

Доктор Сара Маккей

ЖЕНСКИЙ МОЗГ



18+

НЕЙРОБИОЛОГИЯ
ЗДОРОВЬЯ,
ГОРМОНОВ И СЧАСТЬЯ

Сара Маккей
Женский мозг
*Нейробиология здоровья,
гормонов и счастья*

Dr Sarah McKay

Demystifying The Female Brain: A neuroscientist explores health, hormones and happiness

Впервые опубликовано Orion Spring, импринтом Orion Publishing Group Ltd., London

Перевод с английского Ульяны Сапциной

© Sarah McKay, 2018

© Сапцина У., перевод на русский язык, 2020

© Издание на русском языке, оформление. ООО «Издательская Группа «Азбука-Аттикус», 2020

КоЛибри®

* * *

Провокационная и увлекательная книга, которая исследует нейробиологию здоровья, гормонов и счастья.

Weekly Times

Нейробиолог рассматривает работу женского мозга, в особенности с точки зрения воздействия наших гормонов. Очень увлекательно!

Psychologies UK

Книга нейробиолога доктора Сары Маккей проливает свет на то, как конкретно работает ваш ум.

Woman's Health

Доктор Сара Маккей проникает в женский мозг и показывает различия, которые влияют на наше серое вещество, когда мы проходим свой жизненный цикл.

Elle Australia

Захватывающая, необходимая книга.

Femail

Вступление

Каково это – жить с женским мозгом

«Можете подготовить статью о том, почему во время менопаузы женщинам кажется, будто они теряют рассудок? – спросила редактор сайта о здоровье мозга, с которым я сотрудничала несколько лет назад. – Вы ведь специализируетесь на нейробиологии. Посмотрите, что удастся выяснить». Задание сформулировали коротко и ясно: написать о таком симптоме менопаузы, как «туман в голове» и его причинах. Я наивно полагала, что ответ окажется простым: заторможенность мышления, нарушение концентрации внимания и забывчивость (более научные определения этого явления) могут быть обусловлены старением яичников и угасанием гормональных функций.

Углубившись в исследования и побеседовав со специалистами в области женского здоровья, я выяснила: «туман в голове» возникает не только потому, что снижается уровень гормонов яичников. Да, с возрастом содержание многих гормонов в организме действительно меняется, и эти вещества на самом деле влияют на работу мозга. Однако симптомы менопаузы, связанные с функциями мозга, у каждой женщины зависят от многочисленных взаимосвязанных причин: общего состояния здоровья, самочувствия, генетических характеристик, предшествующей депрессии, количества сна и физической активности, взаимоотношений и круга поддержки, репродуктивного анамнеза, различных жизненных обстоятельств.

Кроме того, я узнала, что «туман в голове» отличается от легких когнитивных нарушений (ЛКН), которые, по мнению врачей, указывают на *нездоровое*, патологическое старение мозга (когнитивные процессы связаны с мышлением). Сходство этих двух состояний способно вызывать серьезную тревогу, так как многие женщины ошибочно полагают, что затуманенность мышления свидетельствует о начале упадка и развития болезни Альцгеймера (БА).

Путешествие в сферу здоровья женского мозга навело меня на мысли о так называемом «материнстве головного мозга», или «мамнезии» (baby brain), – этим термином некоторые из моих подруг описывают неясность мышления и неспособность сосредоточиться во время беременности. И я задумалась, каковы причины в этом случае. Виноват ли только изменившийся гормональный фон? Или все дело в тревоге, связанной с рождением малыша? Или же нас просто отвлекают шевеления ребенка?

Мои размышления над «материнством головного мозга», «туманом в голове» и их причинами породили целый поток вопросов о женской зрелости, природе, среде и нейробиологии, о которых я никогда прежде не задумывалась.

Чем вызвана послеродовая депрессия – резким снижением уровня гормонов после родов, недосыпанием или утратой прежних представлений о себе как о профессионале, строящем карьеру?

А пубертатная хандра? Чем объясняются эмоциональные расстройства в подростковом возрасте – менструальным циклом? Или началом учебы в старших классах? Или это из-за вредных девчонок?

Что происходит с нашим мозгом во время менструального цикла? Как влияют на эмоции противозачаточные таблетки? Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) – это хорошо или плохо? Меняется ли мозг в связи с материнством? Что с ним происходит, когда мы влюблены?

И вот что я осознала: сорок с лишним лет я жила с женским телом и мозгом, управляла ими, причем более половины этого срока – работая в области нейробиологии. Но я практически никогда не уделяла внимания тому, как лично моя нейробиология определяется моей жизнью девочки и женщины и, в частности, как мой женский мозг влияет на повседневное поведение, переживания и опыт.

Так и родилась идея этой книги.

Моя цель – провести для вас хронологическую экскурсию по всей жизни и показать, как мозг и сознание формируются и меняются под влиянием генов и гормонов, жизненных событий, общества и культуры, мыслей, чувств и убеждений. Я начну с внутриутробного развития, затем последовательно рассмотрю младенчество и детство, пубертат и менструальный цикл, подростковые годы, психическое здоровье, романтические отношения и секс, беременность и материнство, менопаузу и, наконец, долголетие и преклонный возраст. Я делаю акцент на жизни женщины и не стесняюсь этого, но, естественно, многие из вопросов в равной степени относятся и к женщинам, и к мужчинам – в том числе период внутриутробного развития, детство и отрочество, душевное здоровье, любовь и старение.

А где же результаты нейробиологических исследований здоровья женщин?

За последнее десятилетие, работая над текстами в области наук о мозге, я разработала и многократно проверила метод сбора информации по незнакомой теме. Прежде всего я прочитываю соответствующую главу из «Основ нейробиологии»^[1] – нейробиблии, обожаемой фанатами нейронаук по всему миру. Затем я провожу быстрый поиск на сайте PubMed – в этой базе данных собрана литература по биологии и медицине, – нахожу недавний обзор по теме, обычно написанный ведущим ученым в определенной области, и получаю представление о дискуссиях и единых мнениях о проблеме. После этого я чувствую себя достаточно уверенно, чтобы читать и понимать научные исследования. И наконец, я обращаюсь к специалистам – ученым, врачам, экспертам. Несмотря на занятость, они не жалеют времени, чтобы ответить на мои вопросы и восполнить пробелы в моих знаниях.

Однако нейробиологию повседневной жизни женщин не всегда описывают так доступно, как я ожидала, взявшись за дело. Изучая мир женского здоровья, я зачастую приходила в замешательство. Вновь и вновь штудировав учебники и специальную литературу, я обнаруживала, что по особенно интересующим меня вопросам исследований крайне мало.

Например, я рассчитывала на многочисленные данные о влиянии оральных контрацептивов на мозг женщины. Однако в обзоре 2014 года итоги подводились под заголовком «50 лет гормональной контрацепции: пора выяснить, как она воздействует на мозг» (50 Years of Hormonal Contraception: Time to Find Out What It Does to the Brain). Действительно, давно пора.

Я с гордостью анонсировала на своей странице в Facebook, что наконец погружаюсь в нейробиологию множественных оргазмов. Но погружение оказалось неглубоким. PubMed выдал лишь пять статей по этой теме, и три из них были посвящены вероятности множественных оргазмов у мужчин. Одна из них носила занятное название «Множественные оргазмы у мужчин: что нам уже известно» (Multiple Orgasms in Men: What We Know So Far). (К сведению: оргазм как таковой не удостоивается упоминания в учебниках нейробиологии, и о женском до сих пор известно очень мало.)

Несмотря на все старания, мне так и не удалось найти статистику о том, сколько женщин страдают от эмоциональных расстройств накануне менструации, известных также как предменструальный синдром (ПМС). В конце концов я сумела выявить хоть какой-то диапазон – где-то между 12 и 90 %.

Я была убеждена, что мне удастся рассказать читательницам средних лет, поможет ли им ЗГТ защититься от деменции или избавиться от «тумана в голове». Но у нас просто не хватает информации о благотворном воздействии ЗГТ на здоровье мозга, чтобы давать рекомендации. Почему литература о ЗГТ настолько скудна, когда речь идет о нейробиологии и женском здоровье?

Причин несколько.

Исторически сложилось так, что доклинические исследования (то есть на подопытных животных – крысах, мышах или обезьянах) проводились в основном на самцах. Проведенный в 2009 году анализ свыше 2000 исследований на животных выявил, что в восьми биологических дисциплинах из десяти для исследований гораздо чаще использовались самцы. Этот сдвиг оказался наиболее выраженным в нейробиологии, где отношение подопытных самок к самцам составило 1:5,5. Особенно тревожит, что в фармакологии (изучении лекарств) показатель тот же: на каждую самку, участвующую в исследованиях, приходится пять самцов^[2].

С клиническими исследованиями (с участием людей) дело обстоит немногим лучше. Известно несколько крупных проектов, охватывающих исключительно женщин, таких как Women's Health Study (Исследование женского здоровья) – о них я расскажу далее. Однако много лет женщин полностью исключали из испытаний лекарственных препаратов. Как отмечает один критик, «многие профессионалы в сфере медицины могут подтвердить, что на протяжении десятилетий типичным участником испытаний по умолчанию был мужчина весом 70 кг»^[3].

Это вызывает беспокойство, так как тревожность и депрессия, инсульты и рассеянный склероз у женщин выявляются вдвое чаще, чем у мужчин; женщины больше мужчин предрасположены к побочным реакциям на лекарства. В 1997–2000 годах из каждых десяти препаратов, изъятых из продажи в США, восемь были отозваны из-за серьезного нежелательного воздействия, наблюдавшегося у женщин. Совокупный эффект исключения женщин из исследований или предположения, что в биологическом отношении женщины – это «маленькие мужчины», разрушителен^[4], ^[5]. Как было указано в журнале Nature, современная медицинская помощь женщинам гораздо менее основана на фактических данных, нежели применительно к мужчинам^[6].

Велик соблазн решить, что откровенный сексизм процветает в чертогах науки и башнях слоновой кости не меньше, чем в прочих глобальных институтах. Так и есть, но сексизм – не единственная причина отсутствия гендерного равенства. Существуют и законные объяснения для такого перекоса в соотношении. Одно из них – безопасность: если женщина забеременеет во время испытаний лекарственного препарата, возникнет потенциальная угроза для будущего ребенка. Еще одна причина – усложнение сбора данных для особей женского пола, как у людей, так и у животных. Из-за цикличности выработки половых гормонов, особенно в фертильном возрасте между пубертатом и менопаузой, в

биологическом отношении мы принципиально более изменчивы, чем мужчины. Менструальный цикл однажды сравнили с «досадным свойством, присущим женщинам, нежелательным источником дополнительной вариативности, которого разумнее всего избегать»^[7].

Положение осложняет то, что у людей биологический пол (анатомия и физиология) и гендер (характеристики, которые общество или культура определяет как маскулинные или фемининные) тесно связаны, переплетены и почти неразделимы. Как вы убедитесь, чрезвычайно сложно обосновать заявления вроде «это у нее из-за гормонов» или «все дело в культурных ожиданиях». Вместо того чтобы разбираться в тонкостях женского пола и гендера, женских гормонов и культуры, ученые часто выбирают более легкий путь и сосредотачивают внимание на мужчинах.

И наконец, исследования, посвященные полу и гендеру, в течение длительного времени находились почти под запретом. В особенности это относилось к нейробиологии: многих специалистов весьма заботило, чтобы результатами их работы не подкреплялись устаревшие и некорректные стереотипы и дискриминация. И это небезосновательные опасения. Исторически женский мозг считался недостаточно развитым или биологически неполноценным по сравнению с мужским, и исследования такого рода привлекались, чтобы «поставить женщин на место»^[8]. Один нейробиолог указывал, что изучение межполовых различий когда-то было «прекрасным способом для специалиста по мозгу, не изучающего репродуктивные функции, в лучшем случае утратить доверие, а в худшем – стать отверженным в глазах официальной нейробиологии»^[9]. Другая исследовательница в разговоре со мной призналась: некогда она считала, что включать в исследования пол в качестве биологической переменной – это проявление «лености». Лишь потом она пришла к выводу, что изучение влияния на мозг женского менструального цикла может придать ее работам особую ценность.

К счастью, научное сообщество старается устранить дефицит нейробиологических исследований, посвященных женщинам. В этой книге вы познакомитесь с некоторыми учеными, находящимися в авангарде этого движения. Такие организации, как Национальные институты здравоохранения (НИИ) в США, а также научные периодические издания, например *Journal of Neuroscience Research*, в настоящее время требуют, чтобы пол как биологическая переменная включался во все исследования. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) четко заявляет: изучение здоровья женщин и девочек – приоритетно. В Австралии проводится Австралийское длительное исследование женского здоровья (ALSWH), в котором ученые наблюдают за физическим, психическим состоянием и психосоциальным статусом более 58 тысяч женщин на протяжении всей их жизни. И наконец, предпринимаются такие замечательные инициативы, как Гендерные инновации (Gendered Innovations) Стэнфордского университета. Цель этого проекта – «задействовать созидательный потенциал анализа пола и гендера в инновациях и открытиях».

Насколько велики различия между мужским и женским мозгом?

Скажите кому-нибудь, что пишете книгу о нейробиологии повседневной жизни женщины, – и неизбежно услышите вопрос: «В чем разница между мужским и женским мозгом?»

Некоторые готовы сразу выдать длинный список свойств, связанных с врожденными биологическими различиями мужского и женского мозга. Весьма привлекательная идея: у всех женщин «женский мозг», а у всех мужчин – «мужской». Этим и объясняются «фемининное» или «маскулинное» поведение, способности, предпочтения и черты личности. Что же это за различия?

Из-за особенностей работы мозга женщины эмоциональны, не умеют читать карты, но способны к многозадачности, предпочитают людей вещам, не просят повышения по службе и уж конечно вряд ли сделают карьеру в сфере программирования или точных наук.

«Мужской мозг» не позволяет своим владельцам считывать эмоции и заставляет предпочитать вещи людям (если речь не о порно). Зато мужчины с большей вероятностью оказываются гениями и настойчиво добиваются повышения на работе.

Естественно, результаты исследований половых и гендерных различий нас впечатляют, особенно если они сопровождаются нейробиологическими объяснениями. (И правда, что может быть заманчивее газетного заголовка, в котором сочетаются пол и нейробиология?)

Отвечая на вопрос о межполовых различиях, я всегда для начала заявляю, что *эта книга – не о различиях между мужским и женским мозгом*. В этой книге сквозь призму нейробиологии рассматривается здоровье исключительно девочек и женщин, за что мне совершенно не стыдно.

Затем я обычно объясняю, что никакого «мужского» и «женского» мозга не существует. По сути, сходства между ними больше, чем различий. Просто поделить людей на две группы на основании анатомии их мозга нельзя – точно так же, как на основании анатомии их гениталий. Мозг любого человека – это уникальная мозаика различных характеристик: одни условно «мужские», другие – «женские», а большинство из них уместнее назвать андрогинными.

Такую концепцию мозаичного мозга поддерживает группа, работающая в Тель-Авивском университете в Израиле под руководством нейробиолога Дафны Джоэл. С помощью такого метода исследования, как магнитно-резонансная томография (МРТ), ученые провели сотни измерений мозга более чем 1400 взрослых. Группа Джоэл обнаружила у мужчин и женщин обширные совпадения всех изученных зон и связей мозга. Одни особенности чаще встречались у женщин, другие – у мужчин, но примерно у половины из 1400 испытуемых наблюдались сходные характеристики^[10].

Прошу простить мне стереотипный выбор цветов, но представьте себе, что мозг состоит из множества сотен мелких деталей. Условно женские – розовые, условно мужские – голубые. Если смотреть издали, мозаика мозга у некоторых женщин окажется ярко-розовой, а у некоторых мужчин – насыщенно-голубой. Но у большинства людей она будет играть разными оттенками синего, сиреневого и фиолетового.

Этот способ восприятия мозга подобен тому, как мы относимся к привычкам, симпатиям и антипатиям, способностям и странностям. Мы считаем, что в человеке смешиваются «маскулинные», «фемининные» и гендерно-нейтральные характеристики. Каждый, как и его мозг, представляет собой уникальную мозаику.

Статистика помогает с точностью определить выраженность каких-либо межполовых различий. Да, мне отлично известно, что многим она кажется слишком сухой и сложной. К счастью, нейробиолог Донна Мейни

разработала замечательный онлайн-инструмент, который наглядно иллюстрирует статистические данные. Если пожелаете о нем узнать, зайдите на сайт SexDifference.org.

Для тех же, кто мыслит статистически, поясню: этот инструмент определяет численное значение d – показателя величины различий между двумя группами. Вот что важно: если различия отсутствуют, d равен нулю. С их ростом увеличивается и d . Как правило, при d не более 0,20 различия незначительные, при 0,50 – умеренные, при 0,80 и выше – большие.

Рассмотрим три примера межполовых различий, чтобы уловить идею: рост во взрослом возрасте, связь между левым и правым полушариями мозга и отметки по математике на третьем году обучения.

Если я скажу вам, что рост одного из моих родителей составлял 191 см, а другого – 160 см, вы догадаетесь, что более высоким был мой отец. Безусловно, *среднестатистический* мужчина выше ростом, чем *среднестатистическая* женщина. Однако все мы знаем, что некоторые женщины выше некоторых мужчин. Узнав, что у моих родителей есть еще один ребенок ростом 183 см, вы предположите, что это мой брат, тогда как на самом деле у меня очень рослая сестра. При больших межполовых различиях по среднему росту показатель d значительный: 1,91. И все же есть существенное частичное совпадение (около 34 %) между распределением роста у мужчин и женщин.

Распространено мнение, что левое и правое полушария у женщин «теснее связаны», чем у мужчин, потому что у нас крупнее мозолистое тело – сплетение волокон, соединяющее левую и правую половины мозга. По какой-то причине из этого факта сделали вывод о том, что женщины сильны в многозадачности и эмпатии. На рис. 1 показана среднестатистическая разница в связи полушарий у мужчин и женщин, и она весьма мала. Величина d составляет 0,31 при частичном совпадении 88 %.

Считается, что мальчики разбираются в математике лучше, чем девочки (видимо, поэтому в Google среди

разработчиков не так много женщин). Для проверки этого утверждения я взяла результаты австралийского национального стандартного теста по математике NAPLAN^[11] для третьего года обучения за 2016 год, когда тестирование проходил мой старший сын. Эти данные я ввела в калькулятор Мейни на сайте SexDifference.org. В возрастной группе моего сына средние оценки у мальчиков чуть превышали результаты девочек. Но величина d составила 0,14, то есть различие было незначительным, а частичное совпадение распределения достигало 94 %. Иными словами, почти половина девочек написала тест лучше, чем среднестатистический мальчик.

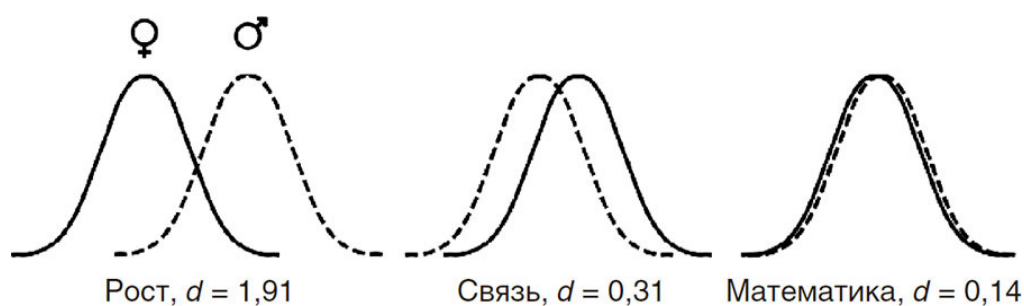


Рис. 1. Кривые распределения межполовых различий для роста во взрослом возрасте, связи между левым и правым полушариями мозга и оценок по математике. Сплошная линия – женщины, пунктирная – мужчины. По материалам сайта SexDifference.org

Вся эта статистика – не для того, чтобы вызвать у вас скуку смертную. Она показывает, как оценить выявленные на практике межполовые различия с помощью эффективного научного инструмента. Если вы готовы потратить время, в любом приличном научном отчете найдутся все необходимые данные, которые можно ввести в этот калькулятор.

Говоря о концепции мозаичного мозга и статистике по межполовым различиям и сходству, я не пытаюсь свести к минимуму или обойти разговор о различиях, которые действительно существуют. Скорее, я предлагаю вам отучиться от привычки выяснять, разные ли мы, и задаться более сложными вопросами: «Насколько велики эти различия? В чем сходства? Каков мой мозг?»

Понятно, что масштаб и природа физических, психологических и поведенческих различий между мужчинами и женщинами, обусловленных функциями мозга, вызывают много споров, в том числе политизированных. Профессор Маргарет Маккарти, нейробиолог и специалист по половым гормонам и развитию мозга, дипломатично подводит итоги этой дискуссии: «Межполовых различий мозга больше, чем хотелось бы одним, и меньше, чем убеждены другие»^[12].

Природа, среда или нейропластичность?

Меня всегда интересовало, как наша жизнь воздействует на мозг и как, в свою очередь, мозг определяет, кто мы такие. Поэтому в докторской диссертации я исследовала самые ранние события жизни, влияющие на формирование нейронных связей. Моя диссертация начинается словами: «Моя работа – переосмысление спора вековой давности “природа или среда”. Какие особенности развития зависят от врожденных механизмов, а какие требуют опыта?»

Нижний этаж, пыльная угловая комната университетской физиологической лаборатории в Оксфорде – три года ночами я проводила здесь эксперименты. Я скрупулезно фиксировала развитие клеток мозга (нейронов) и связей между ними (синапсов) в зрительной коре (той части головного мозга, которая обрабатывает зрительные образы). И надеялась определить, в какой степени нейронные цепочки сформированы врожденными биологическими механизмами (природой), а какие зависят от жизненного опыта (средой).

На последней странице диссертации я делала вывод: «Таким образом, по-видимому, нейронные связи меняются в ходе развития. И в этом процессе участвует как природа, так и среда». Когда друзья-докторанты задавали в пабе неизбежный вопрос: «Как диссер?» – после нескольких лет недосыпания я могла ответить лишь одно: «Я выяснила, что мозг меняется. Дело не в природе *или* жизненном опыте. Думаю, понемногу влияет и то и другое».

Мои исследования не содержали неожиданных открытий, однако их результаты в точности совпали с данными из многочисленных источников, которые подтверждают: в создании нейронных связей в процессе развития мозга участвует природа и среда.

С тех пор прошло 20 лет. Философские дебаты о том, что важнее, уже не ведутся. Природа и среда взаимодействуют. Они работают сообща. Мозг формируют гены, гормоны, молекулы, врожденные закономерности нейронной активности, составляющие программу «природы», а также детский опыт, социальные связи, образование, культура, окружающий мир – и это уже программа «среды». Вместе природа и среда создают мозг.

Ваш пластичный мозаичный мозг

С представлениями о разнице между мужским и женским мозгом тесно связана идея о том, что любые различия раз и навсегда запрограммированы генами или заложены в материнской утробе под воздействием гормонов. При этом подразумевается, что природа имеет значение, а среда – нет. Вера в принципиально разные функции мозга у мужчин и женщин не учитывает взаимосвязь пола и гендера – такую же, как между природой и средой.

Заблуждение о врожденном характере, а значит, статичности межполовых различий полностью противоречит доказанному факту: мозг пластичен и меняется на протяжении всей жизни. В некотором смысле его развитие не останавливается до самой смерти человека. Любой опыт – от чтения этой книги до вступления в пубертат, взаимодействия с коллегами, участия в спортивных состязаниях и любви к ребенку – вносит свой вклад в формирование мозга. Триллионы нервных связей непрерывно разрастаются или отсекаются, создаются и трансформируются, оптимизируются и совершенствуются в соответствии с нашим окружением.

Розовые и голубые элементы мозаики мозга – это не твердые кусочки смальты, место для которых раз и навсегда определено генами и гормонами, когда ребенок еще находится в утробе матери. Эти элементы перемещаются, меняют форму, заменяются, полируются и шлифуются всю жизнь. Наш мозаичный мозг – пластичное, самобытное произведение искусства, и он всегда находится в процессе создания.

В этой книге я не собираюсь изучать различия или сходство между полами или ломать гендерные стереотипы «Марс против Венеры». Поэтому заинтересованным читателям рекомендую обратиться к двум превосходным изданиям: «Гендерные заблуждения: подлинная наука за

межполовыми различиями» психолога и феминистки Корделии Файн^[13] и «Розовый мозг, голубой мозг: как из мелких различий вырастают проблематичные расхождения – и что можно с этим поделать» нейробиолога Лиз Элиот^[14].

Важная оговорка

Как нейробиолога меня учили не только физиологии, фармакологии и психологии, но и тому, как оценивать достоверность свидетельств, рассматривать разные гипотезы и формулировать объяснения на основании данных. В научных публикациях принято упоминать о спорных моментах и делать пояснения.

Я тоже сделаю кое-какие оговорки – о них следует помнить, читая эту книгу:

Пол – биологическое и обычно, хоть и не всегда, исчерпывающее понятие. Для некоторых людей гендер и пол – это не просто заявления вроде «благодаря хромосомам XX получается девочка» и «благодаря хромосомам XY появляется мальчик». Теперь мы больше знаем о младенцах, которые рождаются с интерсекс-вариациями, при которых их репродуктивная или половая анатомия не соответствует типично женской или мужской.

Гендер, с другой стороны, понятие гораздо более сложное. Это сочетание культурных, социальных, биологических и психологических элементов. Гендер означает то, как мы выглядим, действуем и чувствуем. Он гораздо чаще соответствует полу, чем не согласуется с ним. В таком случае ребенок, родившийся с женскими гениталиями и, по всей видимости, с двумя X-хромосомами, вырастает, считаясь девочкой или женщиной. Аналогично ребенка, родившего с пенисом и, очевидно, с мужскими XY-хромосомами, воспринимают как мальчика или мужчину. Людей, у которых гендерная идентичность и биологический пол совпадают, часто называются цисгендерными. Тех, у кого гендер и пол не совпадают, именуют по-разному. Используются, например, такие термины, как «трансгендерный», «гендерквир» (или «небинарный») и «гендерно неконформный» («гендерно вариативный»)^[15].

Сексуальная ориентация – еще одно важное понятие. Оно определяет влечение (эмоциональное,

психологическое, физическое и/или сексуальное) к другим людям. Человека могут привлекать представители его пола, противоположного или обоих полов сразу. Влечение может и не иметь связи с полом или гендером^[16].

За исключением особо оговоренных случаев, упоминая «девочек» или «женщин», я имею в виду людей, которые родились с женскими гениталиями, предположительно с двумя X-хромосомами, были воспитаны как девочки и в настоящий момент отождествляют себя с женщинами. Мне прекрасно известно, что многие люди не вписываются в эту традиционную классификацию. Обсуждение нейробиологии интерсексуалов, трансгендеров или транссексуалов, несомненно, обогатило бы книгу. Но нейробиологических исследований по этим вопросам немного, поэтому я пишу главным образом о цисгендерных девочках и женщинах.

Определение пола и гендера – очень сложная тема. Наука пока только наверстывает упущенное, чтобы исследовать весь возможный спектр. Если хотите больше узнать о научных исследованиях за рамками хрестоматийных определений мужчины и женщины, пола и гендера, рекомендую статью «Пол и гендер. Это не женская проблема» в сентябрьском выпуске журнала Scientific American за 2017 год. В ней представлен на редкость полезный обзор^[17].

Как вы увидите, в этой книге я делюсь некоторыми историями из собственной жизни. Я – цисгендерная гетеросексуальная женщина, но ни в коем случае не высказываюсь от лица всех остальных.

1

Внутриутробный период

Большая гонка сперматозоидов

Бумага-миллиметровка, термометр, почерпнутые из учебника сведения о гормональном регулировании овуляции – к зачатию я приступила со всем пылом аспирантки первого года обучения. К счастью, мой организм и муж действовали сообща, так что уже почти 10 лет я мама двух замечательных мальчиков. Пока я работала над этой главой, муж возил нашего старшего сына на обязательное школьное мероприятие «Откуда я взялся?». Я ждала их с нетерпением дома. Едва сын вошел в дом, я, несмотря на все старания вести себя спокойно и невозмутимо, прямо-таки кинулась к нему с вопросом: «Ну так откуда же ВСЕ-ТАКИ берутся дети?»

«Ну, это как-то странно и стыдно, но интересно, – ответил он. – Сперматозоиды плывут по такому каналу. Половина направляется не в ту сторону и погибает. Другая половина плывет куда надо и находит яйцеклетку, которая выделяет особое химическое вещество. Один сперматозоид захватывает ее и становится победителем».

С момента, когда сперматозоид-победитель «захватывает» яйцеклетку и передает ей или X-, или Y-хромосому, начинается новая жизнь, и это тоже странно и тоже интересно. В большинстве случаев, если речь идет о женщине в биологическом смысле слова, она наследует первую X-хромосому от матери, а вторую – от отца. Мужчина (в биологическом смысле этого слова) получает X-хромосому от матери, а от отца – Y-хромосому.

Две половые хромосомы называются так, потому что под микроскопом выглядят как буквы X и Y. Вместе с еще 22 парами они составляют две туго скрученные двойные спирали ДНК. ДНК содержит инструкции для генов, а те – инструкции для образования белков. В полной «инструкции по эксплуатации» нашей ДНК на удивление мало генов – около 20 тысяч, – из которых одна треть описывает устройство мозга^[18].

Среднестатистический нейрон образует с другими нейронами десятки тысяч связей, называемых синапсами. Даже по самым скромным подсчетам 86 миллиардов нейронов мозга могут содержать до сотни триллионов синапсов. Вы наверняка уже сообразили, что цифры не сходятся: для небольшого количества генов у нас чересчур много синапсов.

Оказывается, взаимосвязь между генами, мозгом и поведением чрезвычайно сложна. От ДНК, унаследованной от матери и отца, зависит, кто мы такие, но не прямым и примитивным образом. В этой книге мы разберемся, каким образом триллионы синапсов в женском мозге делают нас теми, кто мы есть. Вы убедитесь, что, хотя гены обеспечивают основные биологические инструкции для жизни, на экспрессию генов влияют, усиливают и меняют ее многие другие биологические, социальные и психологические факторы.

Закрепление яйцеклетки

Строго говоря, оплодотворенная яйцеклетка называется зиготой. В первые шесть-семь дней своей жизни она продвигается по фаллопиевой трубе, продолжая многократно делиться, пока не образует полый шар из клеток – бластоцисту. Достигнув матки, бластоциста прикрепляется к ее стенке, где клетки продолжают делиться, формируя два слоя: один становится эмбрионом, другой – плацентой^[19].

Плацента – не просто пограничный слой между ребенком и его матерью. Она действует как гигантская железа, выделяя ряд гормонов и химических веществ, необходимых для сохранения беременности и подготовки будущей мамы к родам. Первая задача плаценты – вырабатывать гормон беременности, хорионический гонадотропин человека (ХГ или ХГЧ). Если вам приходилось с тревогой ждать появления тонкой голубой линии на полоске теста, должна была произойти именно химическая реакция с ХГЧ. Вслед за этим гормоном начинают вырабатываться другие, прекращающие менструальный цикл^[20].

Поскольку плацента образуется из тех же клеток, что и будущий ребенок, с хромосомами XX или XY, у нее тоже есть биологический пол. Пол плаценты определяет то, как она действует и как ограждает ребенка от последствий материнского стресса, инфекций и изменения рациона. Она играет центральную роль в межполовых различиях во время внутриутробного роста и выживания. По-видимому, «женская» плацента выполняет защитные функции несколько активнее, чем «мужская»^[21].

Вопрос с нервной трубкой еще не закрыт

К тому времени как ваш тест на беременность даст положительный результат или вы пропустите одну менструацию (примерно через две недели после зачатия или через четыре недели после последних месячных), мозг ребенка уже начнет формироваться. Нервная система закладывается одной из первых и развивается многие годы: в наши 20, 30 лет и дальше мозг продолжает «взрослеть».

Головной и спинной мозг человека берут начало из нервной пластинки – плоского слоя клеток прикрепленной бластоцисты. После слаженных действий этот слой сворачивается, его края сгибаются, сходятся и «срастаются», как будто застегнули молнию. Образуется нервная трубка. Кажется, что это лишние подробности в изучении мозга, но ранний этап очень важен, ведь потом из нервной трубки возникает вся нервная система.

Возможно, вы уже слышали о нервной трубке: как правило, это название произносят очень серьезным тоном вместе с упоминанием «препаратов фолиевой кислоты» и «врожденного порока развития». И эта серьезность оправданна. Сложный и деликатный процесс сращения нервной трубки может дать серьезный сбой, а фолат, по-видимому, помогает ее защитить. Фолат – встречающаяся в природе форма витамина B₉, который выпускается под названием фолиевой кислоты.

Если за 28 дней после зачатия нервная трубка не зарастет правильно, возникнут опасные врожденные нарушения, в том числе расщепление позвоночника и анэнцефалия (буквально – «отсутствие мозга»). Фолат, безусловно, предотвращает возникновение дефектов, но точный механизм его действия неизвестен. Как иронизируют некоторые ученые, вопрос фолата и нервной трубки еще совсем не закрыт^[22].

Ваша участь – стать женщиной

Возможно, вы уже ждете, когда я наконец перейду к *женскому* мозгу. До этого я использовала термины мужского рода главным образом потому, что примерно месяц после зачатия половых различий между эмбрионами нет. Наберитесь терпения: чтобы понять, как формируется мозг женщины, нам предстоит сначала обсудить развитие эмбриона мужского пола.

В возрасте шести-восьми недель у эмбрионов с XY-хромосомами включается ген Y-хромосомы – определяющий пол участок Y-хромосомы, как его называют, или сокращенно – ген SRY. Он содержит инструкции по построению белкового фактора развития семенников, регулирующего развитие мужских половых желез. SRY приводит в действие цепочку из десятков генов, которые включены у эмбрионов мужского пола и отключены у эмбрионов женского пола^[23].

