Доктор Фелитти принимал первого на тот день пациента в клинике Kaiser по лечению ожирения в Сан-Диего. Если бы вам довелось стоять позади Фелитти в очереди за супом в больничной столовой или даже просто пройти мимо него в коридоре, вы бы поразились его осанке. *Величественный. Собранный.* Наверняка вам на ум пришли бы подобные описания. Выдержанный интеллектуал, с какой стороны ни посмотри, с густыми седыми волосами, он выглядел так, словно в любой момент был готов вести выпуск теленовостей или спокойно обуздывать дебаты злобных политиков. Он говорил уверенно, авторитетно и четко. Поэтому я была крайне удивлена, когда он рассказал мне историю о том, что его главный прорыв в медицине случился благодаря оговорке.

Донна была пятидесятитрехлетней пациенткой с тяжелым диабетом и серьезными проблемами с весом. Два года назад благодаря новой программе похудения она сбросила около 45 килограммов, но за последние шесть месяцев набрала их снова. Фелитти одновременно почувствовал разочарование и ощутил себя в какой-то степени ответственным за происходящее. Дело в том, что он не понимал, почему Донна сорвалась. У нее все шло отлично, а потом внезапно, несмотря на вложенные силы и полученные успехи, она быстро верну-

лась к тому, с чего начинала.

Фелитти собирался докопаться до причины произошедшего.

Он быстро пробежался по стандартному списку вводных вопросов. Сколько вы весили при рождении? Сколько вы весили, когда поступили в первый класс? Когда перешли в старшую школу? Сколько вам было лет, когда вы начали половую жизнь?

И на последнем вопросе он оговорился.

Вместо того чтобы спросить Донну о ее возрасте на момент первого сексуального контакта, он спросил, сколько она весила, когда начала половую жизнь.

– Восемнадцать килограммов, – ответила Донна.

Ее ответ поставил его в тупик. *Как это 18 килограммов?*

Он был уверен, что ослышался, задумался на какое-то время, а потом решил повторить вопрос. Может, она имела в виду 118 килограммов?

– Извините, Донна, сколько вы весили, когда начали половую жизнь?

Донна притихла.

Фелитти дождался, когда она заговорит, потому что почувствовал, что наткнулся на что-то важное. Двадцать лет работы с пациентами научили его тому, что за таким многозначительным молчанием зачастую скрывается диагностическое золото.

– Восемнадцать килограммов, – повторила Донна, поту-

пив глаза.

Пораженный, Фелитти молча ждал.

– Мне было четыре года. Это сделал отец, – произнесла она.

Фелитти признался, что слова пациентки шокировали его, хоть он и старался не показывать виду (как же это мне знакомо!). За двадцать три года работы врачом он еще ни разу не слышал, чтобы во время диагностического интервью кто-то рассказывал историю сексуального насилия. Сегодня в это было бы сложно поверить. Интересно, с чем это связано: с тем, что он не задавал наводящих вопросов, или с тем, что дело было в восьмидесятых, когда истории насилия хранили даже глубже, чем сегодня? Когда я задала ему этот вопрос, Фелитти ответил, что, наверное, дело в том, что он никогда не спрашивал ничего подобного у пациентов; все же он был врачом, а не психотерапевтом.

* * *

Спустя несколько недель после разговора с Донной Фелитти общался с другой пациенткой, которая принимала участие в той же программе похудения и тоже не могла справиться с требованиями. Сначала Пэтти была образцовой пациенткой и добилась поразительных результатов: всего за пятьдесят одну неделю она похудела со 185 до 60 килограммов. Подобные истории случались не только с Пэтти

и Донной. Многие пациенты добивались отличных результатов; некоторым удавалось сбросить больше сотни килограммов за год благодаря соблюдению установленного режима. Результаты вдохновляли Фелитти, но высокие показатели преждевременного прекращения лечения сбивали с толку. Если бы лечение бросали пациенты, которые только начали этот путь, было бы понятно, чем объяснить такой отсев. В конце концов, им было необходимо придерживаться жесткой диеты, а это сложно. Однако чаще всего с дистанции сходили самые *успешные* пациенты – именно те, кто лучше других держался и добивался выдающихся результатов. Достигшие идеального веса, они могли бы радоваться и гордиться собой – но вместо этого внезапно пропадали с радаров. Кто-то бросал программу навсегда, кто-то уходил и возвращался несколько месяцев спустя практически в том же весе, с которого начинал. Фелитти с коллегами были озадачены. Казалось, им удалось найти решение проблемы, над которой многие до них ломали головы, – но по непонятной причине у пациентов не получалось удержать достигнутые результаты.

Фелитти надеялся, что беседа с Пэтти поможет ему определить причину происходящего. По всем признакам было видно, что она вот-вот сорвется и исчезнет – за последние три недели она набрала более шестнадцати килограммов. Пациентка двигалась в неправильном направлении, и двигалась быстро. Фелитти надеялся вернуть ее на верный путь, пока не стало слишком поздно.

Он осмотрел Пэтти в надежде найти физическую причину набора веса. Может быть, у нее были проблемы с сердцем, из-за которых жидкость задерживалась в организме? Нет, он не видел выраженного вздутия или отечности, которые указывали бы на задержку жидкости, связанную с сердечной недостаточностью. Может, шалит щитовидка? Он внимательно осмотрел ее волосы, кожу и ногти, но не заметил ни сухости, ни истончения; сама железа была стандартных размеров. Он не видел никаких признаков метаболических проблем.

Вычеркнув из списка все возможные причины, Фелитти сел напротив пациентки и спросил:

– Пэтти, а *вы сами* как думаете, что с вами происходит?

– Вы имеете в виду вес?

– Да.

Улыбка, которая обычно озаряла ее лицо, исчезла, и девушка уставилась на свои руки.