Генетик Дженни Грейвс, профессор австралийского Университета Ла Троба, объясняет: несмотря на то что SRY – всего лишь один ген, его влияние гораздо значительнее, чем возникновение семенников. «Такие мужские гормоны, как тестостерон, вырабатываются семенниками эмбриона и воздействуют на весь организм. Андрогены приводят в действие сотни, а то и тысячи генов, которыми определяются мужские гениталии, мужское развитие, волосы, голос и особенности поведения», – говорит она^[24].

Если Y-хромосомы нет, для плода выбирается вариант развития «по умолчанию» и его пол становится женским. Выражение «по умолчанию» кое-кому кажется несколько пренебрежительным.

Чтобы разобраться в тонкостях внутриутробного развития мужского мозга по сравнению с женским, я обратилась к нейробиологу Маргарет Маккарти, профессору школы медицины при Мэрилендском университете. Она изучает влияние гормонов на развитие

мозга. В этой сфере Маккарти – среди первопроходцев. Она одной из первых исследовала, как половые гормоны формируют развивающийся мозг. «“По умолчанию” не означает пассивность, – чуть ли не сразу высказалась она таким тоном, что стало ясно: это заявление она делает далеко не в первый раз. – Попробуйте использовать другое выражение: “развивающийся мозг млекопитающего *предназначен* для женского фенотипа”».

Так что теперь мы знаем, что *предназначение* всех эмбрионов – женское, если только не сработает ген SRY в Y-хромосоме.

Без мужской Y-хромосомы развиваются яичники

У плода с XX-хромосомами нет Y-хромосомы, а значит, нет и гена SRY. Вместо него включаются и отключаются другие гены, которые активируют программу развития яичников и подавляют программу формирования семенников.

Яичники – лишь одна из трех структур, которые во многом регулируют нашу репродуктивную жизнь. Это трио известно под названием гипоталамо-гипофизарно-яичниковая ось (или ось ГГЯ). Гипоталамус и гипофиз – это структуры мозга.

Кратко обсудим все три элемента, начиная с гипоталамуса. Он находится в основании мозга под таламусом (отсюда и название – «*гипо*-таламус», «под таламусом»), рядом со своим напарником – гипофизом. Из всех участков мозга гипоталамус самый занятой. Он отслеживает и поддерживает такие жизненно важные показатели, как температура, метаболизм, голод, жажда, агрессия, сексуальное возбуждение, циркадные ритмы и стресс. С другими участками мозга он связан нейронными цепочками, а со всем организмом – сетью кровеносных сосудов, передающей реакцию мозга.

Близость гипоталамуса и гипофиза очень важна, поскольку гормоны и другие нейрохимические вещества из гипоталамуса поступают в кровеносные сосуды,

соединенные непосредственно с передней долей гипофиза. Этот портал обеспечивает быструю и прямую связь.

Переднюю долю гипофиза часто называют ведущей, так как ее гормоны стимулируют и регулируют деятельность желез, тканей и органов повсюду, в том числе и в яичниках. Однако считать гипофиз «ведущим» ошибочно, поскольку он подчиняется гипоталамусу, жестко контролирующему все его действия.

И наконец, яичники. Они находятся в нижней части живота, очень далеко от головного мозга. Эти железы вырабатывают и выделяют гормоны и яйцеклетки (ооциты). Примерно к середине пребывания в материнской утробе в яичниках девочки содержится около 5 миллионов ооцитов. По сценарию развития, о котором речь пойдет далее, две трети этих клеток погибает, так что к моменту рождения у девочки остается примерно полмиллиона-миллион ооцитов. К пубертату их число снизится до нескольких сотен тысяч. С поправкой на несколько беременностей в среднем за ее жизнь выделится 450 яйцеклеток.

Яичники реагируют на поступающие через кровь гормональные сигналы гипофиза, выделяя собственные гормоны: в первой половине менструального цикла это в основном эстроген, а после стабильной овуляции – прогестерон. По мере достижения зрелости яичники лучше реагируют на сигналы мозга, и отчасти эта зрелость проявляется в «установлении» менструального цикла в раннем подростковом возрасте. Для стабилизации зрелого цикла овуляции может понадобиться несколько лет.

С начала пубертата одной из наиболее важных задач оси ГГЯ становится регулирование выброса гормонов яичников, в том числе эстрогена. Эстроген – это не отдельно взятый гормон. Правильнее говорить об *эстрогенах*, то есть группе трех гормонов: эстрадиола, эстриола и эстрона.

• *Эстрадиол* – главный эстроген, вырабатываемый яичниками. Он необходим для развития вторичных

половых признаков, например молочных желез, а также для менструального цикла и беременности. Синтетический эстрадиол входит в состав противозачаточных таблеток.

- *Эстриол* вырабатывает плацента. Его почти невозможно обнаружить в обычное время, зато при беременности его уровень возрастает в тысячу раз.

- *Эстрон* – еще один менее эффективный эстроген, вырабатываемый яичниками и доминирующий уже после менопаузы.

Ради простоты и в тех случаях, когда незачем делать различие между этими тремя эстрогенами, я буду использовать общее название «эстроген».

Половые гормоны организуют репродуктивные зоны мозга в предродовой период

Мать-природа эгоистична. Она ставит перед нами единственную цель – заниматься сексом и приносить потомство. Чтобы мы гарантированно встречались и совокуплялись, те участки нашего мозга, которые управляют размножением, в особенности гипоталамус, становятся «маскулинизированными» или «феминизированными» – под стать нашим гонадам (то есть половым железам).

Гормоны влияют на развитие и реакции репродуктивных цепочек нашего мозга. Период внутриутробного развития – первый из двух жизненных этапов, когда наш мозг очень чувствителен к половым гормонам. «Мы называем этот ранний период гормонального воздействия организационным, ведь он упорядочивает или программирует мозг так, чтобы тот реагировал на гормоны во взрослом возрасте», – объясняет Маккарти. Многие межполовые различия, которые действительно существуют, предопределены развитием. Затем они активизируются или выявляются под действием гормонов во время второго этапа – пубертата.

В предродовой период главенствует тестостерон, вырабатываемый семенниками плода. Тестостерон обеспечивает «маскулинизацию» репродуктивных участков мозга у мальчиков. У девочек без тестостерона участки мозга, имеющие отношение к репродуктивному поведению, становятся «феминизированными».

Какую роль играет эстроген в развитии женского мозга?

Возможно, вы спросите: если тестостерон «маскулинизирует» еще не родившегося младенца-мальчика, влияет эстроген из яичников плода на «феминизирование» еще не родившейся девочки?

Хотите – верьте, хотите – нет, но фетальный^[25] эстроген не играет вообще никакой роли. Эмбрионам женского пола не требуются гормоны яичников, чтобы стать «феминизированными» (не забывайте: они и так *предназначены* для того, чтобы стать женщинами). Таким образом, на развитие женского мозга косвенно воздействует скорее *отсутствие* эстрогена, чем его присутствие.

Мозг неродившихся младенцев также защищен от влияния материнских эстрогенов (вырабатываемых матерью младенцев и плацентой) молекулой альфа-фетопротеина, образующейся в печени плода. Он вступает в связь с эстрогеном в крови и не дает материнскому эстрогену попасть в мозг ребенка^[26].

Любопытно, что эстроген участвует в организации архитектуры *мужского* мозга. Тестостерон легко проникает в мозг плода мужского пола, где его преобразует в эстрадиол фермент ароматаза. Уже доказано, что «женский» гормон эстрадиол отвечает за «маскулинизацию» мужского мозга во внутриутробный период.

Мать-природа эгоистична. И у нее есть чувство юмора.

От мозга к поведению: ищем связи

Межполовые различия в успеваемости по математике, интересе к технике или способности к точным и естественным наукам зачастую приписывают исключительно наличию (или отсутствию) тестостерона при внутриутробном развитии. В 2005 году президент Гарвардского университета Лоуренс Саммерс высказал спорное предположение: успехи мужчин в областях, связанных с математикой, объясняются врожденными биологическими различиями, а именно пренатальным тестостероном. Правда, вскоре он ушел в отставку. Один из программистов Google в августе 2017 года привел тот же довод, объясняя, почему женщины меньше

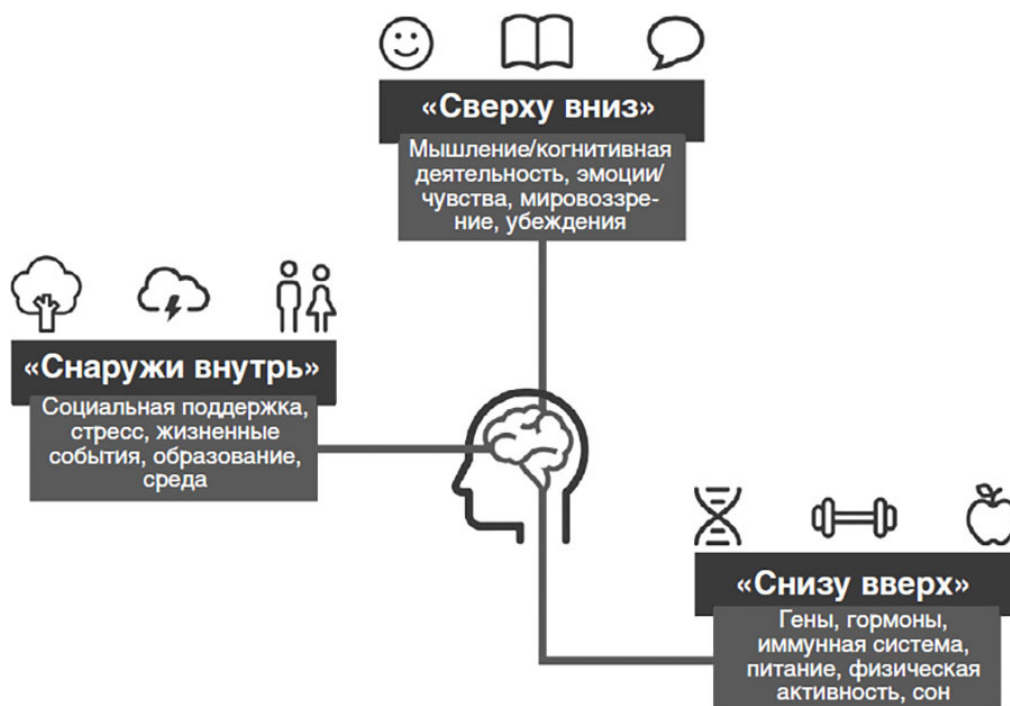
преуспевают в естественных и точных науках, и выступил против межгрупповых тренингов. Его уволили.

Большинство ученых, изучающих межполовые различия, соглашаются, что пренатальный тестостерон напрямую не влияет на успехи в учебе у детей или выбор карьеры у взрослых. Тому есть убедительные доказательства. Корделия Файн указывает, что исследования межполовых различий, обусловленных гормонами, зачастую корреляционные. Они подразумевают, что уровень гормонов – основная причина, но не учитывают факт, что наша биология «переплетена» с нашим жизненным опытом и социальным контекстом^[27].

Пренатальные гормоны могут обеспечить «небольшой толчок в одном направлении»^[28]. Его результаты либо дополняются, либо уничтожаются средой. Вот мое мнение: еще 60 лет назад политики, юристы и доктора среди женщин встречались редко, так же как и ученые, инженеры или математики. (Что уж говорить о женщинах, пишущих книги по нейробиологии.) Очевидно, что колоссальное гендерное неравенство в обществе не объясняется небольшими межполовыми различиями, которые существуют в мозге детей до рождения. Отношение и культурные ожидания социума, связанные со способностями девочек и женщин, и наше положение на рабочем месте разительно изменились. А вот уровень пренатальных гормонов – нет.

Установить прямую связь между пренатальными гормонами, мозгом и поведением нейробиологам оказалось гораздо сложнее, чем можно подумать. Нам нелегко составить общую картину по тщательно контролируемым лабораторным исследованиям даже на грызунах, не то что на людях. Все это можно в самом упрощенном виде приписать тому факту, что обширные *сети* нейронов контролируют, кто мы такие и как себя ведем. Одна из ролей этих сетей – объединять информацию из множества источников. На протяжении всей жизни социальные, культурные и психологические влияния в сложном сочетании с биологией определяют

наше мышление, чувства и поведение.



Модель «снизу вверх, снаружи внутрь, сверху вниз» я разработала для своих студентов. Это структура, в которой рассматривается влияние на мозг биологических, психологических и социальных факторов на протяжении жизни.

- Элементы группы «снизу вверх» – биологические или физиологические факторы, определяющие здоровье мозга, развитие и старение. К ним относятся гены, гормоны, иммунная система, питание, физическая активность, сон и другие особенности образа жизни, которые мы выбираем.

- Элементам группы «снаружи внутрь» – круг общения, среда обитания, жизненные события, образование, нынешние обстоятельства, внешние стрессовые факторы и семейное происхождение.

- Элементы группы «сверху вниз» – мысли, эмоции, личностные качества, мировоззрение и система

убеждений.

Эти многочисленные элементы не только определяют развитие, функционирование и здоровье мозга. Каждый из них динамически влияет на остальные.

Например:

- От мыслей и чувств может зависеть наше физическое восприятие боли. Вот почему стресс из группы «снаружи внутрь» способен усугублять ощущение («сверху вниз») боли («снизу вверх»).
- Социальные контакты непосредственно связаны со здоровьем мозга, вот почему у людей, живущих изолированно, выше риск деменции.
- Физическое здоровье влияет на настроение. Именно поэтому двигательная активность («снизу вверх») регулирует эмоции («сверху вниз») и может использоваться для лечения депрессии.

Как выстроить мозг

Если вы присутствовали на нейрохирургической операции или смотрели ее запись на YouTube, вы могли заметить, что живой человеческий мозг не розовый и не голубой. Он пульсирующий, сиреневато-серый. Самый наружный складчатый слой коры, серое вещество, получило свое название за внешний вид. Оно содержит тело нейронов, их разветвленные отростки, которые называются дендритами, а также клетки других типов – глии. На глубине сантиметра под поверхностью находится белое вещество, состоящее из нервных пучков, соединяющих вместе разные области серого вещества.

Как правило, в каждом полушарии коры головного мозга выделяют четыре доли: лобную, височную, теменную и затылочную. Если не вдаваться в подробности, то у каждого вида – свои задачи. Затылочные доли обрабатывают зрительные образы. Височные отвечают за звуковую информацию, речь и память. В теменные поступают данные от органов чувств, связанные с движением. А лобные доли, которые у людей крупнее и гораздо более развиты, чем у любых других млекопитающих, управляют движениями, языком, абстрактным мышлением и вниманием.

Откуда мы знаем, какая часть мозга чем занимается? Подсказка – в первых строках шедевра Оливера Сакса «Человек, который принял жену за шляпу»: «Дефицит, излюбленное слово неврологов...» Функциональный дефицит, вызванный, например, инсультом или опухолью мозга, дал неврологам первое представление о том, что называется «локализацией функции»^[29].

Как рассказывает Сакс, исследовать взаимосвязь мозга и разума начали в 1861 году. Тогда французский невролог Поль Брока обнаружил, что речь неизменно нарушается из-за поражения конкретного участка левой височной доли. Так был открыт путь к составлению карт человеческого мозга. Отдельным его участкам стали

приписывать конкретные способности – лингвистические, интеллектуальные, эмоциональные, зрительные и т. д. Во время работы над диссертацией я провела сотни часов, вводя вольфрамовые микроэлектроды на глубину 4 мм в ту часть затылочной коры головного мозга, где, как я точно знала, смогу записать входящий сигнал от одного или другого глаза. Аналогично нейрохирурги используют стимулирующие электроды, чтобы провести тщательное картирование головного мозга, и лишь потом берутся за скальпель. Это помогает не задеть жизненно важные области. Современная фМРТ (функциональная магнитно-резонансная томография) выдает карту мозгового кровообращения, по ней можно судить об активности разных участков и локализации функций.

Конкретная задача или черта никогда не «привязывается» к определенному месту в коре головного мозга на всю жизнь. Не забывайте, что мозг пластичен и меняется в течение жизни. В опытах с вольфрамовыми микроэлектродами мне удалось управлять предпочтением левого или правого глаза для отдельно взятого нейрона, в зависимости от того, какой глаз закрывала повязка. Другие исследователи доказали, что зрительные нейроны можно научить реагировать на звуки, если перенаправить поступающие от уха сигналы. На нейропластичности основана наша способность усваивать и запоминать информацию, а также восстанавливаться после таких поражений головного мозга, как инсульт.

Если копнуть чуть глубже, мы увидим, что специфичность участков мозга поддерживается многообразием. Даже, казалось бы, у простейших структур набор клеток удивительно богат. В сетчатке глаза – десятки видов нервных клеток, в спинном мозге – более сотни типов специализированных нейронов, управляющих мышцами. На ранней стадии развития эмбриона разнообразие достигается благодаря химическим градиентам и сигнальным молекулам. Например, ориентация «голова-хвост» или «право-лево» зависит от того, насколько близко или далеко находится клетка к источнику вещества, которое влияет на включение или

выключение генов и тем самым определяет развитие клетки определенного типа.

Разнообразие и точность связей, сформированных многими миллиардами нейронов за время внутриутробного развития, – основа поразительных способностей нашего мозга и разума. Мозга, который позволяет нам любить, чувствовать, существовать в мире, создавать произведения искусства, запускать спутники в космос даже при таких нарушениях, как у пациента Сакса, который «протянул руку, схватил свою жену за голову и... попытался приподнять ее, чтобы надеть на себя»^[30].

Рождение новых клеток мозга

От нескольких сотен клеток, свернувшихся в нервную трубку, до 86 миллиардов на редкость разнообразных нейронов в мозге новорожденного – колоссальный рост. С помощью простых вычислений можно определить, что за одну минуту внутриутробного развития появляется от четверти до половины миллиона нейронов. Пролиферация мозга (то есть разрастание ткани за счет деления клеток) сводится к клеткам всего одного типа – стволовым.

Этот термин напоминает о сумасшедших ученых, перспективных средствах для лечения рака и болезни Паркинсона, спорах об этичности использования тканей abortированного человеческого плода. Однако в естественной среде стволовые клетки существуют без всяких драм.

У них два уникальных свойства: бесконечно делиться, создавая многочисленные копии самих себя, и видоизменяться в клетки любого типа, содержащиеся в организме. *Нервные* стволовые клетки, как понятно из названия, производят клетки всех типов, какие только есть в мозге и нервной системе, в том числе нейроны и глия. Нейроны образуются из стволовых клеток в процессе *нейрогенеза*, а глия – *глиогенеза*.

Половина клеток мозга – это глия. Среди них различают три основных подтипа: астроциты, олигодендроциты и

микроглия. Сам термин «глия» происходит от древнегреческого слова, означающего «клей»: некогда считалось, что такие клетки предназначены исключительно для того, чтобы скреплять нейроны. Но глия не просто удерживает структуру мозга. Разные виды глии обеспечивают питание нейронам, вычищают токсины во время сна (астроциты), изолируют аксоны нейронов миелином (олигодендроциты, или шванновские клетки периферийной нервной системы) и действуют как внутренняя иммунная система мозга (микроглия). Глиогенез происходит на протяжении всей жизни человека. На снимках головного мозга по изменению объема или плотности белого вещества можно видеть, как увеличивается или сокращается число олигодендроцитов.

Нейрогенез в мозге взрослого человека изучен не так хорошо. Этот процесс у людей среднего возраста был впервые описан в знаменитом исследовании о содержании в атмосфере углерода-14. Этот радиоактивный изотоп углерода активно образовывался при ядерных взрывах и попадал в ДНК. В 1955–1963 годах его концентрация в атмосфере выросла из-за надземных ядерных испытаний во время холодной войны. В воздухе углерод-14 вступает в реакцию с кислородом. Образуется углекислый газ – диоксид углерода CO_2 , который растения поглощают в процессе фотосинтеза. Когда мы едим эти растения или мясо питающихся ими животных, углерод-14 попадает в наши клетки. Те делятся, оставляя в ДНК «пометку о дате» деления. У людей, живших в годы холодной войны, все вновь появившиеся нейроны в мозге оказались «помеченными» углеродом-14. Выяснив это, нейробиологи определили, что в гиппокампе каждого человека средних лет ежедневно появляется 700 новых нейронов, маркированных углеродом-14. Гиппокамп (от др.-греч. «морской конек») – центр обучения и памяти мозга, формой он и правда напоминает эту забавную рыбку^[31].

Понятно, что нейрогенез вызывает нешуточный ажиотаж, особенно его перспективы в терапии и борьбе со старением мозга. И правда, кому не понравится, что

клетки мозга у нас ежедневно пополняются, а не теряются с возрастом? Но какими бы внушительными ни казались эти цифры, 700 нейронов в день – это всего 0,004 % от общего количества клеток одного типа, содержащихся в гиппокампе. И это в 10 раз ниже, чем у грызунов, которых используют в исследовании неврологических заболеваний. Поэтому некоторые ученые задаются вопросом, какой вклад это сравнительно небольшое количество новорожденных нейронов вносит в сложные формы поведения и психиатрические расстройства^[32]. Воодушевления еще немного поубавится, если осознать, что подавляющее большинство исследований нейрогенеза проводилось на подопытных животных, а не на людях. Нам известно, что нейрогенез у грызунов замедляется из-за стресса, депрессии или воспаления и ускоряется благодаря антидепрессантам, физической активности и обучению. Но мы понятия не имеем, происходит ли то же самое с мозгом взрослых людей.

Вирус Зика нарушает миграцию клеток мозга

В конце 2015 года в мировой прессе появились сообщения: в Южной Америке, особенно в Бразилии, рождается необычно много младенцев с непропорционально маленькой деформированной головой (микроцефалией). По этому поводу высказывались разные гипотезы, но большинство свидетельств указывало на вспышку вируса Зика как возможную причину. Эту инфекцию переносят комары. Столицей летней Олимпиады 2016 года стал Рио-де-Жанейро, и многие туристы и спортсмены даже подумывали пропустить игры, чтобы не заразиться.

Оказалось, что вирус Зика поражает клетки мозга определенного типа, которые называются радиальной глией. Эта структура выступает в роли нервных стволовых клеток, а еще вдоль нее мигрируют новорожденные нейроны. На поперечном сечении развивающейся нервной трубки видно, что радиальная глия располагается в толще стенки, поперек трубки, – как спицы в колесе велосипеда. Появившись, нейроны движутся внутри трубки вдоль радиальной глиии, пока не займут свое место. Каждый новорожденный нейрон проползает по своим собратьям, которые уже закрепились. Так шесть слоев коры головного мозга наращиваются изнутри наружу. Дата рождения нейрона определяет его «почтовый индекс» – место, где он окажется. Полностью выполнив свою функцию в развитии, радиальная глия втягивает отростки, сворачивается в шар и превращается в астроциты.

Сегодня, когда я пишу эти строки, исследования показали: если беременная женщина заражается вирусом Зика, инфекция проникает в радиальную глию плода и вызывает врожденные пороки. Клетки радиальной глиии перестают расти, делиться и не выживают. В итоге сокращается численность нейронов, рождающихся и мигрирующих на свои позиции. Возможно, именно поэтому младенцы рождаются с явно недоразвитым мозгом^[33], ^[34].

Половина нейронов рождается, чтобы умереть

При нормальной беременности значительная часть нейрогенеза завершается к пятому-шестому месяцам. А затем происходит кое-что неожиданное: половина родившихся нейронов умирает.

Нейроны погибают в ходе апоптоза (от др.-греч. слова, означающего «листопад»). Это процесс клеточного суицида, который строго регулируется. Апоптоз кажется нерациональным, но он позволяет установить окончательное число нейронов и глиальных клеток и распределить нейроны по целям, которые им предстоит иннервировать, связать с нервной системой. Легче всего представить, зачем нужен апоптоз, на примере других тканей. Сначала рука ребенка – сплюснутая, с перепонками, похожа на утиную лапу. Чтобы появились человеческие пальцы, клетки перепонки сжимаются и отмирают.

Молекулы направляют аксоны к их целям

«Мозг – это мир, состоящий из неизведанных материков и неизвестных протяженных территорий», – писал Сантьяго Рамон-и-Кахаль, удостоенный в 1906 году Нобелевской премии по физиологии и медицине. Испанского врача и гистолога часто называют крестным отцом современной нейробиологии.

Кахаль прав. После рождения и миграции к конечному пункту все выжившие нейроны, не приговоренные к апоптозу, пускают отростки. Многие из этих отростков, называемых дендритами, внешне похожи на ветки дерева и действуют как приемные устройства – получают сигналы от других нейронов. Аксон – это устройство вывода нейрона. Длинный и тонкий, похожий на лиану отросток, который передает электрические сигналы от клеточного тела нейрона. Как только нейрон осваивается в своем доме и обзаводится отростками, аксон отправляется в путешествие.

Растущий кончик аксона, называемый конусом роста, – настоящее чудо. С одной стороны, это сенсорная структура, способная ориентироваться в своем окружении по молекулярным и химическим указателям. С другой – это двигатель, деятельность которого физически продвигает аксон по территории мозга плода. Аксон перемещается на короткие расстояния и соединяется с соседями, удаленными всего на несколько микронов. Он же растягивается на метры (на всю длину пути вниз по спинному мозгу и до большого пальца ноги) – все равно что младенец прополз бы из Перта на юго-западе Австралии до многоквартирного дома на набережной в Сиднее и постучал в дверь определенной квартиры. Настоящий навигационный подвиг! Как только растущий аксон достигает места назначения, конус роста разрушается и преобразуется в специализированную структуру, называемую синапсом.

Синапсы – миниатюрные зоны коммуникации

Два нейрона не соприкасаются друг с другом: их разделяет самый крохотный из зазоров – синапс. Он превращает электрический сигнал в химический и передает через узкую синаптическую щель, где принимающий нейрон снова преобразует его в электрический.

Вы наверняка слышали о самых известных сигнальных химических веществах – нейромедиаторах, таких как дофамин, окситоцин и серотонин. Несмотря на их популярность, содержащие их нейроны встречаются в мозге сравнительно редко и просто модифицируют действие двух главных нейромедиаторов. Это глутамат, который возбуждает нервную деятельность, и ГАМК (гамма-аминомасляная кислота), которая тормозит активность нейронов. Изменения в структуре и численности синапсов играют решающую роль в том, как преобразуется мозг. Большинство психоактивных веществ – от кофе и никотина до кокаина и антидепрессантов – воздействует на синапсы. Как мы узнаем в следующих

главах, синапсы трансформируются с обучением и новым опытом. Это явление называют синаптической пластичностью, ему мы обязаны тем, что мозг каждого человека индивидуален.

Не применяешь – потеряешь

На ранней стадии развития синапсы появляются в избытке. Связей образуется гораздо больше, чем требуется. Поэтому, как и в случае с гибелью 50 % нейронов, избыточные синапсы отсекаются.

Пренатальный синаптический прунинг (сокращение численности синапсов) может дать сбой. Тогда возникает довольно загадочное состояние – синестезия. Как писал Оливер Сакс, обычно все зоны нашего мозга специализированы, предназначены для обработки входящих сигналов только одного типа. У людей с синестезией некорректный прунинг синапсов формирует связи между «не теми» зонами мозга. В результате синестезии такие люди могут «слышать» цвета или «чувствовать вкус» форм. В их восприятии, например, «январь – бледного яблочко-зеленого оттенка», а «у ноты до третьей октавы вкус говяжьего бульона». Подобные яркие, творческие описания мира типичны примерно для 4 % людей. Они не столько страдают от синестезии, сколько *одарены* ею.

Первая тысяча дней развития мозга

От зачатия ребенка до его второго дня рождения проходит примерно 1000 дней. Это критически важный период, окно возможностей: закладывается фундамент для способности ребенка развиваться, учиться и вносить вклад в будущее.

Как поддержать нового человека в первые 280 из этой тысячи дней?

Мы уже знаем, что достаточное содержание фолата в рационе или в пищевых добавках снижает риск пороков нервной трубки. Алкоголь и курение – два очевидных вредных фактора, которых следует избегать. Если женщины злоупотребляют спиртным во время беременности, мозг младенцев хуже развивается, теряет в объеме, а микроструктура нейронов и синапсов искажается. Никотин влияет на аксональный поиск пути и формирование синапсов. Угарный газ, вдыхаемый при курении, приводит к гипоксии плода (нехватке кислорода). Все это препятствует нормальному развитию мозга^[35]. Примечательно, что мальчики чаще страдают от последствий материнского курения, чем девочки. Возможно, это связано с защитным действием женской плаценты^[36].

Тревога о тревоге

Во время первой беременности мне казалось, что слишком многое может пойти не так: вдруг я надышалась дымом рядом с курильщиками или забыла принять витамины? За долгие годы исследований развития мозга я слишком хорошо поняла, насколько критичен пренатальный период для младенцев. Оказалось, беременность связана со множеством волнений. А когда мама напоминала мне, что я, беспокоясь, «нервирую» ребенка, то я конечно же начинала тревожиться о том, что испытываю стресс.

При нормальной беременности уровень кортизола – гормона стресса – повышается в два-три раза, но ребенок защищен от «нормального, но высокого» материнского кортизола ферментом в плаценте. Однако считается, что экстремальный уровень тревоги или травма – например, из-за стихийного бедствия, насилия или тяжелого заболевания – могут повлиять на деятельность этого фермента и потенциально «передать» стресс ребенку. Полагают, что атаки кортизола при внутриутробном развитии – ключевой механизм развития заболеваний у взрослого человека. Процессы, происходящие во время беременности на разных ее этапах, могут влиять на ребенка после рождения, в детстве и когда он вырастет – так называемая гипотеза внутриутробного программирования^[37].

В кои-то веки моя мама ошибалась. **Нормальный** уровень материнской тревожности не вредит еще не родившимся детям. По сути, тревожность может иметь обратный эффект. В исследовании с участием 94 здоровых женщин ученые из Университета Джонса Хопкинса выяснили, что для младенцев **полезна** «неклиническая материнская тревожность» (то есть типичное беспокойство женщин, которые готовятся к рождению первенца) или неспецифичный стресс, вызванный беременностью (например, волнение по поводу того, достаточно ли ребенок шевелится). Дети, родившиеся у матерей с относительно высокой неклинической материнской тревожностью и неспецифичным стрессом, в двухлетнем возрасте демонстрировали более раннее двигательное и когнитивное развитие^[38].

Авторы выражают надежду, что их результаты позволят с облегчением вздохнуть тем женщинам, которым свойственно тревожиться из-за тревоги. Жаль, что я не знала об этих исследованиях, когда была беременна!

Исследование гололеда в Монреале

Стихийное бедствие – это удобный, хоть и жестокий «эксперимент в естественных условиях». Оно помогает

выяснить, как чрезвычайно стрессогенные события влияют на развитие мозга на внутриутробном этапе. Один такой непредвиденный эксперимент прошел в канадской провинции Квебек в январе 1998 года, когда после зимних дождей тысячи опор на линиях электропередач обледенели и обрушились. Энергосеть вышла из строя. Три миллиона человек, в том числе сотни беременных, прожили без электричества не менее 45 суток – и это в самое холодное время года.

Через пять месяцев после этих событий группе ученых из Университета Макгилла, которой руководила психиатр Сюзанна Кинг, представилась уникальная возможность. Так называемый великий гололед 1998 года позволил им изучить влияние материнского стресса на развитие детей, которые во время бедствия находились в материнской утробе. В исследовании участвовали несколько сотен женщин, которые зимой 1998 года были беременны. На протяжении следующих десятилетий ученые внимательно наблюдали, как этот период сказался на детях^[39].

Дети проекта «Гололед» (Project Ice Storm) родились с меньшим ростом и весом и раньше, чем ожидалось, особенно если стихийное бедствие пришлось на самое начало или самый конец беременности. В младенчестве у них задерживалось когнитивное и речевое развитие. Обследование в пятилетнем возрасте показало: речевые и когнитивные задержки сохранялись, а также чаще встречались проблемы с концентрацией внимания и поведением. Хотя дети проекта «Гололед» уже подростки, влияние стресса у них до сих пор заметно. У девочек повышен риск раннего пубертата, ожирения и астмы. У некоторых детей искажен дактилоскопический узор (показатель асимметрии развития, обычно наблюдаемый при шизофрении).

В целом мальчикам повезло меньше, чем девочкам. Кинг и ее коллеги предположили, что некоторые из различий могут объясняться характерными особенностями плаценты. По-видимому, «женская» плацента лучше защищает от высокой концентрации материнских гормонов стресса.

Проект «Гололед» показал, насколько тесно ребенок связан с матерью до своего рождения. Физическое и эмоциональное состояние женщины накладывает глубокий отпечаток на внутриутробное развитие и годы детства.

«Суть исследования в том, что еще не родившийся ребенок более уязвим и чувствителен к окружению, в котором живет его мать, чем мы думали, – говорит Кинг. – Мы рекомендуем женщинам избегать стрессов или контролировать их». Разумеется, стихийные бедствия нельзя регулировать или предотвратить. Но Кинг предлагает беременным женщинам и тем, кто о них заботится, по возможности смягчить удар. В книге мы еще не раз вернемся к теме стресса и жизненно важной роли социальной поддержки и защиты.

Мозг новорожденного – черновик, готовый к доработке

В 1928 году Кахаль писал: «Поначалу образуется множество далеких от идеала связей, возникает много ошибок распространения... но несоответствия постепенно исправляются». Он прав и в этом случае. Формирование синапсов, их оптимизация и сокращение численности – это механизм, с помощью которого жизненный опыт, закодированный в виде электрических сигналов, видоизменяет нейронные цепочки мозга. Происходит это и на этапе внутриутробного развития, и в детстве, и в подростковые годы, и в достаточно зрелом возрасте.

Перед появлением на свет мозг девочки готов к тому, чтобы запечатлеть историю ее жизни. Мать-природа уже выдала ей черновик с планом главы. Предстоит заполнить ее словами, связать их в предложения и абзацы, проверить грамматику и пунктуацию. Все это будет переписываться, редактироваться и переделываться на протяжении всей жизни.

В следующей главе мы выясним, что происходит, когда девочка рождается и ее мозг начинает формироваться под влиянием общества и культуры, родительских ожиданий и убеждений, а также личного опыта.