– Думаю, я ем во сне, – сказала она застенчиво.

– Что вы имеете в виду?

– В детстве я часто ходила во сне. Потом на долгие годы это прекратилось. Но сейчас я живу одна и перед сном всегда прибираюсь на кухне. А сегодня, когда встала, я обнаружила грязные тарелки и кастрюли, несколько открытых банок и коробок с едой. Очевидно, что на кухне кто-то готовил и ел, но я ничего такого не помню. Так как в квартире, кроме меня, никто не живет и я начала набирать вес, полагаю, что

еда во сне – единственное объяснение.

Фелитти кивнул. Да, история немного странная, возможно даже подразумевающая некую психопатологию. В обычной ситуации он бы выдал ей направление к психиатру и сосредоточился на ее физическом здоровье, но в этот раз что-то его остановило. Фелитти вспомнил разговор с Донной и понял, что на показатели успеха пациентов могли влиять причины, которые он в стандартных интервью обычно не затрагивал. И он решил пойти по новому пути, несмотря на то что это могло вывести его за пределы его компетенции.

– Да, это могло бы объяснить набор веса. Но, Пэтти, как вы думаете, почему вы стали делать это именно сейчас?

– Я не знаю.

– Почему такого не происходило три года назад? Или три месяца назад?

– Я не знаю...

Фелитти не сдавался. Опыт работы с инфекционными заболеваниями в эпидемиологии научил его не останавливаться на поверхностных объяснениях. Обычно удается найти событие, которое спровоцировало реакцию. Холера поразила столько людей в районе Сохо в Лондоне не по печальному стечению обстоятельств; что-то связывало всех заболевших – как позже стало известно, дело было в загрязненном колодце.

Поэтому Фелитти сомневался, что ночное переедание началось без причины.

– Пэтти, пожалуйста, подумайте хорошенько. Что произошло в вашей жизни? Почему именно сейчас вы стали есть по ночам?

Какое-то время она молчала, а потом произнесла:

– Не знаю, связано ли это, но на работе есть один мужчина... – и снова потупила глаза.

Фелитти ждал, и в конце концов девушка рассказала, что недавно устроилась на новое место работы медсестрой в санаторий для выздоравливающих, и один из пациентов пытался за ней приударить. Мужчина оказался женатым и был намного старше нее; однажды он отметил, как она похорошела, сбросив вес. После этого он неоднократно делал ей непристойные предложения. Фелитти удивился: реакция Пэтти на довольно безобидные домогательства (в конце концов, дело было в 80-е) была слишком острой. Однако Фелитти попробовал копнуть глубже, и вскоре ситуация прояснилась. Пэтти долгое время состояла в инцестуальных отношениях с дедушкой; домогательства начались, когда ей было десять. Тогда же у нее начались и проблемы с весом.

Когда Пэтти ушла домой, доктор Фелитти понял, что неразумно игнорировать сходство историй двух женщин. Да, возможно, это просто совпадение. Но Фелитти не мог не обратить внимание на временные рамки развития ситуаций. Обе пациентки начали набирать вес в детстве, сразу после того, как подверглись насилию. И вот несколько десятилетий спустя процесс набора веса Пэтти снова запустился при-

ставаниями пациента. Фелитти задумался, могла ли она таким образом подсознательно защищаться от события, напоминавшего травматический опыт детства. Но может быть, раньше он смотрел на вопрос совершенно неправильно? Будучи врачом, он видел проблему в лишнем весе. А что, если лишний вес был не проблемой, а *решением*? Что, если он выполнял для пациентов роль психологического и эмоционального защитного барьера? Если бы это подтвердилось, было бы несложно объяснить, почему самые успешные пациенты, лишившись этого защитного слоя, в какой-то момент сталкивались с острой потребностью вернуть его на место.

Фелитти подумал, что, возможно, наткнулся на скрытую связь между опытом пережитого насилия и ожирением. Чтобы лучше понять эту связь, он расширил стандартный список вопросов для поступающих на лечение пациентов: теперь Фелитти спрашивал людей о том, не подвергались ли они в детстве сексуальному насилию. Результаты его поразили: оказалось, что такие истории имелись у каждого второго пациента. Сначала Фелитти попросту не поверил тому, что увидел. Разве на такую корреляцию не должны были обратить внимание его преподаватели в медицинском университете? Однако сообщения 186 пациентов в конце концов развеяли его сомнения. Тем не менее, чтобы проверить, нет ли каких-либо факторов, выделяющих его пациентов среди других, Фелитти набрал пятерых коллег для проведения скрининга сотни будущих посетителей клиники на предмет

того, не подвергались ли они насилию. Когда коллеги принесли ему аналогичные результаты, Фелитти понял: он открыл что-то очень важное.

* * *

Озарение доктора Фелитти по поводу связи между тяжелым детством и здоровьем человека в будущем легло в основу выдающегося исследования неблагоприятного детского опыта (НДО). Вся эта ситуация – отличный пример того, как врачи бывают вынуждены превращаться в настоящих детективов и действовать по наитию, находя затем своим догадкам научные объяснения. Его исследование началось с двух пациенток, но со временем стало основанием и вдохновением для работы медицинских работников, помогая им понять происходящее в жизни пациентов.

Фелитти начал детективную работу в рамках своего отделения, но со временем попытался распространить эти идеи. В 1990-м он представил свои открытия на национальной конференции по вопросам ожирения в Атланте, после чего подвергся резкой критике со стороны коллег. Один врач из аудитории настаивал на том, что пациентки выдумывали истории насилия, чтобы оправдать ими свои никчемные жизни. По словам Фелитти, мужчина удостоился аплодисментов.