2

Детство

Промозглым осенним вечером 2008 года акушерка походя бросила: «У вас мальчик», чем ужасно меня расстроила. Нет, я всегда была уверена, что жду сына, и огорчилась не поэтому. Просто досадно, что после целой ночи и дня родовых мук пол моего первенца объявила врач, да еще и таким обыденным небрежным тоном.

Через 19 месяцев, когда меня наблюдал другой врач, в моем плане родов значилось: «Пол ребенка объявит муж». После вторых родов – покороче и полегче – надо мной подняли моего второго младенца. «Еще мальчик!» – воскликнула я. «Я ни слова не сказала!» – поспешила заверить акушерка. К счастью, муж заворожено смотрел на своего новенького сына и не возражал, что объявление на этот раз сделала я.

Едва сделав первый вдох, ребенок первым делом слышит: «Это мальчик» или «Это девочка». Дети приходят в мир, где гендер имеет значение. Поэтому, чтобы разобраться в развитии женского мозга, надо иметь представление о гендерном влиянии и ожиданиях.

В предыдущей главе мы обсудили, как гены и гормоны влияют на мозг младенца, пока тот находится в утробе матери. Если беременная женщина здорова, хорошо питается, не подвергается стрессу и воздействию токсинов, биология играет решающую роль и определяет, что происходит с ребенком. В этой главе мы рассмотрим, как мозг развивается в детстве и как на него влияют не только биологические факторы вроде «снизу вверх», но и сложная система установок общества и среды.

В прошлой главе мы остановились на том, как после естественных, тщательно продуманных процессов сворачивания нервной трубки, пролиферации, миграции, ориентации и смерти клеток появился «черновик» нервной системы. Когда новорожденная девочка попадает из

защищающей ее матки в большой бурлящий мир, ее мозг примерно втрое меньше, чем у взрослой женщины. Этот младенческий мозг способен регулировать лишь основные рефлексы: сосание, плач, сон. После рождения начинается бурный рост. Черновик приобретает индивидуальные особенности и формируется, пока девочка познает мир. Опыт младенчества, детства и подросткового возраста – как хороший, так и плохой – оставляет в мозге четкие следы.

Развитие мозга от рождения до зрелости

Когда-то считалось, что мозг перестает расти и развиваться к тому времени, как дети начинают учиться в школе. Такие выводы делались по результатам вскрытия. С виду мозг 5-летних и 45-летних выглядел одинаково. Только с появлением современных безопасных методов визуализации удалось исследовать головной мозг детей и проверить, верна ли эта гипотеза^[40].

С 1990-х годов МРТ доказывает, что мозг, безусловно, развивается особенно быстро в первые несколько лет жизни, но процесс продолжается еще много лет после того, как дети выходят из детского возраста. Нейробиолог Кэтрин Лебел из Университета Калгари в Канаде использует различные методики МРТ, чтобы ответить на простой вопрос: как меняется мозг в течение детства?

В одном ее исследовании участвовали 103 ребенка и молодых человека в возрасте от 5 до 30 лет. Мозг каждого добровольца просканировали с помощью передовой версии МРТ – диффузионно-тензорной томографии (ДТТ). Она дает уникальную информацию о микроструктуре мозга. Все участники прошли процедуру как минимум дважды с интервалом примерно четыре года, а некоторые – три или четыре раза. Результаты 221 томограммы показали, как белое и серое вещество менялось у детей, подростков и взрослых.

Лебел обнаружила, что с 5 до 30 лет объем белого вещества увеличивался, а объем серого – сокращался. Поскольку эти процессы уравнивали друг друга, общий объем мозга почти не менялся^[41], ^[42].

В исследовании не участвовали люди старше 30 лет, однако множество других работ демонстрируют: объем белого вещества продолжает увеличиваться, достигает пика примерно к 50 годам, а затем постепенно снижается в

ходе нормального старения^[43], ^[44]. Некоторые остряки уверяют, что эти результаты отражают морфологическое развитие мудрости^[45]. Потеря серого вещества замедляется к 20 годам, после этого толщина коры головного мозга практически не меняется до начала дегенерации в преклонном возрасте. Исследования Лебел подтвердили, нормальное развитие мозга происходит упорядоченно, предсказуемо и соответствует появлению навыков и схем поведения. По мере того как мозг становится организованнее, эффективнее и сложнее, то же самое происходит и с его владельцем.

Присмотримся к белому и серому веществу

На свежих срезах человеческого мозга или изображениях ДТТ, полученных Лебел, видна нервная ткань двух видов: наружный складчатый слой серовато-сиреневого вещества и находящееся под ним волокнистое белое вещество.

Из серого вещества состоит кора головного мозга и некоторые более глубинные мозговые структуры – такие как миндалевидное тело и гиппокамп (вместе их называют лимбической системой). Серое вещество содержит тела нейронов, их дендриты и один из видов глии – астроциты.

Белое вещество – это пучки аксонов, связывающих различные структуры или части серого вещества воедино. Пути белого вещества бывают и короткими – от левого полушария до правого, и длинными – растягиваются вниз по спинному мозгу.

Если рассмотреть под микроскопом тонкие срезы белого вещества из мозга детей разного возраста (или крыс, если вас это больше устраивает), мы увидим, что связанные с развитием модификации, описанные Лебел, зачастую почти не имеют отношения к самим нейронам.

Модификация белого вещества обусловлена олигодендроцитами. Они вытягивают длинные, тонкие, плоские отростки и обвиваются вокруг аксонов, словно оборачивают их защитной пленкой слой за слоем. Олигодендроцитовые оболочки состоят из жировой белой субстанции – миелина. Он обеспечивает электроизоляцию для аксонов. Именно миелину белое вещество обязано своим названием. Объем белого вещества показывает, насколько толстым слоем миелина покрыты аксоны. От этого напрямую зависит электроизоляция аксонов, а значит, эффективность связи между нейронами. Проще говоря, чем больше миелина, тем быстрее коммуникация.

Как я упоминала в первой главе, половина нейронов, что появились в развивающемся мозге, умирает. Однако большинство клеток гибнет до рождения ребенка. Сокращение объема серого вещества в детском и подростковом возрасте в основном связано с потерей избыточных синапсов или связей между нейронами.

Гибель половины всех новорожденных нейронов и отсекание половины образовавшихся синапсов выглядит ужасным расточительством, однако массовая пролиферация, за которой следует ликвидация, и есть способ оптимизации нейронных сетей мозга, чтобы они работали эффективнее и приспособлялись к миру, в котором мы живем.

Как же нейроны выбирают себе синаптических партнеров? Какие синапсы сохраняются, а какие удаляются?

Профессор Колин Экермен, нейробиолог Оксфордского университета, в своих исследованиях пытается ответить на этот вопрос. Когда я писала диссертацию, мы с ним работали в одной и той же физиологической лаборатории на нижнем этаже и однажды дождливым утром, пока я писала эту книгу, разговорились за кофе на кафедре фармакологии в Оксфорде. Я спросила Колина, как бы он описал «синаптическую совместимость».

«Тип, прочность и распространение синаптических связей определяют поведение отдельных нейронов в пределах нейронной сети, – объяснил он. – Эти синаптические цепочки развиваются за счет запрограммированных генетических механизмов и пластичных процессов, зависящих от деятельности». Словом, все дело в природе, среде или понемногу и в том и в другом.

«Решение принимается по принципу “не применяешь – потеряешь”, – продолжал Экермен. – Когда в нейронную сеть поступает информация, начинается настоящее состязание. Его выигрывают аксоны, у которых электрическая активность выше. Менее активные уступают и удаляются».

В годы нашего с Экерменом студенчества фразы «клетки, что работают вместе, связываются» или «синапс не вписался – без связи остался» только входили в обиход. Эти два выражения коротко описывают процесс, когда нейронная активность вызывает «срабатывание» и «связывание» предсинаптических и постсинаптических нейронов. Отбор и отбраковку синапсов регулирует опыт по принципу «не применяешь – потеряешь». Нейронная активность – биологический инструмент, с помощью которого опыт детства формирует и оптимизирует каждый конкретный мозг.

Архитектура мозга определяется ранним опытом

Человеческие младенцы рождаются гораздо менее зрелыми, чем детеныши большинства видов животных. Новорожденная газель встает на ножки уже через несколько минут после появления на свет. А нам удается встать и сделать первые шаги лишь год спустя. Но, пока мы учимся, это медленное и длительное развитие делает нас людьми, и в итоге мы здорово опережаем газелей.

В первые два года жизни малышка учится держать головку, сидеть, ходить, бегать и лазать. Она пользуется простейшими хватательными рефлексом и пробует координировать движения рук, чтобы хвататься и есть самостоятельно, держать цветной мелок и даже проводить прямую линию. Девочка учится понимать, что ей говорят, следовать простым указаниям, начинает говорить простыми предложениями – и часто очень убедительно. В этот период проявляется ее индивидуальность – уникальный набор психологических свойств. Они влияют на то, как девочка мыслит, чувствует и ведет себя.

К началу учебы в школе это уже маленькое социальное существо, развивающее взаимоотношения за пределами своей семьи. У девочки есть друзья, у нее свой характер, пристрастия и антипатии. Она рассказывает истории, занимается творчеством и готова читать, писать и выполнять простые арифметические действия. Она обретает способность мыслить, решать задачи, взаимодействовать с окружающими, проявлять эмпатию и даже развивать «модель психического» (то есть способность понимать душевное состояние – свое и других людей).

Все эти навыки осваиваются отнюдь не в изоляции. Каждая нейронная обработка информации, каждая мысль, чувство и поступок связаны с окружающим миром и возникают под его влиянием. Чтобы мозг нормально

развивался, нужно взаимодействовать с людьми и предметами, осваивать новые места.

Лучше всего дети обучаются в игре. Ими движет эволюционная потребность играть, делать, пробовать, изучать, чувствовать, обонять, экспериментировать и взаимодействовать – с людьми и животными, кастрюлями и мисками с нижней полки кухонного шкафа, с дождевыми лужами. Именно в процессе такого тесного контакта с миром развивается мозг. Юный мозг подготовлен к тому, чтобы учиться и совершенствоваться с опытом. Нет никаких сомнений, что опыт нужен для оптимизации синапсов и развития навыков.

Нашему большому, сложному, социальному мозгу для развития необходимо длинное, богатое событиями детство, которое помогает ему приспособиться к разнообразию взрослой жизни и изменчивому окружению. В долгом детстве закладывается фундамент сознания и самоощущения – этих неопределенных ментальных свойств, благодаря которым каждый из нас становится обаятельной, гибкой и самобытной личностью^[46].

Юный мозг пластичен

Архитектура мозга уточняется и совершенствуется во время периодов интенсивного развития – их называют критическими. Большинство из них приходится на младенчество, но некоторые начинаются только в пубертате. На этих этапах мозг быстро приобретает новые способности: зрительные, речевые и социальные навыки. Опыт в виде сенсорной входящей информации – зрительных образов, звуков и т. д. – необходим, чтобы формировались новые синапсы, укреплялись существующие связи, отмирали избыточные дендриты и добавлялся миелин для ускоренной передачи сигнала. В критические периоды мозг не просто пользуется конкретным опытом – он его *настоячиво требует*, чтобы обновлять и совершенствовать «черновые» нейронные цепочки. И отсутствие необходимой входящей информации в это время может оказаться губительным.

Рассмотрим для примера детей с врожденным косоглазием (страбизмом), при котором глаза не смотрят вместе в одном направлении. Для нормального восприятия глубины пространства надо, чтобы левый и правый глаза действовали сообща в первые несколько месяцев жизни. У детей со страбизмом эта способность нарушена: они не видят предметы трехмерными или не могут определить расстояние до них. Обычно косоглазие регулируется само или легко корректируется – для этого здоровый глаз прикрывают повязкой. Но, если страбизм стойкий или ребенка не лечат, может развиваться «синдром ленивого глаза» – амблиопия. Тогда мозг будет игнорировать информацию от одного глаза, чтобы изображение не двоилось. Чем раньше начинают лечение страбизма, тем лучше. Примерно в 10 лет у ребенка завершается критический период развития бинокулярного зрения, после этого избавиться от косоглазия трудно – время упущено.

Мозг взрослого человека тоже способен меняться под влиянием опыта, но усилий требуется уже больше. Если

вы сравнительно недавно пробовали освоить музыкальный инструмент или иностранный язык, то наверняка согласитесь: научиться можно, но все дается не так легко, как в детстве. Причин тому две: критические периоды завершились, а общая пластичность мозга снизилась.

Начало и завершение критических периодов развития

Нейробиолога из Гарварда Такао Хенша интересует, как и почему пластичность усиливается и ослабевает с возрастом. Он исследует нейронные механизмы, отвечающие за начало и завершение критических периодов развития. Хенш сравнивает активность мозга до критического периода с публикой в концертном зале. Поначалу люди разговаривают – одновременно, шумно, хаотично. И лишь когда открывается занавес, появляется некое подобие структуры и порядка.

Хенш обнаружил, что наступление критических периодов регулируют, «успокаивают болтающую публику» два процесса: развитие нейронов, содержащих тормозной нейромедиатор ГАМК, и молекулярное «торможение». Теперь он выясняет, как регулировать время торможения – вызванного ГАМК и молекулярного. Это нужно, чтобы начать обратный отсчет и заново запустить критические периоды, а значит, исправить проблемы развития^[47], ^[48].

Почему в процессе эволюции появились критические периоды развития? Почему потенциал пластичности сокращается, когда мы становимся старше? Казалось бы, выгоднее сохранить бесконечную способность меняться в ответ на опыт, который приобретается с возрастом. При этом у нас появлялись бы неограниченные возможности с легкостью осваивать новые навыки или справляться с детскими стрессами и травмами.

Большинство ученых считают: если опыт запустит в мозге взрослого человека широкомасштабную

реорганизацию после того, как навыки усвоились и поведение сформировалось, адаптация нарушится. Мозг должен стабилизироваться и обрабатывать информацию об окружающем мире, а не бесконечно меняться под влиянием внешних факторов. Хенш считает, что к «обновлению» критических периодов надо подходить очень осторожно, ведь на этих этапах формируются свойства личности. «Самые ранние воспоминания и опыт принципиально важны, так как они влияют на характер и все, что происходит далее, – говорит он. – Если отнестись к восстановлению пластичности небрежно, новые нейронные связи в мозге могут негативно сказаться на ощущении человеком собственного „я“»^[49].

Освоение языка в детстве: от универсальности к специализации

Теперь, когда мы едва ли не под микроскопом рассмотрели, что происходит в мозге в критические периоды, обратимся к более широкой картине. Давайте выясним, что происходит с человеком – хозяином развивающегося мозга. Влияние интенсивного обучения и развитие пластичности мозга проще всего обсудить на примере того периода, когда дети постигают язык.

Его освоение происходит в два больших этапа: сначала дети учатся понимать слова, потом говорить. Младенцы начинают лепетать в возрасте примерно трех месяцев, а к году выговаривают первые слова. К двухлетнему возрасту они произносят до 50 слов и легко понимают в сотни раз больше. К трем годам дети используют более тысячи слов и составляют предложения с определенной структурой, как взрослые. Этот процесс универсален для всех культур и языков, а значит, в своей основе он нейробиологический.

После пубертата мы еще можем учить новые языки и говорить на них, но уже не без усилий. Не усвоив язык до переходного возраста, мы никогда не будем говорить на нем совершенно бегло или без акцента. Дело в том, что языковой навык лучше всего приобретать, когда речевые центры мозга наиболее пластичны.

Первый год жизни – критический для освоения языка, однако уже к 24–28-й неделям беременности ребенок слышит, что происходит во внешнем мире. Это подтверждают исследования: новорожденные чуть больше предпочитают голос матери и язык, который слышали во внутриутробный период. Разумеется, звуки доносятся приглушенно, сквозь околоплодные воды и стенку матки. Считается, что ребенок усваивает скорее не слова, а интонации, особенности и ритм материнской речи^[50].

Если ваши дети росли в середине 1990-х годов, вы, возможно, сталкивались с предположением, будто бы из тех, кто в материнской утробе слушал классическую музыку, получаются гении или по крайней мере студенты университетов Лиги плюща. Это мнение появилось после того, как исследователи обнаружили: младенцы еще до рождения воспринимают музыку и реагируют на нее. Естественно, некоторые родители решили, что их отпрыскам незачем просто так плавать в околоплодных водах, если можно сразу рвануть вперед в гонке за престижным образованием.

Польза так называемого эффекта Моцарта не доказана (правда, и вреда от него нет – разве что для банковского счета). Однако идея прижилась: в продаже до сих пор есть записи и аппаратура для пренатальных музыкальных уроков. В интернете я наткнулась на одно такое устройство под названием Baburod – «внутривагинальный динамик, разработанный для воспроизведения музыки внутри матки для неродившегося ребенка». Хм...

Не важно, что слушают дети – внутривагинальные трансляции симфоний или приглушенный голос матери, все они рождаются гражданами мира, лингвистическими универсалами.

Эти выражения ввела в обиход Патрисия Кюль, специалист по изучению речи и слуха Университета Вашингтона. Ее исследования показывают: дети из любого уголка мира одинаково способны различать при рождении все звуки всех языков. Взрослым и детям постарше это недоступно. В год ребенок становится «культурно

специфичным» и может различать лишь звуки родной речи, но не иностранной^[51].

Сравним для примера языковое развитие двоих детей: один родился в Токио, другой в Лондоне. С рождения они оба языковые универсалы, а вот их родители, скорее всего, «культурно специфичны». Носители японского языка с трудом различают звуки «р» и «л», воспринимая оба ближе к «р». Если японского и английского младенцев протестировать в полугодовалом возрасте, оба они легко уловят разницу между «р» и «л». Но к 10-месячному возрасту маленький японец перестанет ее слышать, так как его не приучили к этому на критическом этапе развития. Аналогично носители испанского языка замечают разницу между словами *rapo* и *baño*, в то время как носители английского воспринимают звуки «п» и «б» в этих словах как одинаковые.

Поскольку во многих языках используются одинаковые звуки, младенцам приходится учиться тому, чтобы извлекать из языка смысл. В первый год жизни маленький универсал специализируется и «настраивается на частоту» своего родного языка. Той же модели следуют младенцы-билингвы: они просто адаптируются к звукам двух разных языков.

Дети не сидят над домашним заданием по языку, зазубривая слова и правила грамматики. Для освоения речи нужны не стандартное обучение и не старания, а дружелюбные, заботливые взрослые, которые проявляют к ребенку интерес и много с ним беседуют.

Разговаривая с ребенком, вы наверняка заметите, что машинально повышаете голос, замедляете темп речи, утрируете интонации и помогаете себе мимикой: *«При-и-иве-е-ет, кроха, а кто тебя любит, кто тебя лю-у-убит? Да, я-а-а люблю, я»*. Малыши предпочитают слушать именно такую речь. У них нет ни желания, ни потребности в том, чтобы с ними общались как с взрослыми. Сюсюканье такого типа в английском называется *motherese* – буквально «материнский язык» (хотя его с полным основанием заменяют другим

термином, parentese – «родительский язык», так как им пользуются и отцы). Это обучение по принципу «подай – отбей». Взрослые и дети взаимодействуют как в пинг-понге: они гуляют, лепечут, гримасничают и болтают поочередно.

Депривация в первый год – критический период для языка

В критический для освоения языка период у двух групп детей потребность в общении – особая. Это глухие от рождения дети и те, которые выросли в изоляции и в условиях депривации, без взаимодействия типа «подай – отбей»^[52].

В те времена, когда еще не было слуховых аппаратов, кохлеарных имплантов и скрининга новорожденных, врожденная глухота обрекала ребенка на серьезные проблемы в учебе. Таким детям нелегко давались лексика, грамматика и синтаксис (набор правил, принципов и процессов, определяющих структуру предложения, например порядок слов). Им недоставало также невербальных аспектов разговора – поочередного участия, просьб о пояснениях, зрительного контакта и приветствий. Они с трудом учились читать, мучались с математикой и освоением более сложных когнитивных навыков. Примерно в восемь месяцев заканчивается критический период, за который глухим детям следует подобрать слуховой аппарат, чтобы они не отставали от своих слышащих сверстников^[53].

Примечательно, что у глухих детей, знающих язык жестов (зачастую потому, что их родители тоже не слышат), нет таких трудностей в обучении. Язык жестов считается для них «родным». Известно, что глухие малыши способны «лепетать» ручками уже с шестимесячного возраста.

Читатели наверняка слышали о страшных сообщениях, которые пришли из Румынии в конце 1980-х годов, после падения режима Николае Чаушеску. Тысячи детей, обнаруженных в детских домах, не только умирали от голода, но и страдали от социальной и эмоциональной депривации. Британцы усыновили многих из этих сирот. С тех пор за ними наблюдали и сравнивали с усыновленными детьми из Великобритании, не

испытывавшими подобных лишений. В 2017 году в журнале The Lancet вышла фундаментальная научная работа с описанием 165 усыновленных детей, достигших 25–30 лет^[54].

По сравнению с контрольной группой усыновленных британцев, выросшие приемные дети из Румынии хуже учились и реже находили работу. Им чаще требовалась психиатрическая помощь; у многих диагностировали депрессию и тревожность, развившиеся в подростковые годы. К этим проблемам добавлялись нарушения внимания, расстройство привязанности и аутические симптомы. Наиболее сохранными оказались те, кто провел в детском доме в Румынии меньше полугода: такие усыновленные во взрослом возрасте не отличались от приемных британцев. Авторы сделали вывод, что «острые неблагоприятные условия, возникающие вследствие институциональной депривации в раннем детстве, могут оказывать глубокое и длительное психологическое влияние, несмотря на последующее обогащение среды и поддержку семей, обеспеченных различными ресурсами». Теперь ясно, что теплые и заботливые отношения в младенчестве **абсолютно критичны** для нормального развития мозга.

Токсический стресс в детстве приводит к длительным осложнениям

«Возможно, мы недооцениваем значение детства», – говорит профессор Ричи Полтон, руководитель Данидинского исследования. В рамках этой научной программы ученые наблюдают за всеми аспектами жизни 1037 человек, родившихся в Данидине, Новая Зеландия, в 1972 и 1973 годах.

Опыт ранних лет жизни формирует развивающуюся архитектуру мозга, от него в значительной мере зависит, вырастут ли дети здоровыми, продуктивными членами общества. В раннем детстве повышенная пластичность мозга – палка о двух концах: ребенок невероятно способен к обучению, но хуже взрослого справляется с депривацией и стрессом. Токсический стресс – острый, длительный или возникающий, когда ребенок не получает привязанности, заботы и поддержки от опекающих его людей. Такой стресс вредит развитию мозга, мешает обучению, негативно влияет на поведение, физическое и психическое здоровье на всем протяжении жизни^[55]. Подверженность ему наглядно продемонстрировало Данидинское исследование.

Полтону удалось достаточно точно спрогнозировать, у кого из детей с возрастом наметятся проблемы со здоровьем или социальные проблемы. Если дети воспитываются в семье с низким социально-экономическим статусом, с ними грубо обращаются, у них низкий IQ, ослаблен самоконтроль, то во взрослом возрасте они часто не достигают успеха в обществе и у них возникают проблемы со здоровьем. Среди них выше процент уголовных судимостей, они чаще принимают рецептурные препараты, обращаются за социальными выплатами и попадают в больницу. Эту «высокозатратную» группу взрослых удалось достаточно надежно выявить к трехлетнему возрасту. Вместо того чтобы возлагать вину за экономическое бремя на людей, у

которых не было преимуществ в детстве, Полтон предлагает сосредоточить внимание на вмешательстве в раннем возрасте – на том, что он называет «инфраструктурой серого вещества». Это помогает улучшить здоровье и социальное благосостояние детей, лишенных привилегий, в период их роста и развития^[56].

Еще один «эксперимент в естественных условиях» – землетрясения в Крайстчерче

Благодаря группе детей, живущих в нескольких часах езды к северу от Данидина в Новой Зеландии, у нас есть дополнительные данные о том, как крайние проявления стресса в младенчестве влияют на социальное, эмоциональное и когнитивное развитие в детстве.

С сентября 2010 года мой родной город Крайстчерч подвергся серии мощных землетрясений. Самое разрушительное случилось 22 февраля 2011 года. Тогда погибло 185 и было ранено 6600 человек. Так или иначе пострадали все местные жители, в том числе и моя семья. В следующие два года произошло 14 тысяч повторных толчков, в том числе 32 землетрясения магнитудой свыше пяти баллов. Мои друзья пристрастились играть в «угадай магнитуду» в Facebook, многим удавалось определять место разлома и силу толчков с точностью до десятых. «Новая норма» – так люди называли жизнь в постоянной тряске, с поврежденной инфраструктурой, с битвами за выплату страховки и в состоянии сильного психологического напряжения.

В последние годы я узнала, что в школах Крайстчерча появилось больше детей с проблемами в учебе и поведении. Например, одному классу из 22 учеников потребовались четыре дополнительных учителя-помощника. Мы с друзьями и родными единодушно пришли к выводу, что это последствия роста в условиях «новой нормальной» жизни.

Как и за «детьми великого гололеда», за группой детей из Крайстчерча наблюдают. Это делает Кэтлин Либерти,

адъюнкт-профессор и специалист по детскому развитию из Кентерберийского университета. Я встретила ее в кабинете вскоре после Рождества 2016 года, чтобы обсудить проблемы тех, кого она называет «дети пост-ЗТ».

В Новой Зеландии дети идут в школу примерно в пять лет. Либерти собирала данные о социальном, эмоциональном и когнитивном развитии новых учеников с 2006 года. После землетрясений ей удалось заново побывать в тех же начальных школах и получить информацию о «детях пост-ЗТ», а затем сравнить эти сведения с исходными показателями «старой нормальной» жизни.

Либерти подтверждает, что у детей, которые пошли в школу после землетрясения, значительно больше поведенческих проблем и симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В своей статье 2016 года, опубликованной в PLOS One Natural Disasters, она сообщает, что у 21 % «детей пост-ЗТ» выявили не менее шести посттравматических симптомов: замкнутость, прилипчивость, раздражительность, неуступчивость, недовольство или внезапные смены настроения. (Шесть и более признаков с высокой степенью вероятности указывают на ПТСР.) Столько же симптомов обнаружилось у менее 9 % «детей до ЗТ»^[57].

Самый надежный прогноз относительно возможных проблем дает возраст ребенка к началу землетрясения. Как ни странно, малыши, которым тогда было меньше двух лет, оказались более уязвимыми, чем дети более старшего возраста. Либерти предполагает, что это объясняется буферным периодом нормального бесстрессового развития мозга у детей постарше. Исследовательница считает, что им хватало поведенческих, языковых и когнитивных навыков, чтобы общаться с родителями и отчасти понимать, что происходит, когда дом трясется, люди кричат, а мир буквально рушится.

Поскольку землетрясения начинаются без предупреждения, мальчики и девочки из группы «пост-

ЗТ» выросли в непредсказуемых условиях, многие – в семьях, испытывающих крайнее напряжение. В период поразительной нейронной пластичности детская система реакции на стресс срабатывала тысячи раз. Подверженность крайнему стрессу до достижения двухлетнего возраста активизирует незрелую систему реакции на стресс, в том числе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось (ГГН) и те участки мозга, которые регулируют ее активность. Последствия для поведения детей сохраняются долгое время^[58], ^[59].

У вас наверняка возникнет вопрос, как реагировали на землетрясение дети разного пола. Либерти сообщила мне, что различий здесь нет. Стресс одинаково повлиял на мальчиков и девочек младшего школьного возраста. Однако в исследовании 525 подростков из Крайстчерча, проведенном через полгода после землетрясений, обнаружилось явные межполовые различия в развитии ПТСР. Значимые симптомы этого синдрома появились лишь у 13 % мальчиков по сравнению с 34 % девочек. Это согласуется с результатами других исследований, где изучалось состояние у людей из зон стихийного бедствия и ПТСР в целом. Выяснилось, что ПТСР чаще встречается у девушек после пубертата и женщин, чем у юношей и зрелых мужчин^[60].

Любопытно, что одним из буферных факторов, защищающих от негативного воздействия стресса, стала принадлежность к маори. Другие исследователи также подтвердили, что социальные связи, духовная поддержка и коллективная динамика, которые ассоциируются с сообществом аборигенов, позитивно повлияли на психологическую устойчивость детей маори в Крайстчерче^[61].

Сейчас Либерти работает со школами и семьями. Она помогает детям научиться управлять своими эмоциями, понимать их и укреплять психологическую устойчивость. Вот один из мифов, который она всеми силами старается развеять: родители, а особенно мать, виноваты в том, что ребенок недостаточно вынослив психологически или

подвержен слишком сильному стрессу. «Проблемы у детей возникают не из-за реакции матерей во время землетрясения, – говорит она. – Расстройство вызывают не матери, а землетрясение. Но именно родители способны научить детей тому, как справляться со стрессовой реакцией».

Психологически устойчивыми рождаются или становятся?

В каждой из упомянутых мною работ, в том числе с участием «детей великого гололеда» и в Данидинском исследовании, часть группы демонстрировала удивительную психологическую устойчивость и развивалась благополучно, несмотря на все обстоятельства. Почти у 30 % «детей пост-ЗТ» в Крайстчерче не проявилось никаких симптомов ПТСР. Из румынских сирот на каждом пятом плохое обращение никак не сказалось. Эти психологически устойчивые дети дают нам уникальный шанс разобраться в возможностях поддержки и вмешательства «инфраструктуры серого вещества» на ранних этапах жизни.

Важно рассматривать стресс и эмоциональную устойчивость в связи с принципами «снизу вверх», «снаружи внутрь» и «сверху вниз». Семейные узы и психологические механизмы преодоления стресса укрепляют устойчивость, но основа у нее – биологическая.

От рождения восприимчивость к жизненному опыту у всех детей разная, независимо от того, хорошо это или плохо. Одни чувствительны и к сильному стрессу, и к высокому уровню заботы. Подобно орхидеям они расцветают, когда за ними с любовью ухаживают, но чахнут и вянут, если ими пренебрегают. Другие легко приспосабливаются, психологически устойчивы и не поддаются действию стресса. Такие дети похожи на одуванчики: они растут и цветут повсюду. Исследования показывают, что гены «орхидей» связаны с конкретными ферментами или химическими рецепторами мозга. В сочетании с токсическим стрессом в раннем детстве они могут спровоцировать поведенческие проблемы и аффективные расстройства на более поздних этапах жизни. К этому мы еще вернемся в главе 6, где обсуждается душевное здоровье.

Гендерный опыт

Поскольку мозг формируется под влиянием опыта, нельзя рассматривать развитие женского мозга, не обратившись к опыту жизни девочки. Как отметила Корделия Файн, общество явно придает значение биологическому полу и гендерная социализация мальчиков и девочек начинается с самого рождения. Пластичность мозга, сохраняющаяся всю жизнь, возникает в ответ на изучение языка и музыки, эмоциональную регуляцию, вождение автомобиля, жонглирование и многое другое. Почти нет сомнений, что на архитектуру мозга влияет и опыт раннего детства, демонстрирующий, что значит быть девочкой.

Мальчики и девочки выходят играть

В начальной школе, где учится мой сын, мне не составляет труда разделить старших детей на игровой площадке по гендерному признаку. Одна половина – резвые компании девяти-, десяти- и одиннадцатилеток одного пола, которые играют в конкурентные игры с мячом и сложными правилами, постоянно обсуждая их и оспаривая их «честность». Между играющими в мяч бродят компании из двух-трех детей другого пола – болтают, шушукаются, поминутно отделяются от остальных в поисках одобрения или вмешательства учителя. Если вам случалось наблюдать учеников начальной школы, предоставленных самим себе, вы легко догадаетесь, где здесь девочки, а где – мальчики.

Я мама двух мальчиков из бойкой компании. Но я прекрасно помню, как в детстве общалась с девочками. Мне редко случалось носиться за мячом – обычно я шепталась, делилась секретами, заводила или разрывала дружбу и хихикала с подружками так, что чуть не писалась от смеха. По словам моей мамы, я регулярно сообщала ей, кто, что и кому сказал, почему этого делать

не следовало и каких действий я жду от нее по этому поводу.

Профессор Мелисса Хайнс возглавляет Центр исследований гендерного развития при Кембриджском университете. Она обобщила различия в играх мальчиков и девочек^[62]. Хайнс утверждает, что еще задолго до школьного возраста можно достаточно точно определить, кто – мальчик, а кто – девочка, по выбранным игрушкам и друзьям. (Численная величина статистического показателя d , о котором я упоминала во вступлении, в этом случае равна примерно 0,80 для выбора игрушек и предпочтений, связанных с товарищами по играм.^[63])

Между годом и двумя представления детей о гендере очень гибкие: девочка может твердо верить, что вырастет мужчиной, как папа, с удовольствием играть и с мальчиками, и с девочками и не выказывать явного желая обзавестись «игрушками для девочек». Примерно к двум годам у детей появляется выраженная мотивация, чтобы поддерживать отношения с другими представителями своей «группы» – девочки с девочками, мальчики с мальчиками. Зачастую в этом возрасте они уже строго следуют гендерным стереотипам: «Девочки – принцессы, которые одеваются во все розовое» – классический пример. (Помню, как я озадачилась, когда в этом же возрасте мой старший сын протестовал против того, чтобы я вытерла его после купания розовым полотенцем. Теперь-то я понимаю, что с точки зрения развития этот отказ был совершенно нормальным!) Несмотря на все старания придерживаться гендерно-нейтрального воспитания, родители сообщают, что девочки чаще предпочитают играть с куклами, а мальчики – с машинками и оружием. Группы мальчиков или братьев также с большей вероятностью устраивают силовые и подвижные игры с беспорядочной и агрессивной возней.

Гендерные различия в играх и выборе друзей наблюдаются в разных культурах и проявляются в школе, хотя девочки утрачивают недавнюю категоричность и в одиночку с удовольствием играют с традиционно

«мальчиковыми» игрушками – например, с Lego. С другой стороны, мальчики в своих предпочтениях становятся только строже (возможно, потому, что от некоторых требуют «быть маленькими мужчинами»).