Тем не менее по крайней мере один участник конферен-

ции не думал, что пациенты обвели доктора Фелитти вокруг пальца. Эпидемиолог из Центра по контролю и профилактике заболеваний (ЦКПЗ) Дэвид Уильямсон сидел рядом с Фелитти во время ужина, устроенного для выступавших. Этот умудренный опытом ученый сказал Фелитти следующее: если его предположение о связи насилия в детстве и ожирения во взрослом возрасте окажется верным, такое открытие может иметь крайне важное значение. Он также отметил, что никто не воспримет всерьез данные, полученные на выборке из 286 человек. Фелитти должен был провести крупномасштабное, убедительное с эпидемиологической точки зрения исследование с тысячами участников из разных слоев населения, а не просто из подгруппы людей, проходящих лечение от ожирения.

Через несколько недель после первой встречи Уильямсон познакомил Фелитти с врачом-эпидемиологом из ЦКПЗ Робертом Андой. Работа Анды в ЦКПЗ была посвящена поиску связей между поведенческим здоровьем и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Следующие два года Анда и Фелитти посвятили изучению существовавших на тот момент публикаций, в которых исследовалась бы взаимосвязь насилия и ожирения, чтобы наилучшим образом провести свое научно значимое исследование. Они ставили перед собой две цели: (1) определить, какое отношение имеет столкновение с насилием и/или дисфункциональной атмосферой родительского дома в детстве к формам поведения, связанным с риском для

здоровья, во взрослом возрасте – в частности, речь шла об алкоголизме, курении и тяжелом ожирении; (2) определить, какое отношение имеет столкновение с насилием и/или дисфункциональной атмосферой родительского дома в детстве к *заболеваниям* в принципе. Для этого нужно было провести исчерпывающую медицинскую оценку большого количества взрослых и собрать воедино данные об их здоровье.

К счастью, часть необходимых данных и так ежедневно собиралась в компании Kaiser Permanente в Сан-Диего: порядка 45 000 взрослых в год проходили всестороннее медицинское обследование в ее центре оценки состояния здоровья. Результаты этой оценки стали бы настоящим сокровищем для Фелитти и Анды, потому что в них содержались демографическая информация, поставленные ранее диагнозы, семейная история и описание текущих состояний и заболеваний каждого пациента. После девяти месяцев бюрократической борьбы исследователи получили одобрение своего протокола для изучения НДО и были готовы начинать. В период с 1995 по 1997 год они предложили 26 000 обладателям медицинских страховок от Kaiser поучаствовать в исследовании, которое помогло бы разобраться в особенностях влияния детского опыта на здоровье. И получили согласие 17 421 человека. По прошествии недели после первых двух приемов в рамках исследования Фелитти и Анда уже высылали каждому пациенту опросник, который содержал в себе вопросы о насилии в детстве, дисфункциях родительской

семьи, а также о факторах риска для здоровья в настоящий момент (например, курении, употреблении наркотиков и заболеваниях, передающихся половым путем).

Опросник позволил собрать значимую информацию о явлениях, которые Фелитти и Анда называли «неблагоприятным детским опытом», или НДО. Основываясь на видах травматического опыта, который удалось выявить у участников программ похудения, Фелитти и Анда выделили десять категорий НДО, связанных с насилием, недостатком родительского внимания и дисфункциональной домашней средой. Их задачей было определить особенности историй пациентов через выяснение того, с какой из десяти категорий НДО тем довелось столкнуться до восемнадцати лет:

- 1) эмоциональное насилие (повторяющееся);
- 2) физическое насилие (повторяющееся);
- 3) сексуальное насилие (контакт);
- 4) физический недостаток внимания;
- 5) эмоциональный недостаток внимания;
- 6) употребление психоактивных веществ (ПАВ) близкими (например, проживание с алкоголиком или зависимым);
- 7) психическое заболевание у близкого (например, проживание с человеком с депрессией, психическим заболеванием или совершившим попытку самоубийства);
- 8) жестокое обращение со стороны матери;
- 9) развод или разлука родителей;
- 10) криминальное поведение близких (например, лише-

ние свободы человека, с которым жили в одном доме).

Опыт соприкосновения с любой категорией насилия, недостатка внимания или дисфункциональности засчитывался как 1 балл. Так как категорий всего 10, максимальный результат по шкале НДО составил 10 баллов.

Использование данных медицинской оценки и опросников позволило Фелитти и Анде выявить корреляции между результатами по шкале НДО, поведением, связанным с рисками для здоровья, и непосредственно состоянием здоровья.

Во-первых, исследователи сразу увидели, что НДО в принципе поразительно широко распространен: 67 % населения сталкивались по крайней мере с одной из категорий НДО, а 12,6 % опрошенных отметили *четыре и более* категорий.

Во-вторых, была выявлена связь между количеством НДО и неблагоприятными показателями здоровья: чем выше был балл по шкале НДО, тем выше поднимался и риск проблем со здоровьем. Например, вероятность того, что у респондента с четырьмя и более баллами по шкале НДО разовьется сердечно-сосудистое заболевание или рак, была в *два* раза выше, а риск развития хронической обструктивной болезни легких по сравнению с респондентами, набравшими 0 баллов по шкале, был выше в *три с половиной* раза.

* * *

Мои собственные наблюдения за пациентами и жителями Бэйвью полностью согласовывались с результатами этого исследования. В нем предлагалось убедительное свидетельство наличия связи, которую я и раньше замечала в клинической практике, но не находила подтверждений в литературе. Исследование НДО позволило мне ответить на вопрос о том, существует ли медицинская связь между пережитым в детстве стрессом, связанным с насилием или недостатком внимания, и неблагоприятными изменениями в организме, которые могут проявляться на протяжении всей жизни. Для меня стало очевидным, что отравляло колодез Бэйвью – Хантерс-Пойнт. Это был не свинец. Не токсичные отходы. И даже не бедность как таковая. Неблагоприятный детский опыт – вот что заставляло людей болеть.

* * *

Пожалуй, один из самых поразительных аспектов исследования НДО заключался не в том, *что* исследовалось, но в том, *кто* попал в выборку. Многие, оценив ситуацию в Бэйвью – Хантерс-Пойнт (распространенность бедности и насилия, сложность получения медицинской помощи), сказали

бы: «Конечно, жители этого района больше болеют, это логично». В конце концов, нас этому и в вузе учили. Бедность и отсутствие доступа к качественным медицинским услугам негативно сказываются на здоровье населения, не правда ли?

Здесь-то исследование НДО и внесло важные коррективы, потому что показало, что в доминирующей точке зрения упускается кое-что очень важное. Где проводили исследование НДО?

В Бэйвью? В Харлеме? В Южном Лос-Анджелесе⁵?

Нет.

В исследовании участвовали представители среднего класса, проживающие в Сан-Диего.

В изначальную выборку вошли 70 % белокожих респондентов; также 70 % респондентов получили высшее образование. Более того, участники исследования имели доступ к высококласному медицинскому обслуживанию в системе клиник Kaiser. Выводы оригинального исследования подтверждались и в последующих работах. Исследования, вдохновленные трудом Фелитти и Анды, наглядно демонстрируют, что неблагоприятный детский опыт является фактором риска многих распространенных и серьезных заболеваний в США (и по всему миру), причем расовая принадлежность или доступность медицинских услуг никак на это не влияет.

⁵ Южный Лос-Анджелес (*South Los Angeles*), также известен как Южный Централ (*South Central*) – обширная часть города Лос-Анджелеса, включающая в себя 28 районов. Южный Централ получил печальную известность благодаря своей криминогенной обстановке. – *Примеч. ред.*

* * *

Значимость исследования НДО связана с разными причинами, но одной из главных является то, что в этой работе затронуты не только поведенческие и психические последствия. Исследования проводили не психологи, а два врача. Большинство людей интуитивно понимают, что существует связь между детскими травмами и рискованным поведением во взрослом возрасте (например, чрезмерным употреблением алкоголя, плохим питанием и курением). Но большинство людей не осознают, что такая связь существует также между неблагоприятным детским опытом и известными убийцами вроде рака и сердечно-сосудистых патологий. Каждый день, работая в клинике, я наблюдала, как столкновение с НДО влияло на тела моих пациентов. Возможно, для сердечных заболеваний они были еще слишком молоды, но я уже видела первые признаки беды в повышенной распространенности ожирения и астмы.

* * *

Когда первая волна восхищения исследованием спала, меня охватило негодование: *почему же я впервые услышала о нем только сейчас?* Результаты исследования в корне меня-

ли положение дел, но почему-то ни о чем подобном не говорили ни в колледже, ни в университете, ни даже в резидентуре. Фелитти и Анда опубликовали первые результаты своего исследования в 1998-м, а я даже не догадывалась об их существовании до 2008 года. Десять лет! За все это время настолько важное открытие так и не было трансформировано в клинические инструменты, которые помогли бы мне улучшить здоровье пациентов. Как же так?

Когда несколько лет спустя я беседовала с Фелитти, он рассказал о нападках коллег на разные аспекты исследования. И хотя они с Андой успешно отражали подобную критику, их работа так и не принесла желаемых плодов. Если быть предельно честными, можно сказать, что она прошла незамеченной – и это совершенно необъяснимо, учитывая открытия, сделанные в результате. Коллеги доктора Анды из Центра по контролю заболеваний с нетерпением ждали продолжения исследований, утверждая, что выявление столь сильной связи между выделенными факторами и повышением вероятности заболеваемости – огромная удача для любого исследователя. Крайне важной частью исследования было описание зависимости «доза – эффект»; например, чем больше сигарет человек выкуривает в день и чем больше лет он курит, тем выше вероятность развития рака легких. Исследование НДО отчетливо продемонстрировало наличие такой зависимости, а это важный шаг на пути установления причинно-следственных связей. У человека, набравшего по

шкале НДО семь и более баллов, в три раза выше риск развития рака легких и в три с половиной раза – ишемической болезни сердца, убийцы номер один в США. Если бы завтра вышло такое же масштабное исследование, в котором говорилось бы, что употребление творога в три раза повышает шансы заболеть раком, интернет просто взорвался бы, а лоббистам индустрии молочных продуктов пришлось бы обратиться к услугам фирм, занимающихся антикризисным управлением.

* * *

В чем же дело? Почему за столько я лет ни разу не слышала об этом исследовании? Почему о нем не рассказывали на национальном радио, почему Опра Уинфри не организовала интервью с Фелитти? Сейчас я понимаю, что причин тому могло быть как минимум три.

Первая связана с неверным пониманием исследования, убеждением, что увеличение рисков связано исключительно с поведением человека. Как я уже отмечала раньше, многие думают, что понимают связь между негативным опытом и здоровьем. Распространено мнение о том, что, живя в бедности и имея трудное детство, вы неизбежно придете к употреблению алкоголя, курению и другим рискованным действиям, наносящим вред здоровью. Но если вы достаточно умны и сильны, вы подниметесь над прошлым и оставите все

плохое позади. На первый взгляд эти рассуждения кажутся разумными; однако не нужно забывать, что долгое время люди точно так же придерживались убеждения, что земля плоская.

К счастью, некоторые находчивые ученые решили проверить это распространенное убеждение. Они внимательнее присмотрелись к связи между НДО и заболеваниями сердца и печени, а также провели очень сложный анализ для оценки того, в какой степени заболевание было связано с воздействием вредного поведения вроде курения, употребления алкоголя, недостатка физической активности и ожирения. Оказалось, что «плохое поведение» отвечало лишь примерно за 50 % роста вероятности заболеть. В каком-то смысле это хорошая новость: получается, люди, пережившие НДО, могут избегать такого поведения и тем самым снизить риски для здоровья на 50 %. Тем не менее это также значит, что даже ведущий полностью здоровый образ жизни человек, который в детстве столкнулся с травматическим опытом, *все равно* имеет более высокие шансы на развитие заболеваний сердца и печени.