Такие различия в выборе игрушек, товарищей по играм и стиле игры объясняются двумя факторами: природой и средой (внезапно, да?). Многим не слишком приятно представление о биологических истоках гендера. Как отмечает Маргарет Маккарти, именно «с этим столкновением гендера и биологии и связан накал страстей в спорах о женском мозге».

Гормоны и младенческий «мини-пубертат»

В младенчестве мальчики и девочки действительно слегка отличаются. *Среднестатистическая* новорожденная девочка чуть меньше, не так капризна, более покладиста и более социально ориентирована, чем *среднестатистический* мальчик. Ее языковые, двигательные навыки и память развиваются в первый год жизни чуть быстрее. Отчасти это может объясняться влиянием тестостерона в начале беременности, который маскулинизирует или феминизирует определенные участки мозга^[64]. Еще одной причиной может быть «мини-пубертат». Строго говоря, он называется постнатальным эндокринным всплеском, но, как и при настоящем пубертате, в это время происходит выброс тестостерона и эстрогена из семенников и яичников.

В первую половину беременности развивается и активизируется гипоталамо-гипофизарно-гонадная ось (ГГГ). Во вторую половину беременности гормоны плаценты переключают эту ось в «бесшумный режим». Как только влияние материнских гормонов и гормонов плаценты ослабевает, у девочек ось, снятая с тормоза, на некоторое время переходит к активности. Примерно через неделю после рождения яичники начинают вырабатывать эстроген, из-за чего немного припухает грудь и развивается матка. У младенцев мужского пола после выброса тестостерона растут пенис и семенники, развиваются сальные железы и появляется акне^[65].

«Мини-пубертат» завершается к двухлетнему возрасту, ось ГГГ остается в состоянии покоя до настоящего переходного возраста. Что это означает с точки зрения развития мозга, неизвестно. Однако нейробиолог Лиз Элиот, автор книги «Розовый мозг, голубой мозг», предполагает: если пренатальные гормоны упорядочивают мозг, то постнатальный всплеск гормонов, возможно, создает критический период, чтобы подтолкнуть младенческий мозг к развитию по мужскому или женскому сценарию^[66].

Подсказку о влиянии гормонов на выбор игрушек и товарищей для игр дают исследования нечеловекообразных приматов. На человеческих детей влияют культурные и общественные ожидания, на приматов – нет, поэтому на животных удобно изучать биологию межполовых различий. В обзоре для *Journal of Neuroscience Research* Элизабет Лонсдорф обобщает результаты таких исследований – и их результаты согласуются с различиями, обнаруженными у человеческих детей.

Лонсдорф указывает, что самцы приматов проводят больше времени за беспорядочной и агрессивной возней и убегают от матерей дальше, чем их сестры. Самки в первый год жизни чаще, чем самцы, занимаются грумингом, копаясь друг у друга в шерсти. Юные самки демонстрируют и специфическое поведение – «ношение палочки»: они укачивают палочку и носят ее, подражая поведению матери с детенышем. Лонсдорф делает вывод: у людей гендерная социализация усиливает различия между мальчиками и девочками, однако исследования среди приматов наводят на мысль, что «эти поведенческие межполовые отличия коренятся в нашем биологическом и эволюционном наследии»^[67].

Гендерные стереотипы закладываются до рождения

«Машинки или бантики – что выбираем? Кто у нас будет? Скоро узнаем!»

Спасибо науке и технологиям – больше не зачем ждать появления малыша на свет, чтобы задействовать гендерные стереотипы с их условными цветовыми кодами. Начать можно, пока младенец еще в материнской утробе. Уникальным трендом в наш век социальных сетей стали вечеринки, на которых объявляется пол будущего ребенка. Для непосвященных: будущие родители собирают друзей и родных и рассказывают, кого они ждут – мальчика или девочку. Это происходит за несколько месяцев до рождения ребенка.

На Pinterest найдется немало креативных способов сделать такое объявление. Вот наиболее популярные: гости одновременно откусывают от розовых или голубых капкейков, покрытых гендерно-нейтральной глазурью, открывают гигантские коробки с розовыми или голубыми воздушными шариками или разбивают пиньяты, наполненные розовым или голубым конфетти. До этого участникам вечеринки предлагали держать пари и голосовать за одну из «команд» – розовую или голубую.

Поскольку «гендерное разочарование» – не выдумка, мне неприятно даже думать о том, что происходит, если разрезанный торт не оправдывает ожиданий и оказывается не того пастельного цвета. Неужели матери, которые надеялись на появление маленькой девочки, а увидели коробку с голубыми шариками, скрывают горе, пока гости не разойдутся по домам?

Понятно, что к этому тренду я отношусь скептически. И не я одна. Многие феминистки уже высказывались, что такие вечеринки по умолчанию прославляют и подкрепляют гендерные стереотипы для ребенка, который еще не родился.

Волей-неволей родители реагируют на младенцев-мальчиков и младенцев-девочек по-разному и до их рождения. Матери, знающие, что вынашивают маленького мальчика, утверждают, что их ребенок толкается гораздо активнее и энергичнее, – по сравнению с женщинами, у которых будут девочки. Попытки предсказать пол ребенка по движениям плода дают противоречивые результаты. В одном тщательном исследовании, проведенном в Нидерландах, участвовали 123 женщины. Из них 56 ждали мальчиков, 67 – девочек. Оценивались движения плода, сердечный ритм и его вариабельность. Ученые не обнаружили разницы между тем, как двигались мальчики и девочки^[68].

И вот все ставки сделаны, ребенок родился. Теперь даже родители, которые клятвенно обещали воспитывать своих детей в гендерно-нейтральной манере, обнаруживают: трудно постоянно оставаться «нейтральными». Например,

матери девочек пользуются словами, описывающими эмоции (такими как «любить», «бояться», «беспокоиться», «радоваться», «обижаться» и т. п.), чаще, чем матери мальчиков. Начав говорить, эти девочки используют больше подобных слов, чем их братья^[69].

Лиз Элиот предполагает, что мальчики и девочки приходят в этот мир, имея изначально небольшие различия. Тревожный разрыв же возникает из-за реакции родителей на эти различия (из-за невольного предубеждения или сознательной убежденности). «Некоторые родители поддерживают традиционные гендерные стереотипы и ожидания», – говорит она. Возможно, это, так сказать, и «воспитывает природу»^[70].

Легко забыть, что социальное влияние на детей оказывают не только родители. На уже упоминавшейся игровой площадке начальной школы выражена гендерная сегрегация. Ученые предположили, что «сегрегация по собственной инициативе» может побудить детей развивать две культуры – каждую со своими нормами общения. В мальчишеских или девчоночьих компаниях дети самосоциализируются и закрепляют представления о том, как должны играть, реагировать и говорить мальчики и девочки. Все вместе дети «практикуются» в гендерном поведении. В итоге девочки становятся более «девчочковыми», а мальчики – более «мальчиковыми»^[71],
^[72].

Почему гендерные ожидания действительно имеют значение?

Наша одержимость межполовыми различиями почему-то оказывается особенно стойкой, когда речь заходит об образовании детей. Нейробиолог Донна Мейни составила список утверждений, которые обычно предлагают учителям на профессиональных семинарах по повышению квалификации в США.

Вот два из таких сомнительных утверждений: «Женский мозг активнее мужского, который часто “встает на паузу” после выполнения заданий. Чтобы прервать эту паузу, мальчикам приходится громко говорить, бегать или прыгать» и «У мальчиков меньше окситоцина, чем у девочек, поэтому зрительный контакт вызывает у них неловкость. Так что в классе их надо рассаживать слева или справа друг от друга»^[73].

На сайте одной старшей школы сказано, что в мозге мальчика вырабатывается меньше серотонина, чем у девочек. Поэтому мальчики более склонны к импульсивным действиям и не способны подолгу сидеть смирно. Вам уже хочется переименовать серотонин и окситоцин в «гормоны для рассадки детей в классе»? Вас можно понять!

Так почему же гендерные ожидания родителей и учителей так важны?

Их значение особенно велико, если ожидания становятся стереотипами. Гендерные стереотипы – это особые черты, якобы характеризующие мальчиков или девочек как отдельные группы (например, девочки способны сидеть спокойно, а мальчики – нет). Стереотипы неизбежно пренебрегают внутригрупповыми различиями (бывают и очень подвижные девочки, и на редкость выдержанные мальчики) и преувеличивают межгрупповые различия.

Во всем мире мужчины убеждены, что они умнее и способнее женщин. В 12 странах, в том числе в Австралии, Великобритании и в США, проводилось исследование. Его результаты, опубликованные в журнале *British Journal of Psychology*, выявили «мужской гонор» и «женскую приниженность» в самооценке интеллекта (которая не соответствовала реальной величине IQ)^[74].

Этот деструктивный гендерный стереотип возникает в детстве. В ходе исследования, опубликованного в журнале *Science* в 2017 году, выяснилось: к шестилетнему возрасту девочки уже успевают впитать гендерные убеждения об интеллекте, хотя их способности к учебе точно такие же, как у мальчиков. Девочки считают «умственные способности, одаренность и гениальность» мужскими качествами. В этом исследовании девочки меньше интересовались играми, если те, по их мнению, предназначались для «очень-очень умных». И если в возрасте четырех-пяти лет такие игры вызывали у них воодушевление, то в шесть лет они уже говорили: «Это игра не для меня». У мальчиков того же возраста не было подобных убеждений. Хуже того: шестилетние девочки охотно относили к категории «очень-очень умных детей» мальчиков, но не других девочек^[75].

Что нужно растущему мозгу для успешного развития?

Похоже, я посвятила немалую часть этой главы рассказу о том, что может пойти не так в детстве – от токсического стресса до негативных гендерных стереотипов. Если у вас есть маленькие дети, вы, вероятно, уже готовы бросить чтение и оптом закупить вату и пузырчатую пленку. Если учесть все, что мы знаем о нормальном и патологическом развитии мозга, возникает вопрос: какой опыт действительно нужен младенцам и детям постарше (как «одуванчикам», так и «орхидеям»), чтобы не просто выжить, а пышно расцвести? Как взрослым воспитывать детей, чтобы мозг развивался нормально и успешно?

В поисках ответа мне пришлось бы перелопатить горы литературы о детском развитии. Вместо этого я схватилась за телефон и позвонила моей подруге и коллеге, доктору Кристи Гудвин. Она исследует обучение и развитие детей. Кристи перечислила семь основополагающих видов опыта, или, как она называет их, «строительный материал» для оптимального развития мозга.

Вот этот перечень, основанный на здравом смысле:

- Привязанность и взаимоотношения. В теплых, предсказуемых, построенных на любви отношениях дети чувствуют себя уверенно, не подвергаются опасности и стрессу.
- Язык. Младенцы и дети младшего возраста должны как можно чаще слышать речь и воспроизводить ее: взаимодействие по принципу «подай – отбей» для них жизненно важно.
- Сон. Он необходим для эмоционального, физического и ментального развития детей.
- Игра. Младенцы и дети постарше развивают когнитивные навыки, творческие способности, учатся

эмоциональному регулированию в игре. Им нужно пространство для экспериментов и исследований, в том числе на свежем воздухе. Гудвин подчеркивает, как важно в наше время противопоставить «времени перед экраном» «время на природе».

- Движение. Детям надо овладеть сначала простыми, а затем и сложными двигательными навыками. В дальнейшем это поможет совершенствовать навыки мышления высшего порядка.

- Питание. Для оптимального развития важно хорошо питаться. Рацион детей должен быть богат жирными кислотами, незаменимыми для развития мозга.

- Навыки самоорганизации. Дети должны осваивать простые навыки мышления высшего порядка, такие как самоконтроль и кратковременная память [\[76\]](#).

«Нам известно, что опыт отвечает примерно за 70 % развития ребенка, – говорит Гудвин. – Важно позаботиться о том, чтобы дети получали именно такой опыт, который им нужен». Мы с Гудвин сходимся на том, что детство – поистине драгоценное время. Это уникальный период в жизни, который надо развивать, оберегать и дорожить им.

3

Пубертат

Пубертат – это обряд перехода, через который прошло большинство читателей этой книги. Если вы женщина, возможно, вы с умилением вспоминаете, как покупали свой первый лифчик или, подобно мне, с волнением ожидали прихода первых месячных. А может, вас переполняли страхи, растерянность и чувство унижения.

Как пишет Кэз Кук в «Девчачьих делах» (Girl Stuff), половое созревание делает вас больше, пушистее, мокрее и капризнее. К тому же причин конфузиться становится выше крыши. Я согласна с Кук в том, что с окончанием пубертата способность смущаться резко снижается.

Каждая девочка преодолевает пубертат по-своему: у одних вырастает сначала грудь, потом лобковые волосы, у других еще до первой менструации появляются волосы под мышками. У некоторых девочек созревание начинается рано, лет с восьми, проходит быстро, и уже к десяти годам у них начинаются месячные. Другие развиваются поздно и медленно.

Пубертат – это не только физические изменения. Он означает начало трансформации, связанной с нервным развитием, эмоциями и поведением. Ничего подобного с нами не случилось с самого младенчества. Как вы вскоре узнаете, есть и другие факторы из групп «снаружи внутрь» и «сверху вниз», которые помимо гормонов влияют на происходящее с девочками во время пубертата.

С точки зрения эволюции пубертат – это в первую очередь подготовка организма и мозга к выбору пары, совокуплению и выращиванию потомства. И у мальчиков, и у девочек он начинается с активизации гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси (ГГГ), которая способствует:

- созреванию гамет (ооцитов/яйцеклеток в яичниках девочек, сперматозоидов в семенниках мальчиков);
- повышению уровня половых гормонов (гормонов яичников у девочек, гормонов семенников у мальчиков) и гормонов надпочечников (и у мальчиков, и у девочек);
- формированию вторичных половых признаков (грудь и т. п. у девочек, увеличению пениса, мошонки и мышц у мальчиков);
- фертильности (менструальному циклу у девочек, способности эякулировать у мальчиков).

К концу пубертата организм, а особенно его репродуктивная система, созревает. Но для оплодотворения яйцеклетки одних только физических изменений недостаточно. У подростков совершенствуются социальные, эмоциональные и когнитивные навыки, необходимые для того, чтобы у сперматозоида и яйцеклетки вообще появился шанс встретиться.

С точки зрения нейробиологии можно воспринимать пубертат как второй жизненно важный этап развития мозга, обусловленного гормонами. Наряду с пренатальным периодом и младенчеством это время, когда мозг особенно восприимчив к половым гормонам. Я считаю, что для мозга пубертат – это «окончание школы». Именно в этот период нейронные цепочки, основы которых были заложены при внутриутробном развитии и в младенчестве, оптимизируются, а затем приводятся в действие.

Много тех же нейронных механизмов, которые участвовали в раннем развитии, задействуются вновь, в том числе нейрогенез, оптимизация и сокращение синапсов и дендритов.

Рассматривая эту концепцию двухэтапного развития мозга, следует помнить, что на первой стадии формирования, обусловленного гормонами, гормоны яичников не играли роли в развитии женского мозга (в отличие от мужского, который развивался под действием

тестостерона). Именно в пубертате гормоны яичников наконец выступают на первый план.

Гормоны – лишь один элемент этой головоломки: на мозг девочки в период пубертата, на ее мысли, чувства и поступки сильно влияет окружающий мир. Важно все: гендер, культура, образование, семейная среда, группы друзей, состав которых то и дело меняется. Нейропластические изменения мозга девочки продолжают еще много времени после того, как ей исполнится 20 лет.

В этой главе мы рассмотрим нервную регуляцию пубертата и сосредоточимся на ранних стадиях подросткового возраста. В следующей главе мы обратимся к нейробиологии менструального цикла и, наконец, в главе 5 поговорим о мозге подростка.

Первый пубертат

Скачок роста в предпубертативном возрасте – один из наиболее очевидных и наименее скрытых признаков пубертата. Прочие признаки – развитие груди (телархе), рост лобковых волос (пубархе), рост волос в подмышечных впадинах, появление первых месячных (менархе). Но первые гормональные изменения, ведущие ребенка к взрослой жизни, начинаются гораздо раньше, чем известно большинству людей, – в возрасте примерно 6–8 лет. Название «адренархе» (да, еще одно *архе* – от др.-греч. «начало») относится к пробуждению желез, которые называются надпочечниками и расположены над почками.

Надпочечники состоят из двух частей: мозгового вещества, выделяющего гормоны адреналин и норадреналин (в США их называют эпинефрин и норэпинефрин), и коркового вещества, производящего гормоны трех видов: минералокортикоиды, глюкокортикоиды и андрогены. К андрогенам относятся тестостерон и вещество – предшественник андрогена дегидроэпиандростерон (ДГЭА). Андрогены мы привыкли воспринимать как типичные мужские. Но они вырабатываются и в организме девочек.

Вот результаты нормального созревания надпочечников и у мальчиков, и у девочек: волосы в паху, на лобке и в подмышечных впадинах, «взрослый» запах тела и ненавистное акне. Механизмы, запускающие «пубертат как он есть» – рост груди и месячные, – относятся к другому гормональному каскаду, к которому мы вскоре обратимся. В отдельных случаях это означает, что у здоровой девочки еще в семь или восемь лет могут вырасти несколько лобковых волосков или ей понадобится дезодорант, чтобы скрыть запах из подмышек, но это еще не значит, что у нее обязательно рано начнутся месячные или вырастет грудь. Первые признаки адренархе не указывают на преждевременное половое созревание^[77].

Рассмотрим адренархе подробнее, поскольку эту фазу детского развития все чаще признают важной. Доктор Лайза Манди координирует длительное исследование пубертата в Австралии. Этот проект называется CATS – Childhood to Adolescence Transition Study (Изучение перехода от детства к подростковому возрасту). Одна из целей CATS – выяснить, что обеспечивает детям нормальное начало подросткового возраста, и особое внимание в исследованиях уделяется адренархе^[78], ^[79], ^[80], ^[81].

Манди и ее коллеги наблюдали за более чем 1200 детьми с восьми или девяти лет и на протяжении всего подросткового возраста. К моменту написания этих строк некоторые участники эксперимента уже второй год учились в старших классах. Группа ученых проекта CATS опровергла предположение о том, что годы непосредственно до и после адренархе – «тихий» период в развитии детей, когда мы можем просто не вмешиваться. Но оказалось, что последствия адренархе очень важны для социального и эмоционального благополучия детей задолго до появления «пубертата как он есть». Одним из самых удивительных результатов исследования группы Манди оказалось то, что повышение уровней надпочечниковых андрогенов влияет на эмоции и поведение. В частности, раннее начало адренархе коррелирует с повышенным риском нарушений психического здоровья^[82]. Высокий уровень ДГЭА позволяет прогнозировать проблемы, но девочки и мальчики реагируют на них по-разному.

«Мы обратились к показателям ДГЭА и обнаружили, что повышение его уровня у мальчиков связано с эмоциональными и поведенческими проблемами, – рассказала мне Манди. – У девочек эта связь не прослеживалась. Однако у них ДГЭА связан с социальными проблемами в дружеских отношениях».

Специалист по детской и подростковой психологии и коллега Манди, профессор Джордж Пэттон считает, что пора уделить гораздо более пристальное внимание

социальному и эмоциональному развитию детей такого возраста. «Благотворное невмешательство годилось в 50-е годы XX века, когда еще существовали социальные структуры и сообщества, поддерживающие детей, – сказал он мне в телефонном разговоре. – Сейчас мир стал гораздо менее понятным и предсказуемым, чем прежде».

Ось ГГЯ: как мозг и тело говорят о пубертате

Если верить расхожей мудрости, пубертат начинается в яичниках. Юное тело от внезапного прилива эстрогена обретает плавные формы и плодовитость. Хотя «пубертат как он есть» действительно затрагивает гонады и этот процесс называется, как вы уже догадались, гонадархе, все начинается в мозге.

Для понимания нейробиологических основ пубертата вернемся к оси ГГЯ, три компонента которой соединяют тело и мозг и управляют детородным периодом нашей жизни.

Если коротко, то ось ГГЯ работает так:

- Гипоталамус подает сигнал гипофизу с помощью гонадолиберина, или гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ).
- ГнРГ вызывает выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).
- ЛГ и ФСГ стимулируют выработку эстрогенов и прогестерона яичниками.
- Эстроген и прогестерон масштабно воздействуют на тело и мозг.
- ЛГ, ФСГ, эстроген и прогестерон посылают сигналы обратно в гипоталамус и гипофиз, формируя сложные цепи положительной и отрицательной обратной связи.

Пробуждение биологических часов

В годы нашей фертильности после пубертата и перед менопаузой ГнРГ ритмично выделяется из генератора импульсов в гипоталамусе. Мне нравится сравнивать его выработку с нейронным проявлением знаменитых биологических часов – *тик-так, тик-так*.

ГнРГ вырабатывается и в детстве, но не энергично «тикает», а выдается медленно, понемногу и непрерывно. Его постоянный низкий уровень поддерживает ось ГГЯ в состоянии «гормональной спячки» – явления, присущего только людям и немногим высшим приматам. «Гормональная спячка» означает, что у людей есть продолжительное детство и необходимые фазы развития мозга, социализации и обучения. Мать-природа, по-видимому, знает, что маленькая девочка совершенно не в состоянии выносить другое человеческое существо и заботиться о нем. Поэтому родить ребенка она не может, пока не созреет достаточно, чтобы справиться с задачей. Хотя и без слов ясно: менархе не обязательно означает готовность к рождению детей!

Названия гормонов зачастую дают подсказки об их роли. Так, ГнРГ высвобождает («рилизинг», от англ. release) гонадотропины. Два основных гонадотропина – ФСГ и ЛГ, и благодаря их дирижеру-гипоталамусу они высвобождаются из гипофиза размеренно, как тикают часы. ФСГ, как ясно из названия, стимулирует рост фолликулов в яичнике, способствует развитию яйцеклетки и вызывает выработку эстрадиола (основного типа эстрогена). ЛГ отвечает за разрыв фолликула и провоцирует овуляцию.

Объемы выработки ЛГ и ФСГ на протяжении жизни меняются. В детстве их концентрация низка. Однако во время пубертата выработка ЛГ возрастает, пока не начинаются всплески с целью достижения уровня, в 20–40 раз превышающего содержание в раннем детстве. Выработка ФСГ увеличивается в два-три раза. ФСГ снова

обгоняет ЛГ лишь после менопаузы, когда уровень обоих уже не регулируется стареющими яичниками и стремительно взлетает.

Так как в мозге есть эстрогеновые рецепторы, эстроген способен влиять на наше мышление, чувства и поведение. Это доказывает одна особенность менопаузы, когда колебания уровней гормонов яичников вызывают приливы, ночную потливость, резкие перепады настроения и забывчивость. Но, когда через несколько лет после последней менструации уровень гормонов выравнивается, симптомы исчезают.

Прогестерон – еще один гормон, вырабатываемый в яичниках, а точнее – в желтом теле. Оно развивается из фолликула после того, как тот разрывается, высвобождая яйцеклетку при овуляции. Прогестерон и эстроген действуют сообща. Например, для развития груди во время пубертата требуется эстроген, чтобы подготовить клетки, и прогестерон, чтобы вызвать дифференциацию и рост клеток. Прогестероновых рецепторов в мозге не так много, как эстрогеновых, но постепенно выясняется, что и прогестерон способен регулировать мышление, настроение и нейропластичность и даже играть свою роль в выздоровлении после травм мозга.

Генетический «кисс» и запуск часов

Что именно запускает биологические часы ГнРГ? Существует ли внутренний календарь, отмечающий прошествование лет? Или же есть элементы группы «снаружи внутрь», влияющие на время наступления пубертата, такие как питание, обстановка, динамика в семье?

В основном время, когда девочка начинает расцветать, определяется генами. Мы полагаем так потому, что у девочек менархе бывает примерно в том же возрасте, что и у их матерей и сестер. Исследования показали, что наследуемость варьируется от 50 до 80 %. Ознакомившись с этой статистикой, я позвонила своей маме по Skype, чтобы выяснить, сколько лет ей было на момент первых месячных. По ее воспоминаниям, примерно 12,5 – как и

мне. Моя сестра в смс сообщила, что у нее месячные начались за неделю до 12-летия. Сроки пубертата у матерей также находят отражение в сроках начала пубертата у их сыновей^[83].

Ген, отвечающий за пробуждение нейронов ГнРГ, затейливо назван KISS-1 и экспрессируется в небольшом скоплении нейронов в генераторе импульсов гипоталамуса. KISS-1 кодируется для белка кисс-пептина, который высвобождается из нейронов вместе с двумя другими пептидными гормонами – нейрокинином В и динорфином; все трое обычно называют KNDy (произносится как «кэнди»).

С этими симпатичными названиями связана целая история. KISS-1 открыл Дэнни Уэлч, исследователь меланомы, работая в медицинском колледже при Университете штата Пенсильвания в Хёрши. Новый ген KISS-1 он назвал в честь конфет Hershey's Kisses, которые выпускали в этом городе на знаменитой кондитерской фабрике.

Никто и не представлял, что KISS-1 участвует в процессах пубертата, пока в начале 2000-х одна необычная семья не обратилась к специалисту по репродуктивной эндокринологии Стефани Семинара, возглавляющей отделение репродуктивной эндокринологии в Массачусетской больнице общего профиля. В этом семействе три брака были заключены между двоюродными братьями и сестрами. Из 19 детей у шестерых (четверых мужчин и двух женщин) наблюдалась разновидность аномального пубертата – так называемый идиопатический гипогонадотропный гипогонадизм (ИГГ). Он характеризуется аномальной или отсутствующей пульсацией ГнРГ, поэтому пубертат не начинается. Это редкое нарушение дало группе под руководством Семинары уникальную возможность изучить регулирование ГнРГ у людей. Семья прошла генетическое тестирование, при котором обнаружили мутации гена рецептора кисс-пептина. Это означало, что кисс-пептин не

мог воздействовать на нейроны ГнРГ, чтобы включить пубертат^[84].

Семинара в то время не знала, что группа из института INSERM в Париже применила тот же подход к исследованию другой семьи с ИГГ. В их случае 20-летний мужчина обратился в клинику Никола де Ру с симптомами задержки полового созревания: ненормально маленьким пенисом и семенниками, низким ростом и скудной лобковой растительностью. Выяснилось, что трое из его четырех братьев имели схожие черты. У одной из сестер, которой исполнилось 16, грудь оставалась неразвитой и месячные прошли лишь один раз. Их родители были двоюродными братом и сестрой с нормальным пубертатом и явной фертильностью. Опять-таки генетические исследования показали, что виноват рецептор кисс-пептина^[85]. Благодаря этим двум семьям была установлена ключевая роль кисс-пептина в нейроэндокринной регуляции репродуктивных функций. С тех пор как открыли кисс-пептин, выяснилось, что он имеет отношение к овуляции, имплантации эмбриона, развитию плаценты, беременности и деторождению. А в 2017 году было высказано предположение, что он связан с приливами при менопаузе.

Пубертат становится все более ранним?

ИГГ и задержка пубертата встречаются сравнительно редко: гораздо чаще мы слышим о раннем пубертате. Всем неловко слушать о покупке лифчика для пятилетней девочки или о том, как справляться с месячными приходится одновременно с началом посещения подготовительной группы детского сада. Разумеется, пресса раздувает подобные истории. Зачастую тут же сообщается, что в XIX веке месячные у девушек начинались лишь после 17 лет.

Действительно ли современные девочки вступают в пубертат чуть ли не на 10 лет раньше, чем в предыдущие века, и даже раньше, чем в 60-х годах XX века? Мой врач-терапевт убеждена, что именно так и обстоит дело, – как и множество других специалистов, с которыми я беседовала. Но здесь есть нюансы.

Девочки достигают пубертата раньше, чем в прежние времена, подтверждает Джаяшри Кулькарни, профессор психиатрии из Университета Монаша. «Но если некоторые пубертатные изменения у девочек действительно начинаются раньше – например, рост груди, – то первые месячные у них обычно случаются примерно в 13 лет», – объясняет она. Данные из США говорят то же самое: во время первой менструации девочки обычно в среднем на 4–6 месяцев моложе, чем в предыдущие века. Но грудь у них развивается чуть ли не на два года раньше.

Марсия Герман-Гидденс, адъюнкт-профессор и специалист по педиатрии из Университета Северной Каролины, впервые зафиксировала эти результаты. В 1980-х и 1990-х годах она все чаще видела у себя в клинике девочек с признаками раннего пубертата. Это ее встревожило, поэтому она организовала ряд общенациональных исследований, чтобы выяснить средний возраст начала созревания у девочек и сравнить

полученные данные с информацией о предыдущих поколениях.

Первым таким показателем стал средний возраст, в котором начинает развиваться грудь: восемь лет и девять месяцев у афроамериканских девочек, девять лет и три месяца у латиноамериканок и девять лет восемь месяцев у белых американок и американок азиатского происхождения^[86]. Дальнейшие исследования в США подтвердили, что у современных девочек грудь начинает расти раньше, чем в предыдущих поколениях^[87]. То же самое и в Европе. Копенгагенское исследование пубертата показало, что средний возраст роста груди снизился с 10,9 года в 1991-м до 9,9 года в 2006-м. При этом средний возраст менархе не изменился.

Важно отличать обычное раннее развитие от отклонений от нормы. Действительно, *преждевременное* половое созревание происходит у девочек с нейроэндокринными расстройствами и опухолями мозга (примерно в 20 % случаев). Признаки пубертата могут проявляться у них уже в три-четыре года. В отличие от них *ранним, но нормальным* считается пубертат у здоровых девочек, развитие которых просто соответствует крайней левой части кривой нормального распределения^[88].

Настоящее центральное преждевременное половое созревание встречается сравнительно редко и имеет отношение к мозгу. (Термин «центральное» указывает на центральную нервную систему или мозг.) В некоторых случаях оно вызвано слишком ранним включением генератора импульсов ГнРГ. Если причиной не является опухоль мозга, основное лечение проводится с помощью препаратов, препятствующих действию ГнРГ.

Определение стандартной кривой нормального распределения – постоянно меняющаяся цель медицинского сообщества. Нетрудно догадаться, что постоянные сдвиги показателей, которые считаются «ранними, но нормальными», вызывают бурные споры, растерянность и дают родителям недостоверную

информацию. У девочек с ранним созреванием не обязательно имеются медицинские проблемы, требующие лечения.

Каковы причины раннего, но нормального пубертата?

С XIX века здоровье детей значительно улучшилось. Современная медицина и повышение качества питания, вероятно, отчасти объясняют изменение сроков менархе. В XIX веке она приходилась на середину-конец подросткового периода, а в 1960-х годах – на возраст 11–12 лет. Однако нынешняя тенденция к раннему, но нормальному развитию груди уже два десятилетия остается загадкой.

Существуют многочисленные теории сдвига кривой нормального распределения. Три наиболее изученные причины – избыточный вес, воздействие химических веществ в окружающей среде, нарушающих работу гормонов, а также социальный и психологический стресс в раннем детстве.

Датские ученые пришли к выводу: чем больше вес девочек к семилетнему возрасту, тем раньше они вступают в пубертат. У детей с ожирением уровень гормона лептина, стимулирующего ГнРГ в гипоталамусе, выше среднестатистического. Но независимо от индекса массы тела в семилетнем возрасте тенденция к раннему началу пубертата сохраняется. Так что избыточный вес – не единственная причина^[89].

Эндокринные дизрапторы – химические вещества, которые могут взаимодействовать с нашими гормонами или разрушать их. Среди них есть и природные, например соя, и искусственные. Из этих веществ наиболее тщательно изучен пластик бисфенол-А (БФА). Раньше его массово применяли в производстве детских бутылочек, а теперь запретили во многих странах. Конечный результат воздействия эндокринных дизрапторов трудно прогнозировать. Но некоторые исследователи отмечают,

что эти вещества вполне могут менять гормональный фон девочек, а тот определяет реакцию организма девочек на эстроген^[90].

Исторические сведения подтверждают теорию стресса в раннем детстве. Финские девочки, эвакуированные из Хельсинки во время Второй мировой войны, девочки, пережившие ураган «Катрина», и даже некоторые участницы проекта «Гололед» вступили в пубертат раньше, чем ожидалось. И хотя у детей, прошедших через землетрясения в Крайстчерче, созревание еще впереди, Кэтлин Либерти уверяет, что намерена наблюдать за девочками этой группы и далее.

Группа ученых, проводящих исследование CATS, установила, что у детей с ранним пубертатом отмечались признаки расстройства поведения и эмоциональные проблемы еще в дошкольном и раннем школьном возрасте. «Ранний пубертат может быть одним из элементов ускоренного перехода к взрослению, которое начинается на ранних этапах жизни. Это, в свою очередь, повышает риск эмоциональных и поведенческих проблем», – отмечает Джордж Пэттон. Он считает, что тестостерон (у мальчиков) и эстроген (у девочек) могут взаимодействовать с механизмами регуляции стресса еще в младенчестве. Пэттон не из тех, кто нагнетает панику. Он напомнил мне, что сообщества, в которых растут дети, все еще обеспечивают «социальные подпорки», или «буферы», для тех, кто рано оказался в невыгодном положении. «Родители остаются самыми важными людьми в жизни детей – и мальчиков, и девочек, – сказал он. – Мы можем создать позитивную структуру, чтобы поддержать детей на этом этапе жизни».

Перепады настроения в пубертате

Во время пубертата девочки испытывают частые, интенсивные и переменчивые эмоции, более выраженные по сравнению с эмоциями взрослых и детей младшего возраста (кроме, возможно, детей в возрасте 1–3 лет). Кажется, что у детей в предподростковом возрасте любая радость радостнее и любая грусть грустнее, и даже если они чем-то довольны, позитивный настрой у них не всегда сохраняется надолго, как у взрослых. Родители девочек, вероятно, уже закатывают глаза, прочитав это заявление, сделанное «на полном серьезе».