Пэтти, пациентка Фелитти, – отличный тому пример. Имея тяжелую степень ожирения, она, по-видимому, передала во сне; очевидно, что ее заболевания должны были быть связаны с увеличением веса, обусловившим проблемы со здоровьем, верно? Погодите-ка. Сначала она выбыла из программы, но потом вернулась и снова попросила о помо-

щи. Годами она то худела, то снова набирала вес, и даже бариатрическая хирургия не спасла положение. К сожалению, в возрасте 42 лет Пэтти умерла от фиброза легких. Это аутоиммунное заболевание повреждает ткани легких, затрудняя дыхание, а затем и вовсе делает его невозможным. Но ожирение не является причиной фиброза легких. Пэтти не курила и не находилась под воздействием токсических веществ вроде асбеста. У человека, набравшего два и более баллов по шкале НДО, риск развития аутоиммунных заболеваний в два раза выше. По-видимому, детский опыт Пэтти стал для нее очень серьезным фактором риска, но никто не знал об этом – ни врачи, ни она сама.

В американской культуре большое значение придается личной ответственности. Выбор, который каждый человек делает в отношении своего образа жизни, очень сильно влияет на здоровье; «плохое поведение» *действительно* приводит к повышению риска заболеваний, с этим бессмысленно спорить. Однако, повторяюсь, исследование НДО показало, что это еще не все.

Второе (и, возможно, наиболее убедительное) объяснение тому, что об исследовании Фелитти и Анды не говорили в медицинских вузах, заключается в том, что оно пугает и вызывает сильную эмоциональную реакцию. Одно дело – беспристрастно анализировать потребление творога за последнее десятилетие, и совсем другое – погружаться в детские травмы и вспоминать о пережитом насилии. Наверняка каж-

дый читатель этой книги знает хотя бы одного человека, выросшего в семье, у одного из членов которой было психическое расстройство, либо один из родителей слишком часто выпивал или не брезговал эмоциональным насилием, а розги считались благом для ребенка. В какой бы группе людей мы ни оказались: в учебной аудитории, на профессиональной конференции, на свадебной вечеринке или в конгрессе США, – если бы вдруг удалось увидеть баллы каждого из окружающих нас людей по шкале НДО, то стало бы очевидно: эта проблема коснулась очень многих. Однако мало кому нравится думать о печальном опыте прошлого. Возможно, мы стараемся игнорировать влияние травматического опыта на здоровье именно потому, что эта тема действительно имеет к нам отношение. В конце концов, трудно согласиться с тем, что некоторые биологические последствия могут иметь место – не важно, святой ты или грешник. Возможно, смотреть на данную ситуацию под другим углом попросту легче.

Наконец, последняя причина того, почему исследование НДО не заставило вспылать энтузиазмом медицинское и научное сообщества в 1998 году, может быть связана с его недостатками с научной точки зрения. Исследование показало, что травматический опыт негативно сказывается на здоровье; и хотя Фелитти и Анда сделали предметом рассмотрения вопрос «что?», на тот момент им не удалось объяснить – «как?».

Мне повезло: я наткнулась на работу авторов десять лет

спустя, и многие пробелы были уже заполнены последующими исследованиями.

Теперь мне нужно было вернуться к опыту, полученному в лаборатории Хэйеса, к знаниям о случае Сары П. – и попытаться найти ответ на вопрос «как?». Я нутром чуяла, что в моем распоряжении есть много кусочков пазла, которые отлично дополняют исследование НДО. Самой занимательной частью процесса должно было стать выявление и демонстрация того, что система стрессового ответа представляет собой биологический механизм, воздействующий на здоровье в тени неблагоприятного детского опыта. Мне предстояло вернуться к изучению научных журналов и посещению медицинских конференций, но теперь у меня был путеводитель – исследование НДО. Я могла взять оттуда терминологию для собственных поисков, могла обратиться к авторам и даже начать собирать собственные данные в клинике. Сердце выскакивало из груди, когда я ловила себя на мысли о том, что этот вопрос касается не только моих пациентов, не только Бэйвью. Пагубное влияние тяжелого детства на здоровье людей по всем признакам походило на кризис в сфере общественного здоровья, но никто этого не замечал.

Я верила в возможность улучшить жизнь в Бэйвью еще до того, как встретила Диего или узнала об НДО. Я знала, что проблемы в этом сообществе становятся все сложнее; но, значит, и решения будут иметь больший эффект. В день открытия клиники я сказала сотрудникам: «Если мы най-

дем способ успешно помогать пациентам здесь, мы сможем успешно лечить людей везде».

Часть II. Диагноз

Глава 4. Стрельба из машины и медведь

Стоял типично холодный для декабрьского Сан-Франциско вечер, но мы с друзьями пошли прогуляться по Мишн-стрит (Mission Street); помню, я обхватывала себя руками, пытаясь хоть немножко согреться. Я вернулась домой на канникулы из Бостона, из школы общественного здравоохранения – и оптимистично вышла из дома без пальто. Тем не менее я убеждала себя быть благодарной хотя бы за то, что не идет снег. Я так радовалась возможности провести вечер с друзьями, что просчет в выборе одежды послужил нам только поводом для смеха. Мы вчетвером говорили одновременно, и наши голоса заглушали звуки города, пока мы шли к машине. На углу Мишн и 19-й улицы мы остановились, не желая прощаться, хотя вечер явно подошел к завершению. Никто не обращал внимания на красную машину, которая медленно ехала по противоположной стороне улицы, как вдруг мы услышали звук нескольких хлопков подряд. Машина резко рванула с места и выехала на 20-ю улицу. Мой друг Майкл пошутил:

– Глупые дети балуются с петардами, – пытаюсь прийти в себя после неожиданного звука. Однако спустя буквально несколько секунд выражение его лица изменилось, и он потянул нас в сторону своей машины: – Надо убираться отсюда, тут что-то не так.

Почти добравшись до его машины, мы увидели, что на тротуаре лежит мужчина. Трое других мужчин, по-видимому его друзья, в нескольких метрах от него кричали и колоутили по окнам припаркованных рядом машин.

– О боже! Его ранили! – закричала моя двоюродная сестра Джеки.

Я инстинктивно бросилась к жертве, даже не заметив, что друзья побежали в противоположном направлении.

– Надин! – воскликнул Майкл, хватая меня за руку. Но он не успел.

Я опустилась на колени рядом с пострадавшим. Думала только о том, как спасти его жизнь. Год назад я закончила медицинский вуз, и теперь мои врачебные инстинкты взяли верх. Я взглянула на его лицо и поняла, что, несмотря на рост, это был еще совсем мальчишка, не старше семнадцати лет. Пуля попала в голову, прямо над правой бровью, но, так как он лежал на боку, я тут же увидела, что она вышла с другой стороны. Внутренний голос начал отчитываться о статусе пациента, как мы обычно делали в травматологии:

– Огнестрельное ранение в голову! Других признаков проникающих ранений нет!

В кино в подобных случаях жертва теряет сознание, в реальности же парня рвало прямо на самого себя. Я видела в больницах много страшного, но сейчас все было по-другому. Время замедлилось, и я обнаружила, что действую на автопилоте. Один за другим я проверяла показатели, которые выучила наизусть: *проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение, повреждения. Обеспечить проходимость дыхательных путей. Убедиться, что пациент дышит. Проверить пульс. Поддерживать положение шейного отдела позвоночника на случай, если у него сломана шея.* В то же время внутренний голос говорил, что сама я вообще-то не нахожусь в безопасном отделении экстренной помощи: рядом нет охранников, а красная машина может вернуться. Сердце у меня колотилось как сумасшедшее, руки дрожали. Каждая клеточка тела подсказывала мне, что нужно бежать, но я оставалась с раненым парнем до приезда скорой помощи.

Через несколько часов, когда мы давали максимально подробные свидетельские показания в местном полицейском участке, нам сообщили, что парень не выжил. Это была тяжелая новость, но я знала, что сделала все возможное. Вернувшись домой, я не могла уснуть. Проходили недели, месяцы, но каждый раз, когда я видела красную машину или слышала звук резко стартовавшего с места автомобиля, меня словно забрасывало обратно в те чувства, которые я испытала тем вечером. На физическом уровне реакция всегда была

одна и та же: сердце начинало биться очень быстро, глаза бежали, я ощущала дискомфорт в желудке. Теперь я понимаю, что биологически я реагировала на резкое стрессовое воздействие, связав образ красной машины с угрозой. Мое тело помнило, что произошло в тот вечер, и выбрасывало гормоны стресса в кровь на случай, если красная машина, которую я вижу *теперь*, окажется настолько же опасной, что и красная машина, которую я видела *тогда*. Мое тело делало то, для чего оно было создано: защищало меня.

Каждый день человеческому мозгу приходится обрабатывать *очень много* информации и оценивать степень опасности, связанной со скрипящими от ветра деревьями над головой, лаем соседских собак и потоком воздуха, которым обладает вас в метро проезжающий мимо поезд. Чтобы обеспечить выживание людей в окружающем мире, мозг и тело выработали эффективные способы обработки информации; одним из них как раз и является система стрессового ответа. Если маленький ребенок потрогает горячую конфорку, его тело запомнит этот опыт. На биохимическом уровне конфорке (и всему, что с ней связано) будет присвоен статус опасного объекта, так что когда ребенок в следующий раз увидит, как кто-то включает плиту, тело начнет посылать предостерегающие сигналы: яркие воспоминания, мышечное напряжение, учащение пульса. Обычно этого оказывается достаточно для того, чтобы предостеречь человека от повторения опасных действий. Наши тела защищают нас, и в этом есть

определенный смысл. Доисторические создания, которым не удалось выработать этот механизм, просто не доживали до размножения.

Однако иногда стрессовая система работает *слишком* активно. Так случается, когда реакция на стимулы из адаптивной и спасающей жизнь превращается в дезадаптивную и вредную для здоровья. Например, большинство из нас знает, что многие солдаты возвращаются из горячих точек с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Это состояние – яркий пример того, как тело иногда запоминает слишком много. При ПТСР система стрессовой реакции снова и снова путает те сигналы, которые раздаются в настоящем, с теми, которые доносятся из прошлого, и последствия этой путаницы порой бывают настолько тяжелыми, что буквально не дают ветеранам жить. Телу человека с ПТСР все равно, пролетает в небе бомбардировщик В-52 или пассажирский лайнер: оно воспринимает это событие как *смертельную опасность*. ПТСР возникает, когда реакция закрепляется и стрессовый ответ воспроизводится, повторяясь снова и снова.

В моем случае самый древний защитный механизм тела перестал ассоциировать триггер (красную машину) с опасностью, и мозг перестал интерпретировать его как угрозу. Если сегодня мимо меня проедет красная машина, я и бровью не поведу. Еще много лет после случившегося я не могла бы ответить на вопрос, *почему*. Как моему телу удалось

восстановиться после такого острого стресса? За счет чего ослабла связь между сенсорным восприятием красной машины и биологической реакцией стрессового ответа? Я не задавалась этими вопросами до тех пор, пока не встретила на своем пути Диего.