Девочки, рано вступившие в пубертат, чаще страдают депрессией, чем те, у кого созревание началось сравнительно поздно. К мальчикам с ранним развитием это не относится. Напротив, мальчики более подвержены депрессии, если пубертат у них начался *позднее*, чем у большинства сверстников. Примечательно, что у девочек с поздним, но нормальным развитием такой же риск депрессии не отмечается. В сущности, поздний пубертат защищает от этого расстройства. Считается, что девочки в раннем возрасте не устойчивы эмоционально настолько, чтобы справиться с пубертатом. Между их созревающим организмом и психологической способностью выдерживать такую нагрузку есть явное несоответствие.

Возлагать вину за пубертатную хандру на гормоны естественно, но повышение уровня эстрогена в этот период тут ни при чем.

В 2015 году австралийские ученые обобщили данные 14 исследований, в которых изучалось влияние эстрогена на настроение девочек-подростков. Хотя повышение уровня эстрогена и совпадало по времени со вспышками плохого настроения, данных оказалось недостаточно, чтобы подтвердить: настроение портилось именно из-за эстрогена. Вместо этого ученые предположили, что в пубертате хандра отражает стремление мозга

приспособиться к гормональным пикам и спадам месячного цикла^[91].

Эти результаты должны заставить нас задуматься. Нам свойственно винить гормоны за эмоциональную неуравновешенность во время беременности («материнство головного мозга»), после родов (послеродовая депрессия) и во время менопаузы («туман в голове»). Но на всех этих жизненных этапах эстроген на самом деле играет *нейропротективную* роль и *улучшает* настроение.

И наконец, не будем забывать, что пубертат у девочек подразумевает не просто развитие репродуктивной системы. Вот что еще происходит:

- точная настройка нейронных сетей мозга;
- повышение чувствительности эмоциональных, социальных и когнитивных нейронных сетей мозга;
- сдвиги в отношениях с родителями, друзьями и романтическими партнерами;
- сдвиги в сфере ценностей и морали;
- переход из начальных классов в средние и старшие;
- осведомленность о культурных и социальных ожиданиях в том, что значит быть женщиной, в частности осознание возможности материнства.

Такое сочетание многочисленных и сложных физических, когнитивных, эмоциональных и социальных пертурбаций ошеломляет. По словам Хиллари Босуэлл, «чем больше мы узнаем о пубертате, тем меньше он кажется хаосом и тем больше – удивительной метаморфозой, которая развивает репродуктивную способность и приводит к психосоциальной зрелости». Глядя на список событий, сопутствующих пубертату, я предлагаю порадоваться, что так много девочек проходят эту стадию эмоционально невредимыми и цветущими!

Нормальные эмоциональные колебания или проблемы с психическим здоровьем?

Поскольку пубертат известен как период частых тревог, печалей и стрессов, трудно отличить «нормальные» перепады настроения от расстройств психического здоровья. И для мальчиков, и для девочек здоровое взросление связано с широким спектром эмоций и поступков, поэтому любой отдельно взятый симптом не обязательно является поводом для беспокойства. Австралийская организация Beyond Blue, занимающаяся психическим здоровьем, при затяжных спадах настроения у подростков рекомендует их родителям не только вести душевные разговоры (что, конечно, важно), но и обращаться к специалистам.

Все эксперты, с которыми я беседовала, подчеркивали: позиция родителей существенно влияет на то, как девочка справится с изменениями в своем организме. И не важно, какое у нее созревание – раннее, позднее или среднестатистическое. Если мы не воспринимаем пубертат как кризис и не проецируем свои негативные ожидания на девочек, шансы на успешное преодоление переходного возраста повышаются.

Джослин Бруэр, специалист по психологии и школьный психолог-консультант из Сиднея, Австралия, твердо убеждена: коммуникация помогает разрешить самые деликатные проблемы, с которыми сталкиваются люди во взаимоотношениях. «Диалог и обмен мыслями и опытом, создание возможностей для такого общения – все это помогает родителям установить контакт с детьми и поддерживать с ними связь, необходимую в подростковые годы. В это время потребность в родительском руководстве и активном обращении за помощью имеет огромное значение, – говорит Джослин. – Чем старательнее молодежь приучают размышлять над своим опытом и выражать свои мысли, тем больше пользы от этой привычки». Учиться справляться с негативными мыслями и эмоциями так же важно, как с растительностью в подмышках или с месячными.

Работая над этой главой, я смотрела, как бывшая первая леди США Мишель Обама беседует с Опррой Уинфри, прежде чем покинуть Белый дом. С ее словами согласились бы многие профессионалы в сфере здравоохранения. «Реакция детей будет отражать наше поведение», – сказала она. Это справедливо как в политике, так и в обычной жизни – особенно в пубертате.

Как пубертат формирует мозг?

В главе 5 мы подробно рассмотрим, что происходит в мозге во время пубертата и после него. Будущим нейробиологам на заметку: большинство актуальных сведений о нейробиологии полового созревания ученые получили, наблюдая за подопытными животными – например, хомяками и мышами. К тому же о роли андрогенов в мозге мы знаем гораздо больше, чем о функции эстрогенов. Давно пора изучить, как гормоны яичников формируют мозг и поведение девочек-подростков.

4

Менструальный цикл

Одним из главных моментов моего подросткового возраста стали первые месячные. Заядлая читательница, я перечитывала книгу Джуди Блум «Ты здесь, Бог? Это я, Маргарет» бесчисленное множество раз и с нетерпением ждала, когда же наконец начнется взрослая жизнь с лифчиками, месячными и школьными дискотеками.

Моей младшей сестре пришлось первой выслушать новость о долгожданном появлении крови. Мне было 12 лет и 5 месяцев – я угодила в самую серединку статистики. Мы вдвоем с сестрой проводили школьные каникулы вместе с нашей тетей, которая смеется, вспоминая, насколько неподготовленной оказалась она, мать младенца и трехлетнего малыша, к наступлению менархе у племянницы. Ей пришлось рвать тканевые подгузники моего маленького кузена на полоски и прикалывать их булавками к моим трусам, совсем как в книге Джуди Блум, пока мы не сходили за всем необходимым в крошечный местный магазин. Втайне я ликовала.

Если не считать радостного возбуждения, вызванного менархе, с тех пор месячные играли в моей жизни не более чем проходную роль. Мне повезло: я никогда не страдала от острых спазмов, сильных кровотечений или сбоя цикла. В сущности, я почти не обращала внимания на то, как начинается и заканчивается менструация, пока не решила стать матерью. Расспросив других женщин, я убедилась, что не всем живется так легко. Я наслушалась разных рассказов: и об унижительных побегах в школьную уборную, и о попытках прикрыть пятно на форме, натянув джемпер пониже, и о днях учебы или работы, пропущенных из-за болезненных спазмов, и об эндометриозе и трудностях с зачатием.

Наш личный ежемесячный эксперимент в области нейробиологии

Менструация – одно из немногих явлений, характерных для всех, кто биологически относится к женскому полу. У половины населения мира каждый месяц колеблется уровень гормонов и происходит кровотечение – и так в течение примерно 40 лет.

Если рассмотреть менструальный цикл с точки зрения нейробиологии, мы увидим, что он представляет собой эксперимент в естественных условиях. На его примере удобно выяснить, как гормоны яичников влияют на наш мозг.

Во время типичного цикла концентрация эстрогена и прогестерона меняется. В первые несколько дней выделений она наиболее низкая. Уровень эстрогена постепенно повышается ближе к середине цикла и овуляции, а затем снова падает. После овуляции преобладает прогестерон, который резко снижается перед самым началом кровотечения.

Поскольку подъем уровня эстрогена предшествует росту прогестерона, а затем накладывается на него, трудно однозначно решить, какую роль играет каждый из гормонов. Но можно ограничиться обоснованным предположением. Хотите знать, как эстроген влияет на настроение? Оцените свои эмоции в середине цикла. Задайтесь вопросом, как снижение уровня прогестерона действует на память? Пройдите тест на память за пару дней до менструации.

В этой главе мы обсудим, как менструальный гормональный цикл влияет на мысли и чувства. Мы узнаем, что такое предменструальный синдром (ПМС) и задумаемся, почему одни женщины страдают от него, а другие – нет. Затем мы побеседуем о гормональных контрацептивах и выясним, повышают ли они риск депрессии.

Отношение к менструации имеет значение

Признаемся честно: нам до сих пор неловко обсуждать месячные. Девочки традиционно усваивают «менструальный этикет»: говорить об этом надо в секретной обстановке, иносказательно и уж конечно не при мальчиках и мужчинах. Лорен Роузворн из Мельбурнского университета, автор книги «Месячные в поп-культуре: менструации в фильмах и телепередачах», рассказывает о том, как нормы поведения и отношение влияют на восприятие женщинами своего репродуктивного здоровья^[92].

Когда мы с ней говорили, Роузворн заметила, что менструация крайне мало представлена на экране или в популярной культуре, хотя для половины населения мира с ней связана часть повседневной жизни. Вероятно, причина в том, что биологическая рутина – не тема для отличного телешоу. Но при этом месячные драматизируют – и здесь Роузворн видит проблему. «С менструацией ассоциируют скверное настроение, реки крови или социальное самоубийство, – говорит она. – Из-за этого я вижу, как девочки уже лет в семь тревожатся из-за пубертата, ведь у них складывается впечатление, что месячные – это слишком хлопотно или депрессивно». Нам следует быть осторожными, чтобы девочки не прониклись устаревшими культурными представлениями о месячных как «проклятии» или источнике позора. Последствия таких установок могут сказываться на протяжении всей жизни.

Нервная регуляция менструации

Отвлечемся на время от главной темы ради основ нейроэндокринологии.

Как мы узнали из предыдущей главы, концентрация ФСГ, ЛГ, эстрогена и прогестерона растет и падает на протяжении всего менструального цикла. Интимный циклический танец гормонов приводит к овуляции, которая аккуратно делит месяц на две фазы: фолликулярную и лютеиновую.

Первый день кровотечения – начало фолликулярной фазы и периода, когда гормонов яичников вырабатывается немного. Низкий уровень гормонов провоцирует выработку ФСГ. В результате созревает овариальный фолликул, в котором хранится яйцеклетка. Всю следующую неделю содержание ФСГ и ЛГ растет, стимулируя фолликулы к синтезу эстрогена из холестерина. Пока эстроген усиленно вырабатывается, цепь положительной обратной связи с мозгом вызывает существенный всплеск ЛГ примерно к 12-м суткам. Всплеск ЛГ активирует овуляцию – обычно в течение 12–36 часов. Кстати, ЛГ – именно тот гормон, который выявляется с помощью прогностических тестов на овуляцию, которые продаются в аптеках. После овуляции выработка эстрогена замедляется, а затем, к концу лютеиновой фазы, уровень гормонов резко снижается.

Во время фолликулярной фазы уровень прогестерона остается низким, но резко возрастает в первые несколько суток после овуляции, когда разорванный фолликул (желтое тело) выделяет прогестерон. Если сдать кровь на анализ примерно на 18-е сутки, выяснится, что уровень прогестерона в сто раз выше, чем эстрогена. Если эстроген строит эндометрий матки во время фолликулярной фазы, то после овуляции за дело берется прогестерон и готовит эндометрий к беременности.

Если яйцеклетка оплодотворена, она начинает выделять ХГЧ, который усиливает выработку прогестерона желтым

телом, пока в дело не вступит плацента примерно на 10-й неделе беременности. Сигнал о повышении уровней прогестерона поступает обратно в гипоталамус и гипофиз, ингибирующие выработку ФСГ и ЛГ, и яйцеклетки больше не созревают.

Если яйцеклетка не оплодотворяется, то без поддержки ХГЧ желтое тело отмирает, концентрация прогестерона и эстрогена резко падает, оболочка матки перестает утолщаться, возникает кровотечение.

Этот процесс повторяется за нашу жизнь примерно 450 раз, его прерывают лишь беременность или гормональная контрацепция, а полностью его прекращает только менопауза.

Как гормоны попадают в мозг?

«Гормоны – горошины, а мы – принцессы. Сколько бы перин ни отделяло нас от них, гормоны все равно заставляют нас ворочаться», – говорит Натали Энджир, научный журналист New York Times, в своей книге «Женщина. Интимная география»^[93]. Многие из нас выросли с такой установкой: мы не сомневаемся в том, что гормоны управляют нашим настроением. Мы убеждены, что застряли на эмоциональных «американских горках», с которых не можем сойти.

Так как же все-таки эмоции связаны с гормонами?

Эстроген и прогестерон меняют то, как нейроны устанавливают связь друг с другом через синапсы, и влияют на все крупные нейромедиаторные системы, в том числе те, в которых задействованы норадреналин, дофамин, серотонин, глутамат и ГАМК.

Гормоны воздействуют на нейроны и другие клетки, присоединяясь к участкам распознавания конкретного гормона – рецепторам. Представьте себе замок с ключом, где рецептор – замок, а гормон – ключ. Поворот ключа запускает цепочку биологических реакций внутри клетки. Гормоны могут действовать на клетку только в присутствии соответствующего рецептора.

Рецепторы для эстрогена присутствуют в мозге повсюду, главным образом в областях, ассоциирующихся с репродукцией (например, в гипоталамусе и гипофизе), когнитивными функциями (например, в коре головного мозга) и эмоциями (например, в гиппокампе и миндалевидном теле). Добавляя еще один уровень сложности, эстроген синтезируется прямо в мозге, где он также может регулировать нейронную активность. Любопытно, что распределению прогестероновых рецепторов в мозге человека посвящено всего несколько исследований, так что по результатам изучения этого вопроса на животных остается предположить, что эти рецепторы находятся приблизительно там же, что и

эстрогеновые. Широкое распространение рецепторов гормонов яичников и влияние на нейроны говорит о том, что эти гормоны оказывают масштабное действие на наши мысли, чувства и поведение.

Один из наиболее важных и хорошо известных эффектов эстроген оказывает на микроструктуру самих нейронов, в частности на их дендритные разветвления. Дендриты и шипики (крохотные выросты на дендритах, на которых образуются синапсы) вытягиваются и втягиваются по ходу эструса (аналога менструального цикла у грызунов). Когда уровень эстрогена максимальный, шипики разрастаются. Когда уровень эстрогена падает, шипики втягиваются. Нашему мозгу присуща пластичность, которая локализована в основном в дендритных шипиках. Те из них, что находятся в гиппокампе и участках коры, связанных с когнитивной деятельностью и эмоциональной регуляцией, очень чувствительны к колебаниям эстрогена.

У нас нет доступных средств, чтобы проследить по минутам влияние эстрогена на нейронную микроструктуру или гены людей. Вместо этого нам приходится делать предложения на материале исследований животных. Однако современные методики нейровизуализации, например МРТ и фМРТ, позволяют заглянуть в мозг женщины и подробнее выяснить, как гормоны участвуют в его деятельности. Можно сказать, что МРТ – это своего рода фотосъемка мозга, а фМРТ – видеосъемка в действии. У обоих методов сканирования мозга есть свои недостатки, но пока это лучшие инструменты из всех существующих.

Визуализация влияния гормонов на мозг

В недавнем систематическом обзоре 24 исследований с применением фМРТ группа ученых из Уппсальского университета в Швеции сделала вывод: общая картина активации мозга различается во время фолликулярной и лютеиновой фазы менструального цикла или когда при приеме гормональных контрацептивов. Активность

областей мозга, участвующих в эмоциональной и когнитивной деятельности, варьируется в ответ на изменение уровней эстрогена или прогестерона^[94]. В обзоре проделана большая работа по обобщению «ювенильной» области исследований. Однако авторы не сумели установить, имеет ли деятельность мозга какое-либо отношение к тому, как на самом деле мыслят, чувствуют и ведут себя женщины, когда у них колеблется уровень гормонов. К счастью для нас, два автора обратились к изучению литературы, посвященной именно этой проблеме.

Меняет ли менструальный цикл чувства?

В своей работе «Влияние менструального цикла на когнитивные функции и обработку эмоций – с репродуктивной точки зрения» Ингер Сундстрем-Поромаа и Малин Гингнелл подытожили результаты 18 исследований, чтобы выяснить, успокаивают или возбуждают гормоны яичников^[95].

В одном ряде исследований рассматривалось изменение эмпатии на протяжении месячного цикла. Эмпатия – способность поставить себя на место другого человека и представить себе, о чем он думает и что чувствует, – полезный показатель обработки эмоций. В ходе одного исследования женщинам показывали снимки людей в разном состоянии (например, гнева, страха, радости или отвращения). Испытуемых просили назвать эмоции, представленные на фотографиях. В другой работе женщинам читали короткие предложения, описывающие реальную жизненную ситуацию – например, «вы потеряли любимое и ценное украшение» или «ваш ребенок выиграл соревнования по плаванию», – и просили их представить свои чувства в такой ситуации.

Результаты оказались неоднозначными. В одних исследованиях обнаружили, что эмпатия уменьшилась: женщины были в меньшей степени способны распознавать эмоции и называть их во время лютеиновой фазы цикла, при высоком уровне прогестерона. В других исследованиях было установлено, что эмпатия не зависит от момента месячного цикла.

Еще один способ оценить обработку эмоций – тестирование эмоциональной памяти. События, вызывающие сильные чувства, обычно запоминаются лучше, чем эмоционально-нейтральные, – мы все можем засвидетельствовать этот феномен. Если вам случалось рожать, вряд ли вы когда-нибудь забудете, как впервые увидели своего сына или дочь. Или у всех из нас, живших

в 2001 году, прочно запечатлелись в памяти страшные события 11 сентября.

И опять-таки результатам недоставало однозначности. В одних исследованиях память, относящаяся к эмоциям, улучшалась в лютеиновой фазе, при высоком уровне прогестерона и низком – эстрогена. В других работах такая взаимосвязь не наблюдалась.

В одном исследовании лютеиновая фаза оказалась прочно связанной с травматическими воспоминаниями. Женщинам показывали фрагменты фильмов с выраженными насильственными и тревожными сценами. Через несколько дней испытуемых спросили, насколько часто эти сцены «спонтанно всплывали в памяти». Женщины неизменно сообщали, что во второй, а не в первой половине цикла подобные мысли были более навязчивыми^[96].

Предварительный вывод таков: лютеиновая фаза и сопровождающий ее высокий уровень прогестерона повышают риск обострения эмоциональной памяти и, возможно, нарушают распознавание эмоций (эмпатию). Но, поскольку эстроген и прогестерон действуют совместно и модулируют такие классические нейромедиаторы, как серотонин или дофамин, нельзя с уверенностью связать какой-либо гормон с деятельностью мозга и чувствами или поступками. Хотелось бы также отметить, что эта сфера исследований настолько молода, что сама практически находится в предпубертатном возрасте. Мы еще не достигли уровня, на котором сможем отчетливо визуализировать мозг женщины, определять ее менструальный цикл и на этом основании предсказывать мысли, настроение или поведение.

Меняет ли менструальный цикл мышление?

Люди придерживаются крайне полярных взглядов на межполовые различия. Многие делают акцент на когнитивных возможностях и способности женщин мыслить и рассуждать. Как указывает Маргарет Маккарти, «не следует с легкостью делать научные выводы, на основании которых можно дискриминировать представителей какого-либо пола или ограничивать их возможности. Сколько бы мы ни повторяли, что “отличающийся” не означает “лучший”, всегда есть соблазн сделать вывод, что некоторые наборы навыков превосходят остальные»^[97].

Несмотря на всю свою архаичность, убеждение, что менструальный цикл влияет на когнитивные навыки, широко распространено. Просто погуглите – и легко найдете заголовки вроде «Истекая кровью на работе: исследование менструации. Как менструация в условиях офиса подрывает производительность труда женщин» или «Месячные наносят урон карьере женщин». Многие помнят оскорбительный комментарий Дональда Трампа: в 2016 году он высказался, что журналистке Мегин Келли мешает справляться с работой «кровь, которая сочится отовсюду».

В научном сообществе тщательно изучили эти заявления и попытались выяснить, как половые гормоны напрямую меняют нашу способность мыслить, рассуждать и запоминать.

Преобладает такая гипотеза: мы находимся на пике когнитивной формы для выполнения «маскулинных» задач, когда мы «наименее гормональны», и на пике формы для выполнения «фемининных» задач, когда «наиболее гормональны». Прежде чем продолжить, настоятельно советую вам вспомнить вступление к этой книге, где мы обсуждали величину d как показатель степени совпадения мужских и женских навыков.

Лучший из известных пример когнитивного полового диморфизма – мысленное вращение, то есть способность поворачивать трехмерные предметы в уме. Результаты мужчин и женщин во многом совпадают, но среднестатистический мужчина справляется с этой задачей лучше среднестатистической женщины (даже в тщательных исследованиях величина d составляет около 2,0). Этот гендерный разрыв объясняется самыми разными причинами – от пренатального тестостерона до пристрастия мальчиков младшего возраста к Lego^[98]. Согласно одной точке зрения, женщины делают успехи в трехмерном вращении только при низких уровнях всех гормонов, как во время месячных.

В обзорах Сундстрем-Поромаа и Гингнелл нет данных, подтверждающих это предположение. Они исключили результаты половины исследований, имевших методологические изъяны. Но даже тогда в четырех из шести работ не удалось выявить никаких изменений в способности к мысленному вращению в зависимости от дня месяца.

Шведские ученые также обратились к двум классическим тестам на умственные способности: к вербальной беглости и вербальной памяти. Во время теста на вербальную беглость вас просят, допустим, назвать за одну минуту как можно больше слов на букву «Г». Тесты на вербальную память – это запоминание произвольных слов, например из списка покупок. Результаты тестов на вербальную беглость и память также указывают на половой диморфизм: среднестатистическая женщина справляется с ними лучше среднестатистического мужчины (величина d составляет около 1,0). Было высказано предположение, что женщины должны показывать лучшие результаты в тестах на вербальную беглость и память при высоких уровнях эстрогена у них в организме. Но аргументов в пользу этой гипотезы мало: при подготовке обзора выяснилось, что способности памяти в разные дни менструального цикла ощутимо не менялись.

Кстати, я не нашла добротных исследований по связи IQ (лучшего из известных показателей интеллекта) и менструального цикла. Некоторые люди (как ни странно, все они мужчины), по-видимому, лично заинтересованы в доказательстве интеллектуальной неполноценности женщин. Поэтому они часто ссылаются на метаанализ^[99] 2004 года, который показал: в среднем у мужчин результаты теста IQ на 4–5 баллов выше, чем у женщин. Последующие работы это не подтвердили, и критики исследования сделали вывод о некорректной методологии метаанализа^[100]. Например, его авторы не рассмотрели одно крупное исследование по межполовым различиям в IQ (а его результаты – это 45 % всех имеющихся данных). Если бы его включили в метаанализ, никаких межполовых различий не оказалось бы.

И это хорошие новости! Наши когнитивные способности и интеллект – не в плену у гормонов. Мы располагаем наглядными эмпирическими доказательствами в пользу того, что женщины способны учиться, запоминать и рассуждать и в детородные годы, и потом. Ну кто бы мог подумать!

Один из основополагающих принципов нейробиологии и психологии – наша способность вдумчиво регулировать свои эмоции. Префронтальная кора (ПФК) мозга полностью контролирует центры обработки эмоций – миндалевидное тело и гиппокамп. Освоение способности выявлять, понимать наши эмоции и управлять ими – не просто ключевой жизненный навык, который мы приобретаем в детстве и в подростковом возрасте. Это нейробиологическая реальность.

ПМС, настроение и менструальный цикл

Разумеется, на основании чрезвычайно разрозненных данных об эмпатии, вербальной памяти, навыках пространственного мысленного вращения или по результатам сканирования мозга мы можем сделать лишь некоторые выводы. Так что давайте шире посмотрим на менструальный цикл и такой повседневный опыт, как настроение.

ПМС – обобщающий термин для симптомов, которые проявляются за неделю до начала месячных. В широком смысле ПМС объясняется низким уровнем эстрогена в сочетании с внезапным падением уровня прогестерона (если оплодотворение не происходит) в конце лютеиновой фазы.

Симптомы варьируются от легких до изнурительных. К эмоциональным симптомам относятся перепады настроения, затуманенность мышления, гнев, напряжение, плаксивость, тревожность, раздражительность, усталость и чувство отсутствия контроля над ситуацией. Физические симптомы – болезненность груди, головные боли, мигрень, кожные проблемы и вздутие живота. Полный список ошеломляет: в диагностике ПМС насчитывается более 150 различных симптомов.

Для меня оказалось чрезвычайно трудным выяснить однозначно, сколько женщин действительно страдают ПМС. Я думала, что найду результаты множества исследований и четкие статистические данные. Но не тут-то было.

Поиск в Google выдал, что ПМС проявляется у «высокого процента женщин детородного возраста». Австралийский исследовательский институт женского здоровья утверждает, что у «большинства женщин с регулярной овуляцией» наблюдаются некоторые физические симптомы и расстройства настроения на этапе

цикла перед месячными. В одном метаанализе указано, что ПМС поражает чуть меньше половины женщин всего мира, но его распространенность в разных странах варьируется. Например, в Иране 95 % женщин утверждают, что у них ПМС, а во Франции – всего 12 % [\[101\]](#). Положение осложняется тем, что существует тяжелая форма ПМС – так называемое предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР). По данным литературы, распространенность ПМДР составляет примерно 1–8 %.

Мне остается лишь сделать вывод: процент женщин, страдающих ПМС, варьируется в пределах от «почти никто» до «почти все».

ПМС – современный миф?

Сара Роменс – профессор психологии Отагского университета в Новой Зеландии. Роменс занимается практической клинической психиатрией. За годы работы она не раз задавалась вопросом, почему женщины приписывают свою раздражительность ПМС. Она вовсе не уверена, что менструальный цикл является первопричиной всех изменений настроения и что женщины – «эмоциональные жертвы» своих репродуктивных биологических особенностей.

В 2012 году Роменс опубликовала в журнале *Gender Medicine* работу, в которой обобщила данные по 47 исследованиям, изучающим связь между днем месячного цикла и настроением. Рассмотренные вместе, эти результаты не содержали ни одного явного подтверждения тому, что смена настроения обусловлена этапом менструального цикла. Особенно мало доказательств обнаруживалось в пользу резких эмоциональных перепадов или специфического «предменструального синдрома негативного настроения»^[102].

В 2013 году Роменс и ее коллеги опубликовали результаты исследования «Настроение в повседневной жизни». В нем участвовали здоровые канадские женщины 18–49 лет, которым раздали мобильные телефоны и ежедневно задавали вопросы об эмоциональном состоянии. У женщин выясняли, не чувствуют ли они раздражения, ощущения полного контроля, уверенности, грусти, прилива энергии, плаксивости и т. п. Также им задавали вопросы об общем состоянии здоровья и самочувствии, социальной поддержке, воспринимаемом стрессе и дне менструального цикла. Интересно, что женщинам не объявили о том, что предмет исследования – ПМС. За шесть месяцев было проанализировано 395 менструальных циклов почти 80 женщин^[103].

В ходе исследования «Настроение в повседневной жизни» почти не обнаружилось свидетельств в пользу

того, что предменструальный этап цикла сам по себе влияет на настроение. Вместо этого ученые выяснили, что более выражено на эмоции действуют три фактора: недостаток социальной поддержки, стресс или проблемы со здоровьем.

«Знания формируют ожидания самих женщин, связанные с их здоровьем», – говорит Роменс, которая объяснила мне, что пользуется результатами исследований в своей повседневной работе в клинике. Роменс не верит, что у всех женщин возникают расстройства эмоциональной сферы перед месячными. Наоборот, многие женщины ошибочно объясняют перепады настроения гормональными изменениями. Когда Роменс просит своих пациенток понаблюдать за эмоциями ежедневно в течение нескольких месяцев, лишь каждая двадцатая отмечает совпадение негативных изменений настроения с предменструальной фазой. Примечательно, что примерно у такого же процента женщин было выявлено ПМДР – острая клиническая форма ПМС.

С утверждением «ПМС – миф» согласны многие феминистки. «Предменструальная нелогичность, нестабильность и раздражительность неизменно аргументируется буйством гормонов и подкрепляет восприятие менструации как проклятия», – говорит Джейн Ашер, профессор психологии женского здоровья из Центра исследований здоровья Западного Сиднейского университета^[104].

Ашер объясняет, что тысячелетиями женские эмоции приписывались «блуждающей матке» (название «истерия» происходит от др.– греч. *hystera*, то есть «матка»). Считалось, что этот орган перемещается внутри тела и вызывает всевозможные недуги, которые лечили сексом и беременностью. «В Викторианскую эпоху такой диагноз, как истерия, был широко распространен, и в неудовлетворенности и супружеском неповиновении женщин опять-таки винили матку», – говорит Ашер. Она отмечает, что и сегодня образ предменструального безумия транслируется в массовой культуре: в роликах с YouTube и на карикатурах изображают «ведьму с ПМС», а

книги по самопомощи наперебой советуют женщинам, как сгладить эту фазу^[105].

Роменс, Ашер и другие убеждены, что негативные ожидания, относящиеся к ПМС, становятся «самосбывающимся пророчеством». «Многие женщины сами ставят себе диагноз ПМС или ПМДР и в итоге не ищут альтернативные причины своего стресса», – говорит Ашер^[106].

Ключевые достоинства исследовательского подхода Роменс примечательны. Во многих случаях ученые спрашивают женщин только о **негативном** предменструальном опыте – например, подавленности, плаксивости и раздражительности. Но вопросов о позитивном настроении, об ощущении радости, приливах энергии и уверенности они не задают. При этом результаты автоматически искажаются, смещаются в сторону негативных проявлений. В итоге опыт участниц описывается однобоко и необъективно. «Если изучается лишь негативное настроение, отсюда следует ошибочный вывод, что настроение меняется только в одну сторону», – говорит Роменс.

За пределами научных кругов придется очень постараться, чтобы найти хотя бы какую-нибудь газетную статью о женщинах, чувствующих радость и прилив энергии, в том числе творческой, перед началом менструации. Существует движение «позитивных месячных»: женщинам предлагается приветствовать «лунное время» и воспринимать его как опыт «священной богини». И хотя подобные концепции вдохновляют некоторых женщин, предменструальный этап все равно чаще считают временем, когда надо относиться к себе особенно бережно, а не ощущать подъем.

Ашер полагает, что предменструальные эмоции – вполне понятная реакция на стресс и жизненные трудности. Она придерживается феминистской позиции: женщины каждый месяц в течение трех недель умалчивают о своем раздражении и недовольстве, чтобы соответствовать социальным представлениям о себе как о

«хороших». В это время женщины если и винят в своих настроениях что-либо, то скорее отношения с партнерами, нагрузку на работе или недосыпание. «В предменструальный период это затыкание рта самим себе прекращается, но выражение негативных мыслей и чувств неизменно приписывают ПМС», – говорит Ашер.

Далеко не все разделяют взгляды Ашер и Роменс. Среди критиков – Джаяшри Кулькарни. Она утверждает, что представление о ПМС как о «существующем только в голове у женщин и противоречащем их эндокринологии» игнорирует обширный корпус работ нейробиологов, посвященных интеграции гормонов в умственные процессы.

«Сегодня нам уже незачем соглашаться с тем, что особенности биологии женщин, в том числе их гормональный фон, не играют значительной роли. Мы можем обратиться к биологии и объединить ее с психологическим и социальным контекстом, чтобы увидеть: ПМС действительно существует и в самом деле причиняет многим женщинам подлинные страдания», – говорит Кулькарни^[107].

Когда я беседовала с Кулькарни по телефону, она сказала, что восприимчивость женщин к гормонам может различаться – возможно, из-за генетической вариативности в структуре или численности рецепторов. Может быть, реакция женщин на гормоны подобна реакции на стресс «детей-орхидей» и «детей-одуванчиков».

Отрицают ли исследования ПМС как «существующий только у нас в голове»? Роменс предлагает женщинам, осваивающимся с этой новой мыслью, более гибко подходить к причинам своих эмоций. «Нам следует шире взглянуть на то, что происходит в нашей жизни, присмотреться к качеству наших взаимоотношений и к нашему физическому здоровью, прежде чем винить репродуктивную функцию», – говорит она. Я расспрашивала Роменс, как она беседует с женщинами, которые винят свои гормоны, или с теми, кто считает, что

их опытом ПМС пренебрегают. Вот что она ответила: «Я говорю им: “Да, вполне возможно, что все дело в гормонах, давайте сначала соберем некоторые данные”». Роменс считает, что женщинам стоит задуматься, что происходит в их жизни в целом. «Этому убеждению, которое распространено удивительно широко, надо бросить вызов. Ведь из-за него закрепляются вредные представления, связывающие женскую репродуктивную сферу с негативной эмоциональностью», – говорит Роменс.

Предменструальное дисфорическое расстройство

ПМДР выглядит менее противоречивым, по крайней мере с точки зрения специалистов-медиков. Оно даже удостоилось упоминания в библии психиатров – «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» пятого издания (DSM-5). ПМДР считается одним из видов расстройства настроения, или аффективного расстройства, наряду с депрессией и биполярным расстройством. Чтобы женщине поставили диагноз ПМДР, у нее должны наблюдаться 5 из 11 симптомов: выраженные перепады настроения, раздражительность, тревожность или депрессия. Эти симптомы проявляются за неделю до менструации, прекращаются с началом выделений и отсутствуют неделю после их завершения. Симптомы должны вызывать клинически значительный стресс или препятствовать повседневной жизни или взаимоотношениям. Проведенное в США исследование установило, что распространенность ПМДР составляет порядка 1,3 %^[108].

Ученые активно дискутируют, является ли ПМДР «заурядной депрессией», при которой перед месячными ухудшается состояние, или же это отдельный синдром. DSM-5 часто критикуют за «диагностическую инфляцию», когда снижаются пороговые показатели существующих расстройств и расширяется список заболеваний, в результате чего появляется много новых «пациентов» с неверно поставленными диагнозами. Так или иначе, ПМДР перевели из кабинета гинеколога в приемную психиатра.

На нервные истоки ПМДР указывает то, что лучше всего он корректируется антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Серотонин связан с хорошим настроением. СИОЗС стабилизирует эмоции, увеличивая количество серотонина, доступного синапсам.