* * *

После обнаружения исследования НДО я посвятила несколько месяцев изучению публикаций по теме. Оказалось, в свет выходили и другие убедительные и невероятно впечатляющие исследования биологии стресса и его влияния на здоровье и развитие детей. Теперь я знала: то же самое, что случилось в ту роковую ночь с моим телом на улице Мишн, происходило и с телами моих пациентов, когда они переживали самый разный негативный опыт, от столкновения с насилием до чувства покинутости. Ощувив опасность, тело запускает бурю химических реакций, направленных на самозащиту. Но, что еще важнее, *тело обладает памятью*. Система стрессового ответа – поразительный пример того, как эволюция позволила нашему виду не просто выжить, но и добиться процветания в настоящем. Эта система есть в организме каждого из нас, и она очень точно настроена и крайне индивидуализирована благодаря генетике и опыту, полученному в начале жизни. Чем стрессовая реакция ребенка без НДО отличается от стрессовой реакции

Диего? Это сложный вопрос, на который мы попытаемся ответить; однако нет сомнений в том, что речь идет об одной и той же системе. Ее налаженная работа способна спасти человеку жизнь; если же система неисправна, она сделает эту жизнь короче.

Стрессовый ответ

Листая журналы во время ожидания в какой-нибудь очереди или заглядывая в водоворот информации в интернете, вы наверняка натыкались на истории о сверхчеловеческой силе: как отец поднял машину, под которую попал ребенок (городская легенда?), или как женщина прогнала пуму, схватившую ее мужа (это реальная история). Встречаются и еще более кинематографичные эпизоды, в которых обычный Джо превращается в героя, пересекая поле боя для спасения друга, — несмотря на то что его тело уже пронзили две пули. Если вас интересует, как людям удастся совершать такие невообразимые поступки, то спешу вас уверить: секрет не в регулярном поедании тарелки хлопьев по утрам. Дело в системе стрессового ответа, которая стала неотъемлемой частью нашего организма благодаря эволюции. По сути, работает она так. Представьте, что вы идете по лесу и видите медведя. Ваш мозг тут же посылает сигналы надпочечникам (железам, расположенным над почками): «Выделяйте гормоны стресса! Адреналин! Кортизол!» Сердце начина-

ет биться сильнее, зрачки расширяются, дыхательные пути раскрываются – и вот вы уже готовы вступить в бой или бежать со всех ног. Эту реакцию обычно так и называют: *бейся или беги*. Она развивалась на протяжении тысячелетий, чтобы спасти наши жизни. Другая, менее известная, реакция тела выражается в замирании – а вдруг медведь примет вас за камень и пройдет мимо. Поэтому некоторые называют эту реакцию *бейся, беги или замри*; но я для простоты буду использовать первый, более короткий вариант.

* * *

Чтобы понять, какие сбои (или, как выражаются врачи, «дисрегуляции») могут возникнуть в системе стрессового ответа организма, нужно сначала понять, как устроено ее нормальное функционирование. Не забывайте: мы говорим об одной из самых древних и сложных биологических систем человеческого организма. Студенты изучают целые курсы, посвященные ей одной, и все равно не могут разобраться в ней до конца. Я постараюсь изложить необходимую информацию об этой системе как можно проще и точнее.

Итак, основные игроки таковы:

- ◆ *миндалевидное тело*: центр страха в мозге;
- ◆ *префронтальная кора*: передняя часть мозга, которая управляет когнитивными и исполнительными функциями, в том числе суждением, настроением и эмоциями;

◆ *гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось* (ГГНО): запускает выработку кортизола (долгоиграющего гормона стресса) надпочечниками и мозгом;

◆ *симпато-адреномедуллярная ось* (САО): запускает выработку адреналина и норадреналина (гормонов стресса с краткосрочным действием) надпочечниками и мозгом;

◆ *гиппокамп*: обрабатывает эмоциональную информацию, играет ключевую роль в консолидации воспоминаний;

◆ *норадренергическое ядро в голубоватом пятне* : система стрессовой реакции непосредственно в мозге, управляющая настроением, раздражительностью, передвижением, возбуждением, вниманием и реакцией испуга.

Итак, давайте вернемся в лес.

Когда вы видите медведя, миндалевидное тело тут же включает сирену, предупреждая мозг, что пришло время бояться, потому что медведи *страшные!* Мозг активирует САО и ГГНО, запуская реакцию «бейся или беги». Сигналы от САО передаются по нервам от мозга к надпочечникам, заставляя их выделять адреналин, который отвечает за различные эмоции, связанные с чувством ужаса. Адреналин заставляет сердце биться сильнее и быстрее, направляя кровь к тем органам, которые в ней нуждаются. Раскрывает дыхательные пути, чтобы вы могли получать больше кислорода. Поднимает кровяное давление и перенаправляет кровь к скелетным мышцам (это необходимо для бега и прыжков) от ме-

нее важных в ситуации опасности мышц: например, маленькой мышцы, которая «запирает» мочевой пузырь. Именно поэтому, когда человек пугается, у него может возникнуть ощущение, что он сейчас описается; а иногда так и происходит. Кроме того, жир перерабатывается в сахар для получения энергии.

САО также активирует норадренергическое ядро в голубоватом пятне; мне нравится говорить, что это научное название для состояния «Карате не знаю, но знаю, что я сумасшедший!». Норадренергическое ядро – это центр стрессовой реакции в мозге, отвечающий за состояние возбуждения (представьте себе фанатов футбольной команды после удачного матча; или еще хуже – после неудачного). Адреналин и норадреналин – мощные стимуляторы, созданные, чтобы помогать нам максимально ясно думать и быстро находить оптимальный способ спастись. Они также отвечают за чувство эйфории: тот самый выброс адреналина, благодаря которому кажется, что можешь покорить мир. Но в химии тела большое значение имеет баланс. Если графически изобразить реакцию префронтальной коры (части мозга, которая отвечает за разумную деятельность, познание и суждение) на адреналин и норадреналин, получится перевернутая буква U; то есть за некоторое улучшение функционирования вы заплатите снижением способности сосредоточиться.