В 2015 году шведские ученые Комаско и Сундстрем-Поромаа завершили обзор литературы по визуализации мозга при ПМДР (откровенно говоря, довольно скудной). Они обнаружили, что у женщин с ПМДР нарушена согласованность работы лимбической системы и ПФК. Напомню, что в мозге здорового взрослого человека ПФК способна вдумчиво модулировать эмоции, поступающие из лимбической системы. Симптомы ПМДР могут возникать ввиду усиления активности из группы «снизу вверх» в лимбической системе мозга и притупления активности из группы «сверху вниз» в ПФК. Дисфункциональный диалог такого типа между когнитивной и эмоциональной сферами обычно наблюдается при депрессии, и, по-видимому, его усугубляет лютеиновая фаза у женщин с ПМДР^[109].

Вызывают ли противозачаточные таблетки депрессию?

Пока я писала эту главу, Роменс опубликовала еще одну работу с провокационным названием «Слезы, применение оральных контрацептивов и менструальный цикл». Она основана на результатах проекта «Настроение в повседневной жизни» и, как видно из названия, исследует связь между плаксивостью, пилюлями и днем месяца^[110].

«Плач – загадочное биологическое и социокультурное явление, универсальное для человеческих сообществ и строго дифференцированное в гендерном отношении: женщины плачут больше, чем мужчины», – пишет Роменс. Участницы исследования сообщали, что им *казалось*, будто перед менструацией и во время нее плакать им хочется чаще – по сравнению с серединой цикла. Но на самом деле эти позывы не зависели от фазы цикла. Женщины, принимающие противозачаточные таблетки, плакали (или же хотели плакать) не чаще и не реже, чем женщины с натуральным менструальным циклом.

Исследований самого плача не хватает. Однако заголовки новостей пестрят шутками и страшилками о том, что от таблеток становишься грустной, плаксивой и уязвимой к разным напастям – от лишнего веса до психоза. Результаты одного крупного исследования попали в мировую прессу, как только их опубликовали в журнале JAMA Psychiatry в сентябре 2016 года^[111]. «Вам не померещилось: сенсационное новое исследование выявило связь противозачаточных таблеток с депрессией», – объявили газеты. «Так мы и знали! Наконец-то нас приняли всерьез», – отозвались женщины по всему миру.

Исследование проводилось в Дании и обобщило результаты 14-летнего наблюдения за здоровьем более миллиона датских женщин в возрасте 15–34 лет. Ученые задавались простым вопросом: связано ли применение гормональной контрацепции с лечением депрессии?

Запросив данные датской системы здравоохранения, исследователи выяснили, сколько женщин используют гормональную контрацепцию (более половины участниц), причем разных типов (комбинированные оральные контрацептивы, имплантаты, внутриматочные спирали). Также ученые выявили женщин с депрессией. Такой диагноз считался установленным, если женщинам прописывали антидепрессанты (13 % участниц исследования) или диагностировали депрессию в психиатрической больнице (2 %).

Ученые пришли к выводу: применение гормональных контрацептивов, особенно в подростковом возрасте, действительно ассоциируется с последующим применением антидепрессантов и первой диагностикой депрессии. Но не спешите выбрасывать начатую упаковку противозачаточных таблеток. Давайте повнимательнее рассмотрим эти результаты.

Для всех участниц исследования на 23 % вырос **относительный риск**, что им выпишут антидепрессанты после начала приема противозачаточных таблеток. Согласно данным, такой результат был более вероятен для подростков – с 80 %-ным повышением **относительного риска** развития депрессии при приеме противозачаточных. Новость о таких итогах исследования сразу же разошлась в прессе. Но в некоторых заголовках газетчики допустили ошибку: они утверждали, что депрессия развивается у 80 % женщин, принимающих противозачаточные препараты.

Важно понять, что представляет собой «риск». Относительный риск (о котором сообщалось в газетах) – один из двух способов описать один и тот же статистический показатель. Относительный риск говорит нам очень мало, но сам термин звучит внушительно и зачастую пугающе. С другой стороны, **абсолютный риск** указывает на вероятность, с которой событие действительно произойдет.

Рассмотрим данные с точки зрения абсолютного риска. Мы увидим, что 2,1 % женщин, принимающих

противозачаточные таблетки, получали антидепрессанты – по сравнению с 1,7 % женщин, не использовавших гормональные контрацептивы. Еще проще: в течение года антидепрессант пропишут *менее чем еще одной* из ста женщин, принимающих противозачаточные.

Из всех женщин, применявших гормональную контрацепцию, 0,30 % посещали психиатрическую больницу. Среди тех, кто не использовал такие средства, в психиатрическую клинику обращались 0,28 %. (Можно предположить, что у женщин, побывавших в клинике, депрессия была тяжелее.) Абсолютный риск посещения психиатрической больницы во время приема противозачаточных был ничтожным.

Специалисты Королевского колледжа акушерства и гинекологии в Великобритании считают: на основании данных датского исследования честный врач просто обязан предупредить пациентку, что в среднем всего одной из 221 женщины, которые принимали гормональные контрацептивы более года, вероятно, в дальнейшем выпишут антидепрессант. И лишь одной из 2441 женщины, вероятно, диагностируют депрессию в психиатрической больнице^[112].

Заголовки газет кричат о том, что противозачаточные таблетки *вызывают* депрессию у 80 % женщин. Однако статистика этого никак не подтверждает.

Редко сообщают о другом результате: после приема гормональных контрацептивов в течение года исчезает легкий рост риска депрессии у подростков. И вполне может оказаться, что подверженность депрессии у молодых женщин объясняется тем, что молодежь в любом случае более предрасположена к развитию этого расстройства.

По поводу примирительной рекомендации Королевского колледжа можно высказать одно большое «но»: далеко не все, кто страдает депрессией, принимают антидепрессанты и не все в случае депрессии обращаются за помощью.

Что происходит с мозгом при приеме противозачаточных таблеток?

С точки зрения многих женщин, даже умеренное ухудшение общего самочувствия, наблюдающееся при приеме противозачаточных таблеток, не стоит преимуществ контрацепции. Многие из нас, вероятно, ощущают перепады настроения, раздражительность и другие эмоциональные проблемы, когда принимают противозачаточные. Эти симптомы недостаточно выражены, чтобы обращаться за антидепрессантом или идти на прием к психиатру. Возможно, этим и объясняется, что женщины часто прерывают прием гормональных контрацептивов или используют их нерегулярно.

В 2017 году журнал *Fertility and Sterility* опубликовал исследование. В нем утверждалось, что здоровые женщины сообщали о снижении качества жизни, настроения и физического самочувствия после приема обычных противозачаточных таблеток в течение трех месяцев.

Исследование Каролинского института было двойным слепым, рандомизированным, с контролем плацебо. Это значит, что ни ученые, выдававшие таблетки, ни женщины, принимавшие их, никогда не знали, что у них в руках: плацебо (таблетка-пустышка) или контрацептив. Все 340 здоровых женщин в возрасте 18–35 лет участвовали в опросах по самочувствию и психическому здоровью в начале и в конце исследования. Женщины, получавшие противозачаточные, оценили качество своей жизни в период исследования значительно ниже тех, кто получал плацебо. Контрацептивы негативно повлияли и на качество жизни в целом, и на отдельные аспекты – настроение, самочувствие, самообладание, жизненный тонус и уровень энергии. В отличие от датского исследования с участием миллиона женщин, значительного роста депрессии не наблюдалось^[113].

Иногда альтернативные методы контрацепции устраняют симптомы. Наглядный пример этому – я сама. От одних противозачаточных таблеток я теряла контроль над эмоциями (именно таким был один из результатов Каролинского исследования). По совету проницательной специалистки по женскому здоровью я поменяла препарат – и все наладилось.

Взвешивая все «за» и «против» депрессии или хорошего самочувствия по сравнению с противозачаточными, придется всерьез задуматься, зачем нам нужны гормональные контрацептивы. Такие препараты не просто положительно влияют на здоровье – например, снижают риск онкологии, и это не говоря об их основном действии – предотвращении нежелательной беременности. Гормональные контрацептивы – самый надежный вид противозачаточных средств^[114]. А, как мы выясним в следующих главах, беременность и деторождение тоже способны вызывать уныние.

Возможно, противозачаточные таблетки влияют на общее самочувствие потому, что их основной компонент – прогестин (синтетический прогестерон) – влияет на мозг. Он может действовать седативно, вызывая сонливость, и приглушать нейронную активность. «Хотя мы не обнаружили статистически значительного воздействия на депрессивные синдромы, – говорят авторы исследования Каролинского института, – возможно, прямое влияние на центральную нервную систему, вызванное прогестином, может лежать в основе ухудшения самочувствия, самообладания и жизненного тонуса при приеме контрацептивов оральной группы»^[115].

Различные гормональные контрацептивы действуют по-разному. Например, комбинированные контрацептивы с эстрогеном/прогестином ингибируют выброс ГнРГ, а значит, и ЛГ и ФСГ, что и препятствует овуляции (вот нам и пригодился недавний урок по основам эндокринологии!). Таблетки, содержащие только прогестерон, действуют приблизительно так же. Прогестероновая внутриматочная контрацепция не

препятствует овуляции, но благодаря ей среда в матке становится более враждебной для сперматозоидов и яйцеклеток, если они там появляются.

Последствия приема противозачаточных таблеток – сложный вопрос. Они снижают естественный уровень гормонов яичников и одновременно каждый день повышают концентрацию синтетических гормонов на очень короткое время (период полувыведения для синтетических гормонов составляет всего несколько часов, вот почему принимать таблетку следует ежедневно).

Мы исходим из предположения, что синтетические гормоны вызывают те же изменения в структуре мозга и нейрохимии, как и природные гормоны, по крайней мере на короткое время. С этими изменениями, вероятно, и связано увеличение риска депрессии и колебания настроения – как в лучшую сторону, так и в худшую. Но, хотите – верьте, хотите – нет, долговременное воздействие противозачаточных таблеток на мозг еще никто не изучал.

Как и в случае с менструальным циклом, большинство исследований противозачаточных таблеток рассматривают поведение, связанное с половым диморфизмом (то есть различающееся у мужчин и женщин). Разумеется, мужчины не принимают такие препараты, но предполагается, что на подобное поведение могут влиять гормоны яичников.

Что касается тестов на когнитивные способности (пространственное мысленное вращение, вербальную беглость и память), их результаты неоднозначны. В одних исследованиях результаты теста на мысленное вращение улучшались у участниц, принимавших противозачаточные таблетки: то есть женщины, использовавшие препараты, справлялись с тестом скорее как многие мужчины. Другие исследования выявили улучшение вербальной памяти участниц, принимающих оральные контрацептивы: некоторые женщины, принимавшие их, показывали результаты скорее как... да, как у женщин.

Сообщения, касающиеся настроения, в равной мере нестабильны. Одни женщины утверждают, что чувствуют себя более уравновешенными эмоционально во время приема противозачаточных (особенно если экспериментальным путем им подбирали подходящие таблетки). Другие сообщают о депрессии, тревожности, усталости, неврологических симптомах, компульсивности и гневе. Можно подумать, что существует два вида женщин с разной эмоциональной реакцией на половые гормоны. Гипотезу «орхидей» и «одуванчиков» Джаяшри Кулькарни еще только предстоит подтвердить.

Обзор 2014 года по этому вопросу можно найти в журнале *Frontiers in Neuroscience* под поразительным заголовком: «50 лет существования гормональной контрацепции: пора выяснить, как она воздействует на мозг». Увы, время всесторонних выяснений еще не пришло: авторы пишут, что им удалось обобщить лишь «скудные результаты»^[116].

Очевидно, это еще одна сфера исследований, находящаяся в препубертатном состоянии. Хотя уже более 50 лет миллионы женщин во всем мире пользуются оральными контрацептивами, всё, что могут сказать ученые – это заявить о «насущной необходимости дополнительных исследований».

Рассуждая о подавлении овуляции, не будем забывать, что наш мозг пользуется гормонами и эмоциями, чтобы подталкивать нас к влечению, любви, сексу, наслаждению и продолжению рода, а не только к раздражительности, депрессии и тревожности!

5

Мозг подростка

Несколько лет назад мы с мужем отпраздновали наше сорокалетие, устроив вечеринку в духе девяностых. Я нарядилась в синее платье в стиле Моника Левински, одна из наших подруг изображала Мию Уоллес из «Криминального чтива», многие гости оделись в джинсы с джинсовыми куртками, «мартинсы» и пиратские блузы. Мы слушали Oasis, Blur, Coldplay и U2. Хотя мы с мужем выросли на противоположных концах света, в Новой Зеландии и Ирландии, эта музыка вызывала у нас схожие воспоминания о возрасте около 20 лет. Такие песни наши мальчишки уморительно называют «папиной музыкой».

Ностальгия, связанная с музыкой, которая нам нравилась в подростковые годы, – распространенное явление. Оно может многое поведать о выраженной пластичности социальных, эмоциональных и когнитивных нейронных сетей в мозге подростка.

Песни благодатных дней нашей юности ощущаются как «наша музыка», потому что музыкальные предпочтения имеют важные социальные последствия, когда ты молод. В подростковые годы нами движет острое желание найти себе новое «племя». Это стремление «вписаться» отчасти означает, что подростки чрезвычайно болезненно воспринимают изоляцию. Им просто хочется, чтобы их принимали и ценили как членов племени. Поэтому они всеми силами стараются одеваться одинаково, иметь общие интересы и слушать одну и ту же музыку.

Страстные увлечения подростковых лет пускают корни глубоко. Эмоции придают колорит и значение нашей жизни и вместе с тем посылают сигнал: «Эй, вот что на самом деле важно». Мы весьма склонны помнить события (хорошие и плохие), у которых есть эмоциональная составляющая. Мозг уделяет им особое внимание и «помечает» как важные.

У многих взрослых есть так называемые воспоминания-выпышки. Они особенно яркие и относятся к увлекательному периоду жизни между 10 и 30 годами. По сравнению с нашим детством или средним возрастом мы лучше помним книги, фильмы, вечеринки и музыку того времени.

Доказано, что подростковые годы – период особенно выраженной пластичности мозга: наша способность к обучению достигает пика, появившиеся воспоминания оказываются особенно неизгладимыми. Но вместе с пластичностью растет и уязвимость. Как говорит Натали Энджир, «кто способен забыть подростковые годы? И кому удавалось полностью оправиться после них?»^[117].

На полпути между девочкой и женщиной

Начало подросткового возраста определяется биологически. Тикающие в гипоталамусе часы подают сигнал о начале превращения девочки в женщину. Окончание подростковых лет не имеет четкой биологической границы. Когда именно девочки становятся взрослыми? Когда они физически способны рожать детей? Или когда у них действительно появляются дети? Когда им исполняется 18? После окончания школы? После ухода из родительского дома? Когда они находят свою первую работу на полную ставку? Покупают жилье? Выходят замуж? В условиях, когда пубертат начинается раньше чем когда-либо, а традиционные культурные маркеры «взрослости» неприменимы, «подростковый возраст» может затянуться на десятилетия! Так как он приходится главным образом на период с 12 до 19 лет, в этой главе я буду периодически называть подростков тинейджерами.

Несмотря на нынешнюю неопределенность культурного или социального финала подросткового периода, с точки зрения биологии к нему относится определенная стадия развития мозга. Именно в это время мозг становится особенно уязвимым для реорганизации под действием половых гормонов, именно тогда когнитивные, эмоциональные и социальные нейронные цепочки оптимизируются и достигают зрелости. Параллельно с изменениями мозга происходят стандартные изменения в мышлении, эмоциях и поведении юного владельца мозга.

Стереотипные представления о мозге тинейджера ошибочны

Признаемся откровенно, всем нам свойственно ломать руки от отчаяния, когда речь заходит обо всем плохом, что только может случиться с девочкой в ее подростковые годы. Мы изо всех сил надеемся, что наши дочери выйдут из этого периода здоровыми, всесторонне развитыми женщинами, избежав ранней беременности, расстройств пищевого поведения, депрессии, травли, сексуальных нападений, наркозависимости и опасностей современности – зависимости от социальных сетей и домогательств и оскорблений в интернете.

Помимо наставлений о том, как избежать всего перечисленного, девочкам-подросткам приходится иметь дело с объяснениями нейробиологов, почему из-за «незрелости» мозга они так беспомощны перед всем этим злом. По-видимому, предполагается, что подростковые годы – это что-то вроде минного поля, и многим девочкам вряд ли удастся пройти по нему невредимыми.

Несколько лет назад ученые в Великобритании с редкой пронизательностью спросили у группы из 85 тинейджеров, какого они мнения об объяснениях нейробиологов насчет «подросткового мозга». Любопытно, что большинство участников опроса не интересовались тем, что могут узнать о себе от нейробиологов. Одни заявили, что это «занудство». Другие сочли такое внимание навязчивым и неуместным и сказали, что такое отношение превращает тинейджеров в «чудиков», отталкивает их, подчеркивает их сравнительное бесправие и угрожает свободе их воли. (Если вы нейробиолог – сочувствую. Похоже, подросткам до вашей работы нет дела.) «Мы что – лезем в мозги к взрослым? Тогда зачем вам наши мозги?» – спросил один из молодых людей.

Участники опроса оказались достаточно сообразительными, чтобы оценить потенциал

нейробиологии. Но они хотели бы, чтобы такие исследования помогали взрослым лучше понять подростков, а не увеличивали и без того тяжкий груз моральных суждений и стереотипов. «Тинейджеров часто понимают неправильно, так что лучше бы людям узнать, как мы мыслим, понять нашу точку зрения», – отреагировал один участник, а другой добавил: «Это помогло бы разрушить стереотипы»^[118].

По-видимому, взрослые усматривают и юмор, и ужас в концепции подросткового мозга. Между делом мы как-то забываем о многочисленных позитивных результатах владения и управления настолько адаптивными нейронными цепочками. Молодые женщины удивительно отзывчивы, полны эмпатии, преданы друзьям, страстно защищают то, во что они верят, целеустремленны и в высшей степени мотивированы. И при этом они находятся на пике своих возможностей в учебе и творчестве.

Так что в интересах девочек-подростков во всем мире начнем с тщательного и объективного изучения их мозга.

Мозг подростка все еще развивается

Большинство ученых признают три факта, относящихся к мозгу подростка^[119].

Во-первых, между детством и зрелым возрастом его структура продолжает меняться. Объем серого вещества достигает максимума во время пубертата, а затем снижается на протяжении подросткового возраста и до 30 лет. Объем белого вещества увеличивается у детей и подростков, а также у взрослых.

Во-вторых, у девочек мозг созревает чуть быстрее, чем у мальчиков. Это межполовое различие в развитии мозга согласуется с физическим развитием, в котором девочки в среднем вступают в пубертатный период на год-два раньше мальчиков, а те вскоре быстро догоняют их.

В-третьих, разные области мозга созревают с разной скоростью. Развитие лимбической системы, управляющей эмоциями, ускоряется во время пубертата, а ПФК, участвующая в мышлении и суждениях, созревает лишь после 20 лет. Все это вызывает «перекося в развитии» между обработкой эмоций и вознаграждений, мышлением и суждениями. Эти перекося определяют такие особенности поведения подростка, как чрезмерная эмоциональность, импульсивность и гиперчувствительность к социальным ситуациям.

Серое вещество становится тоньше по мере оптимизации связей

Префронтальная кора, как видно из ее названия, расположена в передней части мозга, ее иногда называют главным управляющим мозга. Она действует как мудрый лидер, всесторонне контролируя другие области мозга. ПФК участвует в регуляции эмоций, суждениях, стратегическом мышлении, самоконтроле, внимании, кратковременной памяти и социальных когнитивных функциях – позволяет ориентироваться в сложных

социальных взаимоотношениях, например отличать друга от врага.

В детстве серое вещество ПФК продолжает утолщаться, так как нейроны образуют новые синапсы – так у дерева отрастают новые сучки, ветки и корни. В подростковом возрасте утолщение наблюдается на большей части коры головного мозга, но особенно очевидно в области ПФК.

Потеря или уменьшение толщины серого вещества на первый взгляд звучит как патология. Но зачастую в случае с мозгом «меньше значит больше». Потеря серого вещества жизненно важна и объясняется сокращением, «обрезкой» нежелательных «сучков и веток», которая отчасти зависит от опыта по принципу «не применяешь – потеряешь». Связи, которыми активно пользуются, становятся прочнее. Те, которые не задействуются, исчезают.

Чем больше белого вещества, тем быстрее коммуникация

МРТ позволила выявить неуклонное увеличение в подростковом возрасте объема белого вещества на путях, ведущих к ПФК и из нее. Напомню, что аксоны изолированы миелином, который ускоряет передачу сигналов между областями мозга. Миелинизированные аксоны передают импульсы до 100 раз быстрее, чем немиелинизированные, а быстрая передача означает более быструю интеллектуальную обработку данных.

Джей Гидд, нейробиолог из Калифорнийского университета в Сан-Диего, выяснил: рост белого вещества означает, что связи между областями мозга становятся более крепкими и многочисленными. Мозг созревает, его участки специализируются, а связи между ними укрепляются.

Пользуясь сравнением Гидда, созревание мозга – это вопрос не столько добавления новых букв в алфавит, сколько составление из существующих букв слов, предложений и абзацев. «Эти изменения в конечном итоге

помогают мозгу специализироваться во всем – от сложного мышления до умения чувствовать себя уверенно в обществе», – говорит Гидд [\[120\]](#).

Подкорковые участки мозга сокращаются и разрастаются

Изменения в структуре белого и серого веществ не ограничены одной только ПФК. Подкорковые структуры головного мозга начинают созревать примерно во время пубертата, и это развитие более или менее завершается к середине подросткового возраста.

Подкорковыми называются участки головного мозга, находящиеся глубоко в нем, под (на местоположение указывает приставка «суб-») корой лобных и височных долей. К ним относится лимбическая система (гиппокамп и миндалевидное тело) и полосатое тело (стриатум), состоящее из четырех частей: прилежащего ядра, хвостатого ядра, скорлупы (путамена) и бледного шара. Они соединены с ПФК и друг с другом пучками аксонов.

У девочек во время пубертата миндалевидное тело и гиппокамп увеличиваются. Одновременно все четыре структуры, составляющие полосатое тело, сжимаются. Созревание подкорковых структур идет наиболее быстрыми темпами в конце детского и начале подросткового возраста, но темпы разрастания или сжатия замедляются после 16 лет [\[121\]](#), [\[122\]](#).

Социальный мозг развивается в подростковые годы

К «социальному мозгу» относятся участки головного мозга, участвующие в социальной когнитивной деятельности – в навыках, позволяющих нам ориентироваться в тонкостях взаимоотношений, привлекать партнера, отличать друзей от врагов, распознавать мысли и чувства окружающих. В нейронную сеть социального мозга входят ПФК, участки коры, задействованные в обработке информации о лицах, а также специфический участок, который называется височно-теменным узлом (ВТУ). Последний расположен на границе височной и лобной долей – если начать линию чуть выше уха и провести ее к затылку.

В подростковом возрасте архитектура социального мозга оптимизируется, нервная деятельность приобретает особенности, характерные для взрослых. Социальное поведение становится зрелым параллельно с изменениями в структуре и активности мозга.

Мозг тинейджера примыкает к новому племени

В детстве наиболее близкие отношения девочки поддерживают с родителями, братьями и сестрами, объясняет психолог Лайза Дамур в своей замечательной книге «Распутывание: путеводитель для девочек-подростков по семи ступеням перехода к взрослению». «Девочки отдаляются от своих родителей, становясь подростками», – говорит она^[123]. По мере созревания девочки не просто стремятся заводить новых друзей: один из элементов процесса взросления – замена семьи «племенем», которое они смогут с гордостью назвать своим.

Так как принадлежность к новому племени играет настолько важную роль для девочек, нелады с друзьями или слишком заметные отличия от них приводят к стрессу. Дамур утверждает, что переоценить значение принадлежности подростка к племени невозможно: «Боязнь остаться без своего племени – отдалиться от семьи, но так и не войти в группу сверстников, – ранит в самое сердце и приводит к идеализации популярности, а также социальных связей, которые к ней прилагаются»^[124].

Сила эволюционного стремления вылететь из родительского гнезда и заняться исследованием мира очень велика. Все молодые социальные животные от щенков до морских свинок предпочитают резвиться с друзьями, а не с родителями. «Социальная переориентация», или смещение фокуса с себя и родных на друзей-ровесников, обусловлена глубокими биологическими причинами: таким образом снижается вероятность инбридинга и создается более здоровое в генетическом отношении население.

Мучительные последствия игнорирования

Наберитесь смелости и мысленно перенеситесь в свои подростковые годы, вспомните моменты, когда

чувствовали себя чужим и исключенным из общего круга. Большинству людей не составляет труда припомнить случаи (реальные или воображаемые), когда их не пригласили на вечеринку, в поход в местный торговый центр или в гости с ночевкой. Помните ужасные списки, кто на каком месте по популярности, которые составляли и передавали по классу? Для тех из нас, кто попадал в самый конец списка, не получал приглашений на вечеринки или становился мишенью для насмешек (через это в тот или иной момент проходили мы все), все это было чрезвычайно мучительно. Девочкам в особенности хорошо удается вредничать и устраивать пассивно-агрессивную травлю – осаживать жертву, распускать о ней злые и жестокие сплетни или намеренно выживать ее из своего круга. И эта злоба и травля становится главной причиной грусти, депрессии и самоповреждения среди девочек-подростков^[125].

Боязнь, что тебя не примут в какой-либо круг или подвергнут остракизму, представляет опасность для нескольких наших самых фундаментальных человеческих потребностей, например для самооценки, возможности чувствовать себя ценным членом группы, для нашего ощущения осмысленности жизни. Как бы жестоко это ни звучало, ученые порой намеренно вызывают ощущение изоляции, чтобы изучать его.

Например, психолог из Университета Пердью профессор Киплинг Уильямс разработал игру под названием Cyberball. Ее участники в интернете перебрасываются мячом с компьютерной программой, не зная об этом – им говорят, что они играют с людьми. После нескольких бросков компьютер переставал пасовать кому-то из участников. Им также объяснили, что в игре оценят их навык мысленной визуализации и намеренно вызовут ощущение, будто их игнорируют. В Cyberball поучаствовали много тысяч подростков и взрослых. У человека, который не получал паса, игра неизменно вызывала чувство отверженности, гнева и печали, даже если это продолжалось всего несколько минут.

«Исключение, или остракизм, – незримая форма травли, не оставляющая синяков и ссадин, поэтому мы зачастую недооцениваем ее воздействие», – говорит Уильямс. Он утверждает, что чувство, когда тобой пренебрегают, будь то друзья или незнакомые люди, может быть невыносимым. И болезненное восприятие сохраняется надолго^[126].

Профессору Саре-Джейн Блейкмор, нейробиологу из Университетского колледжа Лондона, принадлежит честь создания такой дисциплины, как подростковое развитие мозга. Кроме того, она продемонстрировала, что подростковый возраст – период поразительной пластичности и восприимчивости к социальному и учебному опыту.

С помощью фМРТ Блейкмор сравнила, как реагирует на неприятие среды социальный мозг девочек-подростков и взрослых женщин. В одном исследовании с применением Cyberball, в котором участвовало 19 девочек в возрасте 14–16 лет и 16 взрослых женщин, девочек социальная изоляция обеспокоила гораздо сильнее, чем женщин. Неспособность подростков регулировать свой стресс отражается на их мозге. В области социального мозга, регулирующей негативные чувства, – левой вентролатеральной зоне ПФК – нейронная активность у подростков ниже, чем у взрослых. Блейкмор предполагает, что «повышенная восприимчивость к неприятию среды у подростков может объясняться сниженной регуляцией социальных стрессовых переживаний»^[127].

Подростковый мозг подготовлен к тому, чтобы любить то же, что нравится друзьям, в том числе музыку. В статье под названием «Нейронные механизмы влияния популярности на оценку подростками музыки» группа ученых из Университета Эмори описывает опыт применения фМРТ для сканирования мозга 22 участников в возрасте 12–17 лет. Все они при этом слушали музыку и выставляли оценки в зависимости от того, насколько им нравилась каждая песня. Слушая композицию в первый раз, подростки не знали, насколько она популярна. Во

второй раз им говорили о рейтинге песни и давали возможность при желании изменить оценку. Как и следовало ожидать, на тинейджеров заметно влияла популярность музыки. Они часто меняли оценку, если им представляли песню как хит, и равнялись на чужой выбор.

Сканирование с фМРТ показало, что области мозга, ассоциирующиеся с тревожными и негативными эмоциями, активизировались, когда подростки понимали, что музыка, которая им нравится, не пользуется популярностью. Авторы исследования назвали это явление «тревожностью несоответствия». Потребность подростков «соответствовать и вписываться» отчасти обусловлена социальной тревожностью, которую они испытывают в случае неприятия окружающими. Когда подростки меняли оценку, чтобы она совпадала с мнением их сверстников, тревожность рассеивалась [\[128\]](#).

Почему неприятие так больно ранит?

Когда нас отвергают, мы говорим об этом, используя выражения вроде «ранить чувства», «разбитое сердце», «жестокий удар». Потеря того, кого мы любим, – почти наверняка одно из самых нестерпимо мучительных жизненных испытаний. Почему негативный социальный опыт оказывается настолько болезненным?

Есть гипотеза, что физическая и социальная боль пользуются схожими нейронными цепочками. Логично, что угроза социальным связям, или ощущение исключенности, подает такой же болевой сигнал, как угроза физическая. Способность вписаться в племя подобна выживанию. Эта гипотеза подтвердилась в исследованиях с применением фМРТ и наблюдениях, согласно которым социальная поддержка способна уменьшать физическую боль [\[129\]](#).

Предположение, согласно которому эти два типа боли схожи с точки зрения нейробиологии, породило оригинальные идеи. Среди них – применение традиционных обезболивающих для лечения душевных ран. Так, опиаты, известные своим мощным действием, снижали сепарационную тревожность у подопытных крысят. Парацетамол смягчал социальную тревожность и чувство отверженности при игре в Cyberball [\[130\]](#).

Представления об обезболивающих как «эмоциональных успокоительных» начали приживаться. Многие специалисты-медики этим встревожены по вполне понятным причинам. Национальная служба здравоохранения Великобритании даже сделала следующее заявление: «Не принимайте парацетамол от ранящих эмоций». Разумеется, исследования, о которых я рассказывала, вовсе не означают, что парацетамолом или опиатами следует «лечить» последствия одиночества, стресса или эмоциональной боли.

«Эмоциональный подросток» нормален с точки зрения развития

Девочки-подростки крайне эмоциональны. Но далеко не для каждой из них подростковый возраст означает «бури и стрессы». Когда мне было 17 лет, мой уровень тревожности в последний год учебы и с приближением экзаменов так зашкаливал, что пришлось обратиться к семейному врачу по поводу панических атак. Однако в целом мои подростковые годы прошли радостно, энергично и весело.

Сара Уиттл, психиатр и адъюнкт-профессор Мельбурнского университета, специализируется на развитии мозга в подростковом возрасте и стрессоустойчивости. Она объяснила мне, что эмоциональная жизнь девочек-подростков отличается от взрослой. Причина в несоответствии между их «рассудительной ПФК» и «эмоциональной лимбической системой», которое связано с развитием. «Это лишь теория, – напоминает она, – однако уже накапливаются данные о том, что гиперактивность лимбической системы – причина обостренной эмоциональной реактивности у подростков. По мере созревания ПФК ее способность регулировать активность подкорковых структур совершенствуется».

Освоение регуляции эмоций

Способность к спокойной оценке ситуации и умение держать в узде эмоции – жизненно важные навыки. Благодаря эмоциональной регуляции мы ориентируемся в меняющемся социальном ландшафте и поддерживаем свое психическое самочувствие. Один из самых эффективных способов регулировать настроение – методика под названием «когнитивное переоценивание». Она позволяет истолковать ситуацию по-другому, и это не дает нам реагировать сгоряча.

Представьте себе, что вам 14 лет и что вы идете к двери дома, где устроена вечеринка. Вы слышите, как внутри заливисто смеются все ваши подружки. Ваша возможная оценка этой ситуации может оказаться такой: «Господи, они смеются надо мной, пока меня нет». Такая оценка, независимо от ее правильности, скорее всего породит острые чувства грусти и отверженности, за которыми почти сразу последует мысль: «Они меня терпеть не могут. Все, ухожу домой!»

Иной способ осмысления этой ситуации, переоценивание, может быть таким: «Да, они смеются. Наверное, кто-то классно пошутил. Пожалуй, стоит зайти и узнать». Это переоценивание, независимо от его правильности, побуждает нас рассмотреть ситуацию под другим углом и помогает обуздать эмоциональный стресс. Взрослым когнитивное переоценивание дается проще, чем детям и подросткам. У нас больше опыта в широком спектре социальных ситуаций, мы лучше применяем требуемые навыки мышления.

При изучении нейронной основы когнитивного переоценивания негативные эмоции вызывались с помощью провокационных или стрессогенных снимков, изображения на которых варьировались от нейтральных (мебель или пейзажи) до ужасающих или возбуждающих (обезображенные трупы или эротическая обнаженная натура). Исследования Уиттл показали, что девочек-подростков эти снимки пугают и волнуют гораздо больше, чем взрослых. В лаборатории Уиттл с помощью фМРТ выяснила, что применение навыка когнитивного переоценивания активизирует распределенную корковую сеть, в том числе ПФК. А это, в свою очередь, подавляет возбудимость лимбической системы.

Навыки эмоциональной регуляции не всегда возникают волшебным образом по мере нашего взросления, но их можно обучиться официально. Уиттл инструктирует добровольцев-подростков по вопросам когнитивного переоценивания и учит их рассуждать, например, так: «Это не по-настоящему, просто сцена из фильма», или «Эта ситуация выглядит страшнее, чем есть на самом

деле», или «Могло быть и гораздо хуже», или «По крайней мере, в таком положении оказалась не я»^[131].

Психическое заболевание – это нарушение эмоционального развития?

Один из вопросов в исследованиях мозга подростков можно обобщить фразой «Что подвижно, то и ломается». Поскольку мозг подростка претерпевает масштабную перестройку, считается, что в подключение сетей легко могут вкратиться ошибки. У девочек это провоцирует депрессию, тревожность и расстройства пищевого поведения. Эмоциональная жизнь девочек-подростков сложна и внутри, и снаружи. Ясно, что «внутри» колеблется уровень гормонов и продолжается точная настройка нейронных сетей. Но нам свойственно забывать о динамических сдвигах, которые происходят «снаружи».

Многие эмоции, которые испытывают девочки, им в новинку, особенно если происходят в новом социальном контексте. Все случается в первый раз, в том числе влюбленность (особенно безответная), приступ ревности, непопадание в список приглашенных на вечеринку, лайки в Instagram. Новизна опыта усиливает его эмоциональное влияние. Иногда оно оказывается позитивным: влюбиться в первый раз – это действительно чудесно! Иногда – негативным: когда твоя первая любовь отвергает тебя, это и правда очень больно^[132].

Предпочтение, которое девочки отдают эмоциональной близости, в раннем подростковом возрасте усиливается. Тесные дружеские отношения и близкие подруги появляются у них в то же время, когда они «отделяются» от родных. И если дружеские узы рвутся или далеки от идеала, девочки потенциально уязвимы. Потеря друзей – важная причина стресса, значением которой часто пренебрегают.

Если «ложная» дружба способна сбить подростка с пути, то «истинная» защитит и придаст ему силы. На протяжении всей учебы в старших классах у меня была

такая близкая подруга (мы и теперь близки, и, работая над некоторыми главами книги, я посещала ее психиатрический тренинг). Пока я писала эту главу, мы разговорились о том, как дружба и преданность оградили нас от волнений, которые испытывало множество наших сверстников. Мы знаем, что самые счастливые подростки не те, у кого больше всех «френдов» в Instagram, а те, у кого есть несколько близких друзей, готовых поддержать. Иногда достаточно и одного верного друга.

Готовность рисковать и несоответствие между мыслями и чувствами

Один из превалирующих взглядов заключается в следующем: так как мозг «в процессе обновления», импульсивные подростки чаще совершают рискованные поступки. Они попадают в автомобильные аварии (если речь идет о мальчиках) или беременеют (если это девочки). С полным на то основанием критики возражают, что это чрезмерное обобщение, в котором подросткам отводится роль «авантюристов с отклонениями». Да, тинейджеры *действительно* более склонны к рискованным поступкам, чем взрослые или дети. Однако тяга к приключениям, погоня за острыми ощущениями и даже синие волосы и селфи в полуголом виде – еще не показатель противоправного поведения. Это нормальная проверка границ дозволенного в новом племени и попытки примерить к себе другие личности.

Кроме того, далеко не вся молодежь принимает «плохие» решения и не все рискованные поступки ведут к негативным последствиям. То, что одному человеку кажется пресным и скучным, другой сочтет невероятной дерзостью. Самый серьезный проступок, который я совершила в старших классах (теперь я ужасаюсь самой себе меньше, чем в то время), – помогла подруге проникнуть в класс в выходной. Я посадила ее, чтобы она открыла окно, а потом пошла караулить. Подруга забыла в школе свою папку с домашним заданием и не хотела являться в понедельник неготовой к урокам. Ясно, что не сделать домашнее задание для нас было куда страшнее риска, что нас застукают при попытке вломиться в школу.

Рискуют ли девочки?

Когда сравнивается опасный риск, на который идут представители мужского и женского пола, статистика

однозначна. В ходе Данидинского исследования выяснилось, что мальчиков и мужчин, совершающих такие рискованные поступки, как употребление наркотиков, вандализм и кражи, намного больше, чем девочек и женщин^[133]. Молодые мужчины чаще, чем молодые женщины, погибают в автоавариях из-за опасного вождения. Мальчики и мужчины чаще занимаются экстремальными видами спорта или завоевывают премию Дарвина – посмертную награду, ежегодно присуждаемую тому, кто погиб, совершая какой-нибудь невероятно глупый поступок.

Метаанализ 1999 года, посвященный гендеру и рискованным поступкам, выявил склонность мужчин рисковать даже в том случае, когда риск явно *неоправдан*^[134]. Также обнаружилось, что для девочек и женщин справедливо противоположное: мы с меньшей вероятностью идем на риск даже в довольно безобидных ситуациях, в том числе когда он *оправдан* – например, на интеллектуальный риск во время экзаменов или в предпринимательской деятельности. Шерил Сэндберг, исполнительный директор Facebook, во всеуслышание заявила, что мужчины претендуют на должность, даже когда их квалификация соответствует требованиям всего на 60 %, а женщины – только в случае стопроцентного попадания. Из-за этой разницы (опять-таки среднестатистической, со значительным совпадением) мужчины и мальчики чаще сталкиваются с неудачами, а женщины и девочки, что очень печально, добиваются меньших успехов. Слова Сэндберг заставляют задуматься.

Существует много социальных и культурных причин для различий в склонности к риску, но наиболее популярна теория, согласно которой рисковать мужчинам заставляет тестостерон, а женщины избегают риска из-за недостатка этого гормона. Прочитав предыдущие главы, вы наверняка усомнитесь в правильности этих упрощенных представлений о биологии, действующей «снизу вверх» и применяемых огульно. Разумеется, данные не подтверждают их. Уровень тестостерона редко позволяет прогнозировать склонность к риску так же

однозначно, как соединять линиями точки на рисунке. Примечательно, что и высокий, и низкий уровень тестостерона коррелирует с несклонностью к риску у мужчин **и** женщин (напомню, что тестостерон поступает в организм из яичников и надпочечников женщины). Как говорит Корделия Файн, «вместо того чтобы быть королем, отдающим приказания», тестостерон – всего лишь еще один голос в толпе^[135].

Воображаемые зрители: кто за мной наблюдает?

Чтобы быть успешным членом племени и хорошим другом, надо среди прочего развивать способность считывать эмоции окружающих. Чтобы распознать социальные эмоции, такие как раскаяние, смущение, стыд и гордость, требуется особая чуткость к чужому душевному состоянию. А для этого требуется сознавать, что другие люди мыслят и чувствуют несколько иначе, чем мы сами.

Еще в раннем возрасте мы начинаем развивать так называемую «теорию сознания». Происходит также процесс ментализации, и он оказывается даже более изощренным. К нему относится распознавание потребностей, желаний, чувств, убеждений и соображений окружающих. Ментализация – одна из самых сложных задач, которые приходится осваивать людям. Мы отчетливо видим, как ее развитие проявляется в поведении девочек-подростков, когда они становятся чрезвычайно чувствительными и беспокоятся о том, что думают о них другие.

Результат может быть позитивным. Многие девочки-подростки страстно увлекаются общественными движениями и волонтерством. Но рост понимания, что происходит в голове у окружающих, одновременно со сдвигом от безопасности детства создает катастрофическую ситуацию для «воображаемых зрителей». Конечно, подростковый эгоцентризм – нормальный элемент развития, но из-за повсеместного распространения социальных сетей девочки сейчас еще

более чувствительны к мнению других, чем это было в предыдущих поколениях. «Воображаемая аудитория» сейчас гораздо многочисленнее и в меньшей степени воображаемая, чем даже всего десятилетие назад^[136].

«В тот момент мысль казалась такой удачной» – распространенное оправдание. Оно отражает простой факт: тинейджеры часто принимают плохие решения потому, что потенциал вознаграждения и удовлетворенности перевешивает все плохое. Что мы узнали благодаря исследованиям, так это что рискованные поступки продиктованы удовольствием в большей мере, чем болью. Принятие решений и оценка риска производятся не обособленно. В процессе задействован и эмоциональный мозг (чувства вознаграждения и удовольствия), и социальный мозг (влияние сверстников). Награда очевидна: одобрение племени.

В классическом исследовании, отчет о котором был опубликован в журнале *Developmental Psychology* в 2005 году, ученые выясняли, действительно ли подростки легче склоняются к рискованным поступкам в присутствии зрителей.

Участниками стали 306 добровольцев из трех возрастных групп: подростки (13–16 лет), молодые люди (18–22 года) и взрослые (от 24 лет и старше). Каждого из них попросили привести с собой двух близких друзей, чтобы те посмотрели, как участник справится с заданием – пройдет игру в симулятор вождения *Chicken*. В игре измерялась сиюминутная готовность пойти на риск. «Водители» получали награду в зависимости от того, как быстро им удавалось проехать по виртуальному городу. Например, на одном из перекрестков участникам приходилось принять решение: притормозить на желтый свет или прибавить скорость (рискуя попасть в аварию), но быстрее закончить игру.

Как и следовало ожидать, самые младшие из подростков рисковали значительно больше, чем взрослые, когда за ними наблюдали друзья. И вот что удивительно: когда

подростки играли одни, без зрителей, они шли на риск *столько же раз*, сколько и молодые люди или взрослые.

Разумеется, подростки прекрасно могут оценивать опасность и принимать продуманные решения. Это они и делают, когда остаются одни. Но, похоже, они теряют голову, когда ситуация накаляется. «Горячая когнитивность» – гипотеза, согласно которой наше мышление подвергается влиянию нашего эмоционального состояния. Давление со стороны сверстников или наличие воображаемых зрителей (ваша мама, наверное, назвала бы это «выпендреем») переключает подростков в режим «горячей когнитивности»^[137].

Все мы знаем, что проказничать в компании друзей гораздо веселее, чем в одиночку. Примечательно, что фМРТ-версия игры Chicken обнаружила, что вентральный стриатум в мозге, участвующий в мотивации, удовольствии и предвкушении награды, задействован интенсивнее у подростков, когда они проходят игру в присутствии друзей, а не в одиночестве. У подростков подкорковые дофаминовые пути созревают раньше, чем ПФК с ее рассудительным «почему бы сначала не обдумать все как следует».

В случае с подростками слишком быстрое вождение машины получает одобрение племени. Некоторые девочки-подростки (в том числе и я) устаиваются одобрения сверстников не за быструю езду. Для меня и моих подруг приоритетом была своевременная сдача домашних заданий! Социальный контекст имеет значение. К выбору друзей следует подходить разумно.

Подростковый возраст – уникальное окно возможностей для образования

Как мы уже видели, готовность идти на риск обычно воспринимается как нежелательная. Но в школе эта готовность может оказаться полезной. «Мозг подростка податлив, он легко приспосабливается – это прекрасная возможность для учебы и творчества», – пишет Блейкмор^[138]. Способность рискнуть, чтобы задать вопрос на уроке или дать ответ, выходящий за рамки информации в учебнике, – жизненно-важный навык, способствующий прогрессу.

Гидд соглашается с тем, что новые сведения о нейробиологии подростков помогут им ставить перед своим мозгом задачу приобретать навыки, которыми они хотят выделяться всю оставшуюся жизнь. «У них есть прекрасная возможность создать собственную личность и оптимизировать свой мозг», – пишет он^[139]. Для успехов в учебе, спорте или искусстве, например, подростку обычно требуется мотивация, чтобы получать необходимые навыки и преодолевать трудности. Мозг подростков подготовлен к успеху.

Приятное совпадение: в наше время девочки учатся в старших классах именно тогда, когда находятся на пике своих возможностей учиться. Особенно пластичными участками мозга, которые активно оптимизируются, оказываются те, что имеют отношение к избирательному вниманию, рассуждениям, логике и памяти. Возьмем для примера изучение математики. Переход от понимания основ арифметики к языку алгебраических символов, обобщению, моделированию и анализу уравнений требует абстрактного мышления, логики, воображения и творческого подхода. Именно эти навыки осваивает и совершенствует мозг подростка.

Блейкмор отметила, что подростковый возраст – это такой период развития мозга, когда критическую роль играет опыт, полученный от окружения. «Если раннее

детство рассматривается как удачная возможность или критический период для обучения, то же самое относится и к подростковому возрасту»^[140].

Подростковые годы – уникальная стадия выраженной пластичности и адаптируемости мозга. «Вместе с ростом возможностей растет и уязвимость, – сказал мне профессор Джордж Пэттон. – Уязвимость идет рука об руку с возможностями». Как и многим другим исследователям в этой сфере, мне кажется, что мы должны сосредоточить внимание на подростковом возрасте. Но нам стоит относиться к нему не как к периоду бурь и стрессов, а как к беспрецедентной возможности учиться и творить.

6

Депрессия и тревожность

С тревожностью я впервые столкнулась в 10 лет, когда произошло сразу несколько тяжелых событий: начало пубертата, вспышка мононуклеоза и онкология у пожилого родственника. Кульминацией стало то, что я в дальнейшем расценивала как детскую сепарационную тревожность. Мой 1985 год запомнился не столько болью в горле, ощущением усталости и неделями пропущенных уроков, сколько приступами острой тревожности. Тогда я была абсолютно уверена, что в моей семье кто-то умрет.

Если маме требовалось уйти из дома, я часами и даже днями до этого испытывала колющий ледяной страх, покрываясь мурашками. Когда она уходила, моя реакция оказывалась хаотичной. Я даже в одиночку предпринимала поисковые экспедиции. Помню два случая: один раз я вылезла через окно прямо в пижаме, в другой – сбежала из школы, оправдываясь тем, что должна спасти маму от смерти.

От моих «переживаний», как мы их называли, никогда не отмахивались. Но, поскольку шла середина 1980-х годов, по их поводу ничего и не предпринимали. Если бы дело происходило сейчас, меня повели бы к детскому психологу на консультацию или когнитивно-поведенческую терапию. Но вышло так, что я в конце концов переросла свою тревожность, как и многие другие детские трудности.

Во второй раз я соприкоснулась с подобным беспокойством в возрасте 17 лет. Ни серьезным, ни длительным оно не стало, но момент подходил как нельзя хуже. Моя подверженность тревожности (сепарационное расстройство повышает риск панических расстройств в молодости) встретилась с моей убежденностью, что свет сошелся клином на школьных выпускных экзаменах^[141].

По большей части я готовилась к ним успешно. Но днем накануне выпускного экзамена по биологии, когда я занималась за письменным столом, на меня вдруг накатило ощущение обреченности. По спине побежали ледяные мурашки. Я чувствовала странную отчужденность: я понимала, что мне ничто не угрожает, и давно переросла страх за маму, но все равно была совершенно ошеломлена. Расплакавшись, я никак не могла успокоиться. С маминой помощью я сделала все возможное: закрыла и отложила учебники, сходила на долгую прогулку, как следует поела, хорошо выпалась. Но следующим утром не успела я усесться за стол в экзаменационном зале, как обреченность и страх снова обрушились на меня, и я убежала. Когда мама повела меня к нашему замечательному семейному врачу, он искренне удивился. Раньше он никогда не сталкивался с тревожностью, вызванной экзаменами, у девочки-подростка.

Спустя 25 лет опрос среди 722 учеников выпускного класса из ряда школ Сиднея в Австралии выявил симптомы сильной тревожности у четырех из каждых десяти. Она проявлялась настолько остро, что требовала вмешательства. В другом исследовании, результаты которого опубликовал журнал *Lancet* в 2014 году, у половины девочек и почти трети мальчиков в подростковые годы отмечался один эпизод депрессии или тревожности^[142].

По всем признакам распространение депрессии и тревожности растет. Частично причина в том, что сбор данных совершенствуется и общество лучше информировано о заболеваниях: знаменитости и даже монархи все чаще открыто признаются в том, что страдают от психических расстройств. Однако влияют и стрессовые факторы жизни в XXI веке. Вряд ли сегодня найдется хоть один врач общей практики, который никогда не сталкивался с тревожностью у девочки-подростка.

Почему в депрессии и тревожности наблюдается гендерный разрыв?

Из каждых трех случаев депрессии два приходятся на женщин. Для тревожности статистика сходная.

В детстве и раннем пубертате частота депрессии среди мальчиков и девочек сближается. Гендерный разрыв возникает с началом пубертата и сохраняется долгое время после наступления пожилого возраста. Типы и интенсивность симптомов, о которых сообщают женщины и мужчины, тоже различаются. По сравнению с мужчинами женщины при депрессии чаще теряют аппетит, жалуются на сонливость, упадок сил, усталость и боли.

Взрослые мужчины тоже страдают депрессией, но у них выше вероятность так называемых расстройств экстернализации, таких как злоупотребление наркотиками и алкоголем, проявления насилия и агрессии^[143]. Девочки и женщины склонны к так называемым расстройствам интернализации, причем первые эпизоды зачастую наблюдаются примерно в подростковом возрасте. К ним относятся панические расстройства, фобии, социальное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройство пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Опять-таки следует напомнить, что речь идет о *среднестатистических различиях* и что в статистике по тому и другому полу прослеживается масса совпадений.

Если женщины более подвержены депрессии и тревожности, чем мужчины, напрашивается очевидный вопрос: *почему?*

Приготовьтесь, ответ будет сложным. В этом процессе задействовано множество взаимосвязанных факторов из групп «снизу вверх», «снаружи внутрь» и «сверху вниз».

В 2016 году в серии публикаций в *Lancet Psychiatry*, посвященных психическому здоровью женщин, Кристина

Кюнер, профессор клинической психологии и психотерапии Гейдельбергского университета в Мангейме, Германия, выявила следующие причины гендерного разрыва по депрессии

- гены и половые гормоны;
- притупленная реакция женщин на стресс;
- более низкая самооценка женщин, частое недовольство своим телом и склонность к руминации (тревожное заикливание на одних и тех мыслях);
- более высокая частота случаев насилия, в том числе сексуального в детстве;
- отсутствие гендерного равенства и дискриминация.

Депрессия: основы

Человеку свойственно время от времени грустить или чувствовать себя вялым. Иногда эти симптомы легкие и вызваны не вполне подходящим образом жизни. В этом случае помогают интенсивные прогулки, здоровое питание, крепкий ночной сон. В других случаях депрессии присуща глубина и мрачность, хотя явной причины для этого нет. Симптомы обостряются, внушают серьезную тревогу и не исчезают. В таком случае требуется профессиональная помощь. Обычно я объясняю, что оттенки депрессии многочисленны и разнообразны.

Если вы никогда не страдали депрессией, но не прочь выяснить, что происходит в голове пациента с таким диагнозом, не пожалейте полчаса и посмотрите запись выступления на TED в 2013 году Эндрю Соломона – лекцию под названием «Депрессия: наш общий секрет» (Depression, the secret we share).

Соломон, профессор клинической психологии Колумбийского университета, рассказывает, что при депрессии «повседневная жизнь превращается в тяжелый труд». «Решив, что надо пообедать, я думал: **“Но ведь тогда придется доставать еду, выкладывать ее на тарелку, резать, жевать, глотать”**, и все перечисленное казалось мне стояниями Крестного пути». По его словам, в описании депрессии часто не учитывают, что человек подспудно осознает нежелательность этого психического состояния. «Но тем не менее ты уже в когтях у депрессии и не способен придумать, как оттуда выбраться»^[144].

В организации Beyond Blue описывают ключевые симптомы депрессии так:

- поведение – человек перестает выходить куда бы то ни было, отдаляется от родных и друзей, впадает в зависимость от алкоголя и седативных препаратов,

отказывается от обычных занятий, ранее доставлявших удовольствие;

- чувства – отчаяние, раздражительность, потеря уверенности в себе, нерешительность, горечь и грусть;

- мысли – «я неудачник», «со мной никогда не случится ничего хорошего», «такая жизнь не стоит того, чтобы жить», «без меня всем будет только лучше»;

- физические симптомы – постоянная усталость, проблемы со сном, изменение аппетита, снижение или увеличение веса^[145].

Тревожность: основы

Тревожность и депрессия зачастую идут рука об руку. Они могут возникать одновременно и усиливать друг друга или же одна из них может спровоцировать развитие другой. Примерно к половине людей с диагностированной депрессией применимы и критерии тревожности.

Тревожность – самое распространенное во всем мире психическое состояние^[146]. На разных этапах жизни с ним сталкивается каждая третья женщина и каждый пятый мужчина.

Причина тревожности – нарушение регуляции страха. Страх – это сложная психофизическая реакция на воспринимаемую угрозу. Он сформировался в ходе эволюции ради нашей безопасности. Именно чувство страха помогает нам бороться или бежать и выжить, несмотря на угрозу. Если он упорно сохраняется, несоразмерен реальной угрозе и вмешивается в нашу повседневную жизнь, может развиваться тревожное расстройство.

В материалах организации Beyond Blue указано, что симптомы тревожности зачастую развиваются постепенно, со временем, и, поскольку все мы испытываем тревожность или беспокойство на разных этапах своей жизни, бывает трудно определить, когда они становятся чрезмерными. Вспоминая свой приступ паники на экзамене по биологии, я охотно в это верю. Тревожность подкралась ко мне незаметно, и к тому времени, как на меня обрушилась паника, предпринимать что-либо было слишком поздно^[147].

Известно несколько разных видов тревожного расстройства, которые официально диагностируются. Среди них общее (генерализованное) тревожное расстройство, фобии, сепарационная тревожность и паническое расстройство. Obsessивно-компульсивное расстройство и ПТСР – еще два состояния с выраженной тревожностью.

Хотя каждому состоянию тревожности присущи свои характерные особенности, Beyond Blue приводит список некоторых общих симптомов:

- поведение – человек избегает ситуаций, заставляющих ощущать тревожность, что может отразиться на учебе, работе или социальной жизни;
- чувства и мысли – чрезмерный страх, беспокойство, катастрофизация или навязчивые мысли;
- физические симптомы – панические атаки, приступы жара и холода, учащенное сердцебиение, стеснение в груди, учащенное дыхание, беспокойство и перевозбуждение, ощущение напряжения, взвинченности и раздражительности.

Стабильное психическое самочувствие – редкость

Статистику по психическому здоровью изучают вдоль и поперек, толкуют множеством способов, и результатом редко оказываются хорошие новости. Так кто же находится в группе наибольшего риска? Подростки? Представители сообщества ЛГБТИ? Мужчины средних лет? Молодые матери? Аборигены? Престарелые?

Или рискнуть и предположить, что все мы?

Столкновение с психическим расстройством в тот или иной момент первой половины жизни – это норма, а не исключение. Люди, незнакомые с такими заболеваниями на собственном опыте, встречаются на удивление редко.

Эти довольно-таки неожиданные результаты были получены в ходе Данидинского исследования, в котором Ричи Полтон и его коллеги выяснили, что 83 % людей к 40 годам страдали от психического заболевания в какой-либо форме. Психическое самочувствие стабильно менее чем у 20 % из нас^[148].

Полтон и его коллеги пишут: «Читатели могут с достаточными на то основаниями усомниться в справедливости заявления о том, что опыт диагностируемых психических заболеваний почти универсален». Поскольку это заявление настолько удивительное, что и вы, возможно, в нем усомнитесь, стоит потратить время и разобраться, откуда оно взялось.

Статистические данные по психическому здоровью зачастую приводятся для конкретной группы населения и определенного периода. Например, для «датчан, которые лечились в психиатрических учреждениях в 2000–2012 годах» или для «каждого четырнадцатого австралийца в возрасте 4–17 лет, испытывавшего тревожное расстройство в 2015 году»^[149].

Более того, случаи заболеваний могут учитываться, только если о них стало известно. А поскольку множество людей вообще не лечатся, их медицинские карты оказываются неполными или неточными. Иногда исследователи полагаются на ответы участников на вопрос, страдали ли они когда-либо депрессией, а участники могут об этом забыть. Расспрашивать людей о событиях десятилетней давности – известный своей ненадежностью способ сбора анамнеза. Проблемы необъективности и скрытности означают, что распространенность психических заболеваний по оценкам обычно ниже реальной.

Поскольку при проведении Данидинского исследования ученые встречались с участниками и расспрашивали их неоднократно на протяжении десятилетий, потерянных данных в этом случае оказалось меньше. Участники Данидинского исследования посещали центр каждые несколько лет с самого рождения. Врачи-психиатры выясняли у участников в возрасте 11, 13, 15, 18, 21, 26, 32 и 38 лет наличие симптомов 11 распространенных диагнозов, в том числе тревожности, депрессии, шизофрении, наркозависимости, расстройства дефицита внимания и ПТСР.

Из 988 участников 83 % отвечали диагностическим критериям какого-либо психического заболевания при одном или двух визитах до наступления сорокалетия. Лишь 17 % считались «полностью здоровыми в психиатрическом отношении» при каждом визите.

Честно говоря, эти результаты и взволновали, и удручили меня. Наконец-то стало ясно, почему кампании по психическому здоровью, такие как R U OK? Day (День «Ты в порядке?»), находят такой живой отклик или почему людям помогает медитация, в том числе медитация осознанности. В то же время у меня не укладывалась в голове мысль, что нам следует считать психические заболевания «нормой». Стоит ли таким образом излишне патологизировать разные виды хандры, которую все мы испытываем?

Я обсудила эти результаты с Полтоном, который предлагает относиться к единичным эпизодам психических расстройств так же, как к сильному гриппу, камням в почках или переломам – как к серьезным, но поправимым состояниям, чрезвычайно распространенным и требующим медицинского внимания и времени, чтобы оправиться от них.

Полтон надеется, что его результаты снизят уровень стигматизации и виктимблейминга (обвинения жертвы) – вместо того, чтобы вызывать беспокойство в связи с гипердиагностикой и избыточным лечением психических заболеваний. «Психически больные люди сталкиваются с крайне негативным отношением общества, – прямо заявляет он. – Мы можем что угодно говорить о психическом здоровье и болезнях в СМИ, но стигматизация остается реальностью для многих, кто в итоге не решается просить о помощи».

Как и ожидалось, у здоровых 17 % в детстве практически отсутствовали известные прогностические факторы психического нездоровья, такие как плохое обращение с детьми, нищета или болезни. Эти факторы оказались распространены в группе, в которой наблюдались более тяжелые случаи шизофрении, маниакальных состояний или ПТСР.

Ключевым в этом исследовании было сравнение между здоровыми участниками (17 %) и теми, кто испытывал легкие вспышки тревожности или депрессии. Слабые проявления заболеваний оказались не более и не менее вероятными при наличии неблагоприятных факторов в раннем детстве или травм. Разница между двумя группами заключалась в темпераменте в детском возрасте и сравнительном отсутствии психиатрических болезней в семейном анамнезе. Здоровые участники набрали мало баллов по введенному Полтоном показателю «негативная эмоциональная реактивность». В детстве у них возникало мало эмоциональных затруднений, их окружало много друзей, они демонстрировали высокий уровень силы воли и самообладания. «Никому бы в голову не пришло назвать

этих детей одиночками, вечно переживающими, грустными или плаксивыми», – сказал Полтон.

Возможно, у вас возникнет вопрос, имеет ли значение *стабильное* психическое здоровье? Неужели эти 17 % выиграли в лотерею хорошего самочувствия?

Как и следовало ожидать, те же 17 % продолжали добиваться более «одобряемых» жизненных результатов: дольше учились, получили работу с хорошей зарплатой, состояли в более качественных отношениях (они высоко оценили уровень уважения и честности, эмоциональной близости и доверия, а также открытой коммуникации). Они относились к тому типу людей, который в литературе по психологии называют преуспевающим. Это исследование удачно провело параллель с другими отчетами о редких случаях здоровья – например, у людей, которые сумели дожить до ста лет и старше, с необычной стабильностью оставаясь здоровыми физически.

Естественно, значительное преимущество досталось в жизни тем, кто избежал даже временных и умеренных проблем с депрессией и тревожностью. Возникая в детстве, такие преимущества с годами растут как снежный ком. Роль достаточной социальной поддержки, смягчающей в детстве воздействие горестей, невозможно переоценить. Полтон подчеркивает, что узы между людьми, сформировавшиеся на любом этапе жизни, могут быть преобразующими. Кроме того, на более поздних этапах всегда сохраняется потенциал теплых и благожелательных отношений, которые компенсируют ущерб, нанесенный в детстве.

Как выглядит депрессивный мозг?

Депрессию или тревожность не выявляют ни анализы крови, ни другие биологические маркеры. Одна из моих подруг-психиатров объяснила мне, что диагностирует депрессию на основании того, что пациенты рассказывают ей о своих чувствах, поступках и мыслях.

Можно ли с помощью сканирования мозга выявить депрессию или предсказать, у кого в будущем она может развиваться?

Обобщенные данные сканирования мозга тысяч пациентов с депрессией, собранные международным консорциумом ENIGMA, выявили несколько ключевых отклонений в структуре и функциях депрессивного мозга^[150]. ENIGMA была основана, чтобы способствовать сотрудничеству разрозненных исследовательских групп, работающих над одной и той же проблемой. Ее цель проста: получить обширную выборку, необходимую для выявления зачастую незаметных различий между здоровым и больным мозгом.

Отдел исследования депрессии ENIGMA возглавляет Лиэнн Шмааль. От нее я узнала, что, по сути, отдел работает над крупнейшим согласованным глобальным метаанализом изменений мозговой структуры у пациентов с депрессией. «Теперь мы располагаем устойчивым к изменениям и надежным свидетельством о существующих тонких различиях», – говорит она.

Пока что группа Шмааль обработала данные только для влияния депрессии на подкорковые структуры и корковое серое вещество; данные по белому веществу еще обрабатываются. Сравнение 1728 пациентов с депрессией с 7199 здоровыми участниками контрольной группы показало: у взрослых пациентов с рекуррентной (с повторными эпизодами) депрессией гиппокамп чуть-чуть уменьшен. Гиппокамп – участок мозга, отвечающий за обработку эмоций и формирование новых воспоминаний. «Усадка» гиппокампа (этим термином Шмааль не любит

пользоваться) была более выражена у тех, чья депрессия началась в подростковом возрасте.

У пациентов с депрессией миндалевидное тело тоже оказалось чуть-чуть меньше, хотя разница была не такой заметной, как сокращение размеров гиппокампа. Причастность миндалевидного тела к депрессии неудивительна: оно тесно связано с обработкой эмоций, особенно страха.

Во втором исследовании Шмааль изучала кортикальное серое вещество 2148 человек с депрессией и 7957 здоровых участников контрольной группы из 20 разных мест со всего мира. Толщина коры головного мозга у взрослых пациентов с депрессией оказалась чуть заметно тоньше (особенно орбитофронтальной, поясной, островковой и на височных долях), чем у здоровых участников контрольной группы. Характерные особенности этих областей мозга – тесное взаимодействие с миндалевидным телом и гиппокампом.

Значит, пациенты с депрессией имеют мозговые структуры, склонные к «усадке» или уменьшению толщины с самого начала – или ущерб наносит депрессия? Некоторые ученые из ENIGMA полагают, что «усадка», скорее всего, вызывается депрессией, так как обнаруживается лишь у людей с длительными или тяжелыми случаями депрессии, а не при одиночных или сравнительно легких эпизодах.

Различается ли функционирование депрессивного и здорового мозга?

При депрессии обнаруживаются различия в электрической активности некоторых участков головного мозга. Например, уровень нейронной активности в ПФК и миндалевидном теле иногда различается у здоровых людей и пациентов с депрессией.

У здоровых взрослых людей регулирование префронтальной корой миндалевидного тела по принципу «сверху вниз» держит эмоции под контролем. Исследования с визуализацией мозга показали, что при депрессии активность ПФК *ниже*, а миндалевидного тела – *выше* по сравнению с нормальным уровнем. Можно сказать, что у пациентов с депрессией «излишне возбудимое» миндалевидное тело^[151].

Излишняя возбудимость миндалевидного тела, которое слишком бурно реагирует на негативные эмоциональные раздражители, укладывается в рамки теории (лишь одной из множества), согласно которой при депрессии люди воспринимают окружающий мир с выраженной негативной эмоциональной предвзятостью. Если оптимист смотрит на мир сквозь розовые очки, то для пациента с депрессией тот же мир раскрашен в разные оттенки серого.

Дисфункциональный диалог лимбической системы с ПФК изучался у взрослых женщин с депрессией и у девочек-подростков. Одна из причин склонности подростков к депрессии заключается в том, что пути сообщения между ПФК и лимбической системой еще продолжают развиваться.

Поясню: мы не в состоянии диагностировать депрессию, просканировав мозг пациента (особенно если депрессия продолжается недолго). Различия, которые выявила ENIGMA, настолько невелики, что их можно заметить лишь при совместном изучении множества тысяч

снимков. Точно так же, как невозможно определить по результатам МРТ, кому они принадлежат – женщине или мужчине, нельзя с уверенностью сказать, страдает этот человек депрессией или нет.

Лиэнн Шмааль говорит, что ее исследования демонстрируют то, что в нейробиологии называется «нейронными коррелятами» депрессии и что «это не диагностический инструмент». Она надеется, что ее данные в конечном итоге позволят прогнозировать реакцию пациента с депрессией или тревожностью на конкретный антидепрессант или на разговорную психотерапию.

Вызвана ли депрессия химическим дисбалансом в мозге?

Сосредоточимся и рассмотрим под микроскопом мозг человека, страдающего депрессией и тревожностью.

В TED-лекции Эндрю Соломон описывает свой опыт приема антидепрессантов. Зрители спрашивают, сделали ли его счастливыми эти «таблетки счастья». Нет, отвечает он. «Но мне было не грустно обедать, не грустно думать о своем автоответчике, не грустно принимать душ»^[152].

Антидепрессанты – одни из самых распространенных средств для лечения депрессии. Есть весомые свидетельства в пользу того, что они хорошо помогают некоторым взрослым с тяжелой депрессией. На других взрослых, особенно с депрессией от слабой до умеренной, они действовали не лучше, чем плацебо. В этом случае эффективными могут оказаться психологические методы лечения и изменение образа жизни, например регулярные интенсивные физические упражнения^[153].

Считается, что современные антидепрессанты влияют на три химических вещества головного мозга – так называемые моноамины: серотонин, норадреналин и дофамин. Серотонин задействован в настроении и эмоциях, норадреналин – в стрессе и внимании, дофамин объясняет нам, чего мы хотим, и участвует в мотивации и поощрении.

Предположение, что моноамины имеют некое отношение к депрессии, возникло еще в 1950-х годах. Врачи заметили, что алкалоид резерпин, получаемый из растения раувольфия и широко применявшийся в Индии как лекарство от высокого кровяного давления, *вызывал* депрессию. Резерпин блокирует начальную упаковку моноаминов в пузырьки для высвобождения у синапсов. Предположительно депрессию вызывало то, что для последующего выброса собиралось слишком мало моноамина. Эту гипотезу подтвердило другое открытие:

препараты, замедляющие расщепление высвобожденных моноаминов в синапсе, помогают некоторым людям, страдающим депрессией.