Итак, ваше сердце бьется быстрее, мышцы находятся в режиме готовности, и вы сами готовы вступить в бой. Ес-

ли остановиться и обдумать происходящее, то можно прийти к выводу, что идти на медведя врукопашную – пожалуй, не самая удачная идея. Гризли, например, могут весить до 700 кг. У них огромные зубы и страшные когти. Велика вероятность, что проигравшим в этом бою окажетесь вы. Поэтому, когда мы *действительно* напуганы, центр страха на время отключает думающую часть мозга: только так можно найти в себе силы бросить вызов судьбе. Ведь от этого зависит ваша жизнь. Поэтому миндалевидное тело активирует нейроны, которые ведут к префронтальной коре, и на некоторое время отключает или, по крайней мере, подавляет ее. САО дает очень краткосрочную (длящуюся секунды или минуты) реакцию, которая обеспечивает самые необходимые для тела ресурсы: кровь, кислород, энергию и смелость.

В то же время ГГНО провоцирует выброс в мозг гормонов, которые запускают каскад химических гонцов, что в итоге приводит к выбросу гормонов стресса, имеющих более длительный срок действия, – в частности кортизола. Представьте, что вы живете в лесу, где водится много медведей. После первой пары встреч с этими соседями ваше тело научится реагировать более эффективно. По сути, кортизол помогает телу адаптироваться к повторяющимся или долгосрочным стрессовым факторам: например, к жизни среди медведей или выживанию в условиях недостатка еды. Влияние кортизола в чем-то напоминает влияние адреналина: поднимает кровяное давление и уровень сахара в крови, тор-

мозит познавательные процессы и дестабилизирует настроение. Он также мешает спать, что совершенно оправданно: некрепкий сон может быть очень полезен, если живешь в лесу, кишасщем медведями. В отличие от адреналина, снижающего аппетит и усиливающего процесс сжигания жира, кортизол стимулирует накопление жира, а также побуждает тело к поиску пищи, богатой сахаром и жирами. Вспомните о последнем расставании с романтическим партнером. Если вы задавались вопросом, почему вам не уснуть и никак не оторваться от ведерка с мороженым, то знайте – это шалит кортизол. Высокий уровень кортизола способен мешать работе репродуктивной системы: если вы живете в лесу с медведями, возможно, не стоит размножаться, пока вы не найдете местечко поспокойнее?

Не так очевидна, но оттого не менее важна и другая функция стрессового ответа – активация иммунной системы. Ведь в процессе борьбы с медведем немудрено пораниться. И на этот случай хотелось бы, чтобы ваша иммунная система была готова взяться за дело: запустить воспалительный процесс, стабилизировать состояние раны и позволить вам победить медведя или сбежать.

Как только вы выберетесь из передраги и попадете в безопасное тепло родной пещеры, САО и ГГНО должны выключиться. Тело использует своего рода термостат стресса, так называемое торможение по принципу обратной связи, которое позволяет стрессовому ответу выключиться, как

только дело будет сделано. Когда большое количество адреналина и кортизола попадает в части мозга, запускающие стрессовую реакцию, они отключаются. Какая невероятно развитая система! Особенно полезная для тех, кто действительно живет в лесу с медведями. Но что произойдет, если у вас не получится ощутить безопасность в собственной пещере, потому что медведь живет с вами?

Жизнь с медведем (нарушения стрессового ответа)

На работе я снова и снова встречала детей, переживших ужасающие ситуации. Опасным медведем для одного пациента стал собственный отец, унижавший и бывший мать. Для другого таким медведем стала мать, которая отказалась от психиатрического лечения и оставляла детей одних, зачастую в опасных ситуациях. Я никогда не забуду 14-летнюю девочку, для которой таким медведем оказался целый район, в котором она жила, после того как по пути из школы домой в нее попала шальная пуля.

У многих моих пациентов система стрессового ответа активировалась десятки, а иногда и сотни раз на день. Я понимала, что, если хочу добраться до источника проблем Диего и других пациентов, мне нужно понять, когда и каким образом стрессовый ответ начинает работать не на пользу организму, а против него. Что происходит с мозгом и телом ре-

бенка, который сталкивается с таким большим количеством негативных событий? К счастью, этот вопрос интересовал не только меня, но и некоторых пытливых ученых.

Во время одного из моих многочисленных путешествий в «кроличью нору» исследований я обнаружила прекрасную работу Жаклин Брюс, Филя Фишера и других. В исследовании, проведенном в 2009 году, они решили выявить, каким образом негативный опыт дошкольников, живших в приемных семьях, влияет на функционирование системы стрессового ответа, в частности на ось ГГНО. Для этого они проанализировали уровень кортизола у 117 приемных детей и 60 детей из семей с низким уровнем дохода, *не* подвергавшимся плохому обращению. Результаты их исследования подтвердили мои предположения по поводу пациентов, с которыми я работала: у детей, находящихся под временной опекой, по сравнению с детьми, не имевшими аналогичного негативного опыта, наблюдались существенные отклонения в показателях кортизола.

Оказалось, что уровень кортизола предсказуемо меняется в течение дня: утром он довольно высокий, что помогает нам проснуться и подготовиться к предстоящему дню; а затем он постепенно снижается и достигает самого низкого уровня вечером, как раз перед отходом ко сну. Нарушения этой последовательности можно отследить. Фишер и Брюс обнаружили, что у детей, столкнувшихся с плохим обращением, наблюдался не только повышенный уровень кортизо-

ла, но также нарушение графика его изменений в течение дня. Утренний пик был менее выраженным, снижение уровня в течение дня происходило медленнее, а вечером и в течение суток в целом уровень кортизола был выше обычного.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.