Так появилась вполне логичная с виду гипотеза: депрессия возникает из-за дефицита одного или нескольких моноаминов. Если повысить уровень моноамина (с помощью медикаментозных препаратов), можно избавиться и от заболевания.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – разновидность антидепрессантов, которые блокируют действие молекул транспортера серотонина (SERT) в синапсе. Электрохимическая деятельность нейронов довольно экономна: как только они выбрасывают свои химические пакеты серотонина в синапс, SERT, словно мини-пылесос, немедленно всасывает этот моноамин обратно в нейрон, откуда тот был выброшен. Одновременно прекращается действие серотонина и появляется возможность заново упаковать его и повторно использовать. СИОЗС действуют скорее как большой ком бумаги, забивающий шланг пылесоса SERT и препятствующий обратному захвату серотонина. Чем дольше серотонин находится в синапсе, тем сильнее его эффект.

Важная оговорка: СИОЗС полностью меняют жизнь многих людей, однако действуют не на всех. Это одна из множества загадок и слабых мест гипотезы «депрессии как биохимического дисбаланса».

Еще одна загадка – задержка по времени между лечением и облегчением симптомов. Антидепрессанты воздействуют на мозг, повышая уровень моноаминов прямо в тот день, когда пациент принимает первую таблетку. Но чтобы настроение изменилось (если это вообще происходит), требуется две-три недели.

Учитывая, что пока мы не можем измерить уровень нейромедиаторов в мозге живого человека (все наши данные получены на подопытных животных), мы понятия не имеем, насколько должен измениться уровень моноаминов, чтобы настроение стало другим.

Любопытно, что препарат тианептин, способствующий действию SERT и тем самым понижающий уровень серотонина, применялся для лечения депрессии.

Гипотеза химического дисбаланса вызывает нарекания еще и потому, что подразумевает лечение депрессии как исключительно химической проблемы мозга и не признает биологических, психологических, социальных и духовных причин. Но подобная критика никогда и не казалась мне убедительной: исследования генов, воспалений, социальной изоляции и стресса как причин депрессии широко признаны. Диапазон нейробиологических исследований гораздо больше, чем полагают критики!

Еще один любопытный нюанс: серотонин действует несколько по-разному на мужчин и женщин. Женщины вырабатывают меньше серотонина, чем мужчины, и серотониновых рецепторов у них меньше. Но некоторые (хотя не все) исследования обнаружили, что СИОЗС у женщин гораздо эффективнее, чем у мужчин^[154]. Межполовые различия, относящиеся к серотонину, возникают в пубертате и исчезают в пожилом возрасте, указывая на его роль для репродуктивных гормонов.

Опыты на самцах и самках грызунов показали, что гормоны яичников меняют уровень электрической активности серотонинергических нейронов. Эстроген и прогестерон влияют на синтез серотонина, его расщепление и удаление из синапса.

Очевидно, вылечить депрессию гораздо труднее, чем просто повысить уровень серотонина, блокировав обратный захват нейромедиатора. Изменение уровня моноаминов может и не быть *причиной* депрессии – не более, чем гиппокамп, уступающий размером нормальному. Скорее биохимические процессы могут оказаться еще одним «нейронным коррелятом» депрессии.

Существует ли ген депрессии?

У близнецов общие родители, материнская утроба и дом, где они живут в детстве, ДНК монозиготных (однойяцевых) близнецов совпадает на 100 %. Исследованиями моно- и дизиготных (разнойяцевых) близнецов часто пользуются, чтобы сравнить влияние генов и окружения. Эти работы показали, что генетический риск развития клинической депрессии составляет около 40 %. Значит, на другие причины групп «снаружи внутрь» или «сверху вниз» отводится 60 %.

В ходе исследований «ген – среда» (GxE) выясняется, снижают ли гены нашу восприимчивость к такому опыту, как стрессогенные события жизни.

Полтон объясняет взаимодействие генов и среды с помощью полученных им результатов, согласно которым марихуана резко повышает риск шизофрении у некоторых людей. У людей с особой разновидностью гена COMT (ген), в подростковом возрасте употреблявших марихуану (среда), вероятность развития шизофрении в 11 раз выше, чем у тех, у кого такого гена нет. COMT, обнаруженный всего у 25 % населения, обеспечивает уязвимость к развивающемуся психозу, но *только* у тех, кто употреблял в подростковые годы марихуану. 75 % людей без этого гена не сталкиваются с тем же резко возросшим риском – как люди, у которых этот ген *есть*, но употреблять марихуану они начали взрослыми^[155].

Взаимодействием генов и среды объясняли генетические различия между детьми – «одуванчиками» и «орхидеями». Помните, в главе 2 я писала, что одни дети устойчивее к стрессам, а другие – уязвимее? В отличие от крепких и выносливых «одуванчиков», дети-«орхидеи» и высокочувствительные взрослые, которые из них вырастают, менее стабильны психологически. «Орхидеи» могут либо зачахнуть, либо преуспеть – в зависимости от того, как их растят^[156].

Точно так же, как ген COMT при крайне специфических условиях придает уязвимость к психозам, считается, что разновидность «гена орхидеи» повышает подверженность депрессиям как реакции на сильный стресс. Удивительно, но «ген орхидеи» – тот же самый, что предназначен для SERT – «мини-пылесоса» для серотонина, заблокированного СИОЗС.

От наших родителей мы наследуем ген SERT разной длины. Можно получить два длинных, два коротких или же длинную и короткую копию. SERT дозозависим: наличие одной или двух копий короткого SERT не гарантирует депрессии. Однако *в случае* стресса или травмы у такого человека заболевание разовьется со значительно большей вероятностью, чем у людей с устойчивостью, унаследовавших две длинные копии.

SERT в настоящее время – один из наиболее изученных генов в сфере психического здоровья. Короткие копии SERT присутствуют во всех случаях – от депрессии до невроза, от легковозбудимого миндалевидного тела до склонности легко краснеть и социальной тревожности.

В Данидинском исследовании выяснилось, что люди с короткими копиями SERT с большей вероятностью страдают депрессией и даже совершают самоубийство, если – *и только если* – подвергаются воздействию стрессогенного события или с ними плохо обращаются в детстве. Люди с коротким SERT, не подвергавшиеся воздействию острого стресса, демонстрировали исключительную психологическую устойчивость^[157].

Разумеется, наука никогда не бывает такой простой и очевидной: случай SERT и генетической восприимчивости к стрессу оказался спорным. В метаанализе, который опубликовали, пока я работала над этой главой, не воспроизведены результаты ранних исследований, означающие, что короткий SERT выступает посредником между стрессом и депрессией. Новое исследование с участием 43 165 человек было проведено совместными усилиями нескольких групп. Подобно ENIGMA, они

решили обмениваться данными, чтобы повысить надежность результатов исследований^[158].

Между делом в этом грандиозном метаанализе были обнаружены явные свидетельства двух факторов риска для развития депрессии: принадлежность к женскому полу и бытовой стресс. По-видимому, мы вернулись к тому, с чего начали.

Обусловлен ли гендерный разрыв в депрессии половыми гормонами?

Принадлежность к женскому полу явно повышает риск депрессии. С результатами метаанализа по 43 165 участникам не поспоришь. Но означает ли это, что мы снова готовы во всем обвинить гормоны?

Эстроген может улучшать настроение

Зачастую удивление вызывает факт, что эстроген способствует здоровью мозга и улучшает настроение. Клинические исследования показывают, что наше психическое здоровье оказывается особенно слабым, когда уровень эстрогена резко падает – как в течение месяца, так и в течение жизни.

Например, у женщин до 45 лет заболеваемость шизофренией ниже, чем у мужчин. После 45 лет женщин с этим диагнозом становится вдвое больше, чем мужчин. Предположительно высокий уровень эстрогена у молодых фертильных женщин обеспечивает отсрочку начала болезни^[159].

Внезапный отток эстрогена может вызвать психоз у женщин сразу после родов, когда концентрация эстрогена снижается в 1000 раз, хоть такие случаи редки. Сообщалось об эпизодах психоза у женщин, получающих препарат для лечения рака груди тамоксифен, который блокирует действие эстрогена^[160].

Известны и не столь драматичные примеры: мы видели, как падение естественного уровня эстрогена при приеме оральных контрацептивов снижает жизненный тонус, ухудшает самочувствие и портит настроение. Причиной ПМДР также называют низкое содержание этого гормона.

Исследования на грызунах показали, что эстроген способствует разрастанию нейронов, повышает синаптическую пластичность и миелинизацию аксонов.

Эстроген действует как противовоспалительное вещество и антиоксидант, замедляет смерть нейронов, улучшает мозговое кровообращение и метаболизм глюкозы. Более того, эстроген умеряет активность в мозге его собственного химического «удобрения» – нейротрофического фактора мозга.

Если уязвимость нашего психического здоровья в случае *оттока* эстрогена настолько очевидна, значит ли это, что стоит использовать заместительную эстрогеновую терапию?

Джаяшри Кулькарни в этом убеждена. Она провела испытания и обнаружила, что пациентки с шизофренией, которых лечили антипсихотическими препаратами (нейролептиками) и которые получали дополнительные дозы эстрогена из кожного пластыря, достигали улучшения быстрее, чем те, которые принимали только нейролептики. Кулькарни настолько уверена в позитивном влиянии эстрогена, что, вместо того чтобы винить «гормоны» в перепадах настроения, говорит: «Разве не из-за своих гормонов женщины хорошо себя чувствуют? Может, следовало бы назначать такие препараты и мужчинам!»^[161]

Прогестерон может усугублять тревожность и ПТСР

Разумеется, в организме здоровой женщины с естественным циклом эстроген действует не один. Повышение уровней эстрогена сначала предшествует, а потом частично совпадает с повышением уровней прогестерона, поэтому трудно прийти к выводу о том, какую именно роль играет каждый гормон (это одна из веских причин, по которой результаты исследований менструального цикла и противозачаточных таблеток так трудно интерпретировать).

Чтобы разобраться, какую роль играют гормоны яичников в депрессии и тревожности, я встретила клинического психолога и нейробиолога из Университета Нового Южного Уэльса Бронуин Грэм. Она руководит программой, в которой традиционные лабораторные исследования подопытных грызунов сочетаются с клинической работой с людьми.

Грэм рассказывала мне, что начинала свою исследовательскую карьеру как «типичный нейробиолог», изучая лишь крыс-самцов, потому что самки с их колебаниями гормонов вносили в данные слишком много «статистического шума». По признанию самой Грэм, она также считала исследования межполовых различий «наукой для лентяев». Но в конце концов любопытство одержало верх, и она поняла: вместо того чтобы исключать из массива данных отклонения по самкам крыс, гораздо интереснее сместить акцент на изучение самого «шума».

В этом отношении нам повезло: исследования Грэм показали, что гормональные колебания влияют на подверженность женщин тревожности в ответ на стресс, а также на их уязвимость для ПТСР^[162].

ПТСР – набор реакций, которые могут развиваться у людей, переживших травмирующее событие, угрожающее жизни или безопасности их самих или окружающих.

Например, это автомобильная или другая серьезная авария, нападение, стихийное бедствие вроде лесного пожара или наводнения. В результате люди испытывают острый страх, беспомощность или ужас^[163]. По сравнению с мужчинами у девочек и женщин вероятность развития ПТСР после пережитого травмирующего инцидента в два раза выше.

Пока я ехала на машине на встречу с Грэм в конце мая 2017 года, я услышала по радио сообщение о теракте на поп-концерте в английском Манчестере. За кофе мы, как и следовало ожидать, заговорили, как отразится такая травма на дальнейшей жизни девочек и девушек, присутствовавших там.

Грэм объяснила мне, что после таких ужасных событий, как теракт, у подавляющего большинства людей проявляются посттравматические симптомы. Например, девочки с того концерта в Манчестере наверняка будут изо всех сил стараться не думать об этом событии и в то же время у них появятся нежелательные воспоминания, которые станут напоминать о себе, зачастую в виде ярких образов и страшных снов. Возникнет острая эмоциональная и физическая реакция – потливость, учащенное сердцебиение или паника, пугливость и чрезмерная настороженность, проблемы со сном или ощущение эмоционального ступора. Со временем 80–90 % таких людей приходят в себя без чьей-либо помощи. У кого именно разовьется выраженное ПТСР, зависит от особенностей жизни, предшествующих проблем с психическим здоровьем, генетической уязвимости и доступности социальной поддержки.

Любопытно, что фаза менструального цикла на момент травмы может способствовать развитию ПТСР. В настоящее время все более очевидно взаимодействие половых гормонов с гормонами стресса, влияющее на нашу реакцию на травму^[164].

Грэм предполагает, что травма, совпадающая по времени со снижением уровня эстрогена перед менструацией и высоким уровнем прогестерона, оставляет

в памяти более глубокое закодированное воспоминание о событии. Считается, что так называемая чрезмерная консолидация памяти порождает нежелательные или стрессогенные навязчивые воспоминания о травме. Вспомним, как в главе 4 мы обращались к исследованию, показавшему, что эмоциональным воспоминаниям свойственна большая стойкость во время низкоэстрогеновой и высокопрогестероновой лютеиновой фазы менструального цикла.

Как мы уже знаем, эстроген выполняет защитную роль и в период овуляции снижает тревожность. У девочек и женщин с высоким (по сравнению с низким) уровнем эстрогена на момент травмы затухание страха более вероятно. При этом пугающие воспоминания со временем тревожат все меньше и становятся не такими навязчивыми. Перспективную гипотезу Грэм поддерживают еще два исследования.

В одном из них 138 женщин, поступивших в больницу Уэстмид в Сиднее, Австралия, после травматического инцидента (в основном после автокатастрофы, но также после падений и атак несексуального характера), обследовали на предмет симптомов ПТСР, в том числе вспышек воспоминаний из прошлого – флешбэков. Гормональный уровень определяли, спрашивая женщин, когда у них в последний раз были месячные. Вероятность флешбэков у женщин была выше, если в момент травмы они находились в высокопрогестероновой лютеиновой фазе цикла. У каждой пятой женщины (22 %) в лютеиновой фазе наблюдались флешбэки по сравнению с каждой десятой (5 %) в группе тех, кто находился в другой фазе цикла^[165].

Во втором исследовании, опубликованном в *Journal of Forensic Nursing*, за 111 участницами, пережившими сексуальное насилие, ученые наблюдали в течение шести месяцев после травмы. Выяснилось, что женщины, которые приняли средства экстренной контрацепции или уже пили противозачаточные таблетки, демонстрировали меньше симптомов ПТСР^[166]. Аналогичные исследования

других групп также показали, что противозачаточные таблетки притупляют реакцию женщин на психосоциальный стресс^[167]. Как объясняет Грэм, оба вида контрацепции у женщин снижают естественный уровень прогестерона, тем самым ослабляя чрезмерную консолидацию памяти и навязчивые воспоминания.

Какой бы интерес ни представляли результаты по гормонам и ПТСР, подобно многим работам по взаимодействию между противозачаточными таблетками и мозгом, исследования относятся к предпубертатному периоду. Трудно перевести результаты по фазе менструального цикла, использованию оральных контрацептивов и развитию ПТСР или тревожности на язык реальных советов. Например, мы просто не можем рекомендовать противозачаточные таблетки как «прививку» от ПТСР.

Бронуин Грэм хорошо это понимает. Она объяснила мне, что в своей роли клинического психолога не акцентирует внимание на множестве *причин*, по которым пациент попадает под ее опеку. Скорее она сосредотачивается на том, чтобы улучшить его состояние. «Я часто говорю людям: когда вы приходите в больницу со сломанной ногой, врачи не тратят долгие часы, чтобы выяснить, как и почему вы упали с дерева. Вместо этого они изучают перелом и решают, как его срастить, – говорит она. – То же самое относится и к психическому здоровью».

Внутренняя вредина

Мало кто из нас общается с друзьями, детьми и даже домашними питомцами так же, как с собой. Негативный внутренний диалог вносит свой вклад в гендерный разрыв по депрессии: голос негатива у женщин и девочек громче и язвительнее, чем у мужчин и мальчиков.

Одно направление исследований раннего пубертата и депрессии мне показалось особенно примечательным, так как в нем рассматривалась склонность девочек к руминации, то есть к тому, чтобы подолгу «пережевывать» мысли, заикливаться на остром эмоциональном опыте и его возможных причинах и последствиях, вместо того чтобы находить проактивные решения. Руминация – хорошо известный фактор риска депрессии, приводящий к ощущению безысходности, пессимизму и самокритике. Гендерные различия в склонности винить и стыдить себя возникают, как вы уже догадались, в подростковом возрасте, когда они сосредоточены прежде всего на удовлетворенности телом.

Говорят, переживания как кресло-качалка: вроде бы чем-то занимаешься, но это ни к чему не приводит. Девочки-подростки особенно часто попадают в ловушку, когда находят близкую подругу для совместной руминации. Такая дружба имеет преимущество, способствуя эмоциональной близости. Однако обсуждение, многократные перепевы одного и того же и высказывание предположений в связи с проблемами могут вызвать у девочек еще более острый стресс и тем самым усугубить депрессию.

Еще один фактор депрессии из группы «сверху вниз» – особенности личности. Психологи оценивают так называемую «большую пятерку» личностных черт: открытость опыту, сознательность, экстраверсию, доброжелательность и невротизм. Каждая черта – континуум, описывающий ваши склонности, склад мышления, особенности взаимодействия с окружающими

и миром. Человеку, набирающему высокий балл по негативной эмоциональности или невротизму, обычно свойственны тревожность, выраженная взвинченность, напряженность, нервозность, склонность заикливаться по сравнению с тем, кто эмоционально стабилен и не поддается стрессу. Представьте себе спокойную, хладнокровную, отчужденную невозмутимость Джеймса Бонда по сравнению с тревожностью и нервозностью Джорджа Костанза^[168], ^[169].

В Данидинском исследовании выяснилось, что молодые взрослые, набравшие мало баллов по сознательности и доброжелательности и много – по невротизму, более склонны к развитию депрессии.

Депрессия как расстройство, обусловленное стрессом

Вы, наверное, уже заметили, что объединяющей темой каждого из предшествующих разделов является стресс (помимо принадлежности к женскому полу). Можно сказать, что природа заряжает оружие (генами, или гормонами, или чертами личности, или социальной поддержкой, или биологическим полом), а стреляет стресс.

Как стрессовые события выводят нас из себя?

Все мы реагируем на стресс по-разному. Именно от человека зависит, станет ли для него конкретное событие фактором стресса. То, что я считаю сравнительно безобидным, может показаться серьезной угрозой другому и вызвать у него биологическую стрессовую реакцию, и наоборот. Помню, я навещала родных в Крайстчерче сразу после мощного землетрясения в сентябре 2010 года, которое произошло среди ночи. Однажды вечером, когда мы с сестрой сидели на диване, она рассказала, как с наступлением темноты на нее накатывают острое беспокойство и страх. Понятно, что землетрясение может случиться и днем, и ночью с одинаковой вероятностью, но для сестры в этом состоянии сверхбдительности темнота стала новым фактором стресса.

Мы ощущаем стресс, когда реальная или воображаемая психологическая нагрузка превышает нашу воспринимаемую способность справиться с ней. Когда речь идет об эмоциональном потрясении, главное – иметь доступ к практическим, социальным или эмоциональным ресурсам, способным нас поддержать. Иногда значение имеет не столько само событие, сколько чувства, которые оно у нас вызывает, а также время, в течение которого мы ощущаем свою беспомощность после события. Проблемы

возникают в случае неоднократного стресса или стресса на протяжении длительных периодов.

Каким образом стрессовый фактор вызывает биологическую реакцию, которая приводит к депрессии? Чтобы это понять, рассмотрим подробнее саму стрессовую реакцию и то, как она объединяет тело и мозг.

Нейробиология стресса

Существует два биологических пути, действующих сообща в качестве связующего звена стрессовой реакции: симпатическая нервная система (СНС) и ось ГГН. Эти две системы предназначены для поддержания в нашем организме физиологического равновесия, или, как говорят ученые, гомеостаза.

СНС первой принимает сигналы к реакции «бей или беги», он приводит в действие мозговое вещество надпочечников, которые сидят на почках сверху, как маленькие береты. Мозговое вещество надпочечников выделяет в кровь адреналин и норадреналин, обеспечивая топливом нашу способность «бить» или «бежать».

Ось ГГН реагирует медленнее, но действует дольше.

Ось ГГН состоит из гипоталамуса, гипофиза и коркового вещества надпочечников, где вырабатывается кортизол – вероятно, ни один другой гормон не критикуют так часто и не понимают так превратно, как этот.

У кортизола незаслуженно скверная репутация. Мне помогает сравнение кортизола с «гормоном Златовласки» – героини сказки про трех медведей. Его должно быть строго определенное количество, а если его слишком мало или слишком много, возникают проблемы со здоровьем. Подобно всем гормонам, кортизол – всего лишь ключ, отпирающий некую дверь. Замком в этом случае служит глюкокортикоидный рецептор. Действие кортизола зависит от глюкокортикоидных рецепторов, особенно от их численности и расположения. Эти рецепторы выполняют роль посредников в негативной обратной связи

оси ГГН, то есть в способности кортизола ингибировать собственную секрецию.

У некоторых людей, страдающих депрессией, дисфункция глюкокортикоидных рецепторов вызывает **чрезмерную** активность оси ГГН, приводящую к избыточному выбросу кортизола в организм и мозг. Это явление называется глюкокортикоидной резистентностью.

У других людей с депрессией ось ГГН **недостаточно** активна. Женщины – большая часть этой группы. По сравнению с мужчинами наша реакция на стресс слегка притуплена. Как и следовало ожидать, оси ГГН и ГГЯ взаимосвязаны. Нам известно, что вызванная стрессом активация оси ГГН замедляет выработку эстрогена, а эстроген, в свою очередь, может способствовать реакциям оси ГГН^[170].

Межполовые различия в стрессовой реакции возникают в пубертатный период. Одно из объяснений роста распространенности депрессии у девочек-подростков – созревание взаимосвязанных женских осей ГГН и ГГЯ.

Голландская исследовательница Альбертина Ольдехинкель усовершенствовала довольно жестокий эксперимент, Гронингенский социальный стресс-тест, который демонстрирует, как по-разному реагируют на стресс мужчины и женщины^[171]. Как только участники-добровольцы появлялись в лаборатории и у них проверяли артериальное давление и брали пробу слюны на кортизол, Ольдехинкель внезапно просила их без подготовки произнести в присутствии публики шестиминутную речь, посвященную их жизни. Она предупреждала, что речь будет записана, чтобы друзья участников потом ее проанализировали и оценили. Сразу же после речи она просила участника встать перед группой людей и последовательно вычитать каждый раз по 17, начиная с 1327. А пока участник выполнял это задание, она то и дело выкрикивала распоряжения: «Прекратите шевелить руками» или «Вы считаете слишком медленно, еще быстрее, как только можете, время заканчивается!». Как

вы уже догадались, артериальное давление и уровень кортизола в слюне после такого теста резко подскакивали!

Работа Ольдехинкель показала, что мальчикам-подросткам и мужчинам свойственна более выраженная кортизоловая реакция на социальный стресс, нежели девочкам-подросткам и женщинам. Эти межполовые различия возникают во время пубертата, исчезают при менопаузе, для женщин варьируются в зависимости от фазы менструального цикла и в том случае, если они принимают оральные контрацептивы. «Мы полагаем, что явно притупленные кортизоловые реакции на стресс ассоциируются с высокой вероятностью депрессии после пережитых стрессовых событий», – пишет Ольдехинкель. Многие исследования дали парадоксальный результат: высокий уровень кортизола во время стресса связан с более низким уровнем последующей депрессии.

Ольдехинкель полагает, что кортизол готовит организм к стрессовым ситуациям, помимо прочего повышая уровень глюкозы. По какой-то причине у мужчин в этом случае наблюдается повышающая регуляция. «Притупленная кортизоловая реакция женщин на стресс может, следовательно, привести к снижению энергии и к усталости, которые, в свою очередь, вызывают другие симптомы депрессии, – говорит она. – Возможное альтернативное объяснение – что притупленные стрессовые реакции сигнализируют о дисфункциональных стратегиях преодоления, которые могут вызвать чувства дискомфорта и нехватки контроля после стрессового опыта».

Возникает ли депрессия в результате воспаления?

Слово «воспаление» в настоящее время в здравоохранении у всех на слуху. Появляется все больше свидетельств тому, что воспаление – уже связанное с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением и метаболическими расстройствами – имеет отношение к заболеваниям мозга, в том числе болезни Альцгеймера, рассеянному склерозу и, возможно, к депрессии.

У мозга есть собственная иммунная система, состоящая из микроглии, мигрирующей в мозг во время эмбрионального развития. Не только с местной микроглией, но и с периферической иммунной системой мозг взаимодействует плотнее некуда.

Некоторые ученые полагают, что не только физические опасности, такие как вирусы или травмы, но и социальные трудности, стресс и другие неблагоприятные факторы провоцируют выработку противовоспалительных цитокинов – информационных молекул, управляющих иммунной реакцией на травмы и инфекции.

Уровень цитокинов при тревожности и депрессии меняется. Результаты исследований на людях и животных показали, что введение воспалительных цитокинов вызывает симптомы депрессии^[172]. В одном клиническом испытании обнаружилось, что у пациентов с депрессией, не реагирующих на антидепрессанты, наблюдались улучшения после лечения противовоспалительным препаратом, но лишь в том случае, если у них уже была повышена концентрация воспалительных цитокинов^[173].

С точки зрения эволюции успешная защита от возбудителей заболеваний подразумевает не только активацию нашей иммунной системы, но и такое поведение, как повышенная бдительность на случай будущих нападений или стремление спрятаться (в постели, закрыв голову подушкой) в случае болезни или

ранения. Предположительная «болезненность» поведения, очень напоминающая депрессивную, была благоприятна для выживания женщин, поскольку мы занимались преимущественно домашними делами – например, растили детей, – в то время как мужчины, предприимчивые охотники, обеспечивали пищу и защиту.

Значит, депрессия – это побочный эффект воспаления?

Возможно. Но, если между воспалением и депрессией и есть связь, мы не можем утверждать наверняка, что одно непосредственно приводит к другому. Не у всех, кто страдает депрессией, есть явные признаки воспаления. Аналогично не у всех людей с выраженным воспалением развивается депрессия. Как мы уже видели, депрессия зависит от сложного взаимодействия целого спектра рисков и устойчивости, которые в различной степени и в разных сочетаниях присутствуют у каждого.

«Ясно одно, – пишет исследователь Кармине Паррианте, изучающий депрессию, стресс и воспаление, – депрессию и проблемы психического здоровья в целом уже нельзя рассматривать только как расстройства психики или расстройства мозга. Мощное влияние иммунной системы на эмоции и поведение демонстрирует, что психическое здоровье – это здоровье организма в целом»^[174].

Стресс и гендерные проблемы

Во всем мире девочки и женщины больше мужчин рискуют подвергнуться насилию на гендерной основе: изнасилованию, браку по принуждению, насилию со стороны партнера, женскому обрезанию и сексуальному насилию в детстве. По статистике, это происходит с каждой пятой девочкой и менее чем с каждым десятым мальчиком на планете. Эти оценки считаются скромными, по данным ВОЗ, реальные цифры в некоторых странах ближе к 70 %^[175].

«Отчасти гендерный разрыв может объясняться влиянием более выраженных неблагоприятных факторов, особенно сексуального насилия в детстве и других видов насилия против женщин и девочек», – пишет Кюннер в журнале *Lancet Psychiatry*^[176].

Кюннер указывает, что гендерное неравенство, относящееся к участию в политике, к экономической независимости и репродуктивным правам, влияет на гендерное соотношение по депрессии. Например, в одном исследовании женщины, живущие в штатах США с более низким уровнем гендерного равенства, сообщали о большем количестве депрессивных симптомов, чем женщины, живущие в штатах с более благоприятными условиями^[177]. Аналогичные результаты получили и в Европе^[178].

Глобальный «Марш женщин» 2017 года и его девизы, которые быстро укоренились в нашем коллективном сознании (мой любимый – «И все-таки она стояла на своем»), подчеркнули, какой еще долгий путь нам предстоит проделать ради достижения гендерного равенства и признания прав девочек и женщин. Кампания в социальных сетях #MeToo в конце 2017 года охватила весь мир. В это время женщины, подвергшиеся сексуальным домогательствам или нападениям, ставили тег или статус Me too («Я тоже»), подтверждая точность оценок ВОЗ.

У вас депрессия или тревожность – что дальше?

На этом этапе стоит задуматься, способна ли нейробиология вообще пролить хоть какой-нибудь свет на психические заболевания. Психологию и психиатрию всегда критиковали за «соблазн впадения в редукционизм» и задавались вопросом, можно ли объяснить или лечить психические болезни, обращаясь к их нейронным или генетическим основам. С моей точки зрения, восприятие психической болезни сквозь призму нейробиологии – это не попытка получить ответы, а лишь один из многочисленных способов взглянуть на проблему.

Не все виды лечения помогают всем и всегда

Существует много разных подходов к лечению депрессии и тревожности. Их можно приблизительно разделить на следующие группы:

Терапевтическое лечение

- Антидепрессанты и/или анксиолитики.
- Электростимуляция, например электросудорожная терапия или транскраниальная магнитная стимуляция.

Психотерапия

- Разговорная терапия, например когнитивно-поведенческая.
- Терапия на основе осознанности.
- Терапия отношений.

Терапия образа жизни

- Упражнения, изменение питания, массаж, здоровый сон, осознанность, медитация и т. п.

Любой заслуживающий уважения врач или психотерапевт подтвердит: если в научных исследованиях метод лечения оказался эффективным, это еще не значит, что он будет одинаково хорош для всех. Другими словами, не все виды терапии помогают всем людям в любом случае.

Мир заботы о здоровье психики и мозга полон утверждений и их опровержений, обвинений и противоречивой информации. Если кто-то утверждает, что у него есть решение-панацея для всех ваших проблем с психическим здоровьем, а также упрекает вас в «слабости», «антифеминизме», «отказе от пути исцеления в пользу антидепрессантов» или прибегает к другим таким же стигматизирующим и ничем не помогающим замечаниям, срочно бегите от него, и подальше. Кроме того, для меня тревожный сигнал – употребление слова «истина». Ищите того, кто поможет вам подыскать решение, подходящее именно вам.

В материалах организации Beyond Blue ясно сказано: «В то время как оно <лечение> может помогать среднестатистическому человеку, у некоторых пациентов возникают осложнения, побочные эффекты, несовместимости с их образом жизни. Наилучшая стратегия – попробовать подход, эффективный для большинства людей и удобный вам. Если достаточно быстрого выздоровления не наступило или если с лечением возникли проблемы, пробуйте следующий».

Еще один фактор, который надо принять во внимание, – ваша система взглядов и убеждений. Лечение действует с большей вероятностью, если вы верите в его эффективность. Вот почему эффект плацебо настолько силен. Любопытно, что самый сильнодействующий ингредиент эффекта плацебо – терапевтические отношения. Здесь опять связь между людьми, любовь и симпатия служат лучшим буфером в случае стресса и средством от многих наших недугов.

Секс, любовь и нейробиология

Если смешать джин с тоником в комнате с ультрафиолетовым освещением, ваш напиток засветится ярко-голубым. Это происходит потому, что в тонике содержится химическое вещество хинин, которым когда-то лечили малярию. Под светом с определенной длиной волны оно дает химическую флуоресценцию. Узнав об этом на лекции в университете, мы с моей лучшей подругой на протяжении почти всех 90-х годов дефилировали по клубам и вечеринкам с бокалами светящегося голубого джина. Хороший повод завязать разговор, привлечь к себе внимание и вызвать интерес.

В январе 1999 года мы с джин-тоником тусили в одной компании в доме на Банбери-роуд в Оксфорде, когда вдруг попались на глаза одному молодому экономисту-ирландцу с улыбкой такой же ослепительной, как и содержимое моего стакана. «Что пьешь?» – спросил он. «Могу объяснить, что такое ультрафиолетовый спектр света», – ответила я. Притяжение возникло мгновенно. Мы продолжали обсуждать процентные ставки (мне никогда не удавалось толком понять разницу между начисленными и выплаченными процентами, и он терпеливо объяснял, что к чему) и синапсы. За время нашего подкрепленного джином разговора мой собеседник узнал, что термин «синапс» происходит от древнегреческого «скреплять, соединять вместе, связывать». Эти слова оказались пророческими: с тех пор мы неразрывно связаны. Да, я обольстила своего мужа языком науки – сначала физики, затем нейробиологии.

Любовь вдохновляла создателей великих шедевров искусства и литературы, а также текстов бесчисленного множества песен, на ней основаны наши семьи. Понимаю: рассматривать ее сквозь призму нейробиологии – почти кощунство. Однако любви присущ глубоко биологический характер, она сильно влияет на наше тело и разум. Без

любви дети плохо развиваются. У детей, с которыми дурно обращаются, психологические травмы остаются на всю жизнь. Подростки прибегают к самоубийству, столкнувшись с травлей или неразделенной любовью. Молодые матери, которым недостает групповой социальной поддержки, впадают в послеродовую депрессию. Семейное положение коррелирует со здоровьем: в среднем человек, состоящий в браке, более здоров, чем одинокий. Одиночество в преклонном возрасте влияет на риск развития деменции так же, как выкуривание пачки сигарет в день.

Взгляд на секс сквозь призму биологии, вероятно, для нас более привычен. Часто можно услышать, что наш самый сексуальный орган – это мозг. Возможно, секс – наивысший биологический опыт из групп «снизу вверх», «снаружи внутрь» и «сверху вниз». В этой главе мы рассмотрим нейробиологию влечения, желания, цикл сексуальной реакции и оргазм. А потом закроем дверь в спальню и сосредоточимся на романтической любви, привязанности и на том, как социальные связи служат буферами для стресса.

Подростковый возраст – критический период для получения знаний о сексе

Будучи подростком, я отчетливо представляла себе образ моего идеального парня и подолгу мечтала, как мы с ним познакомимся, где встретимся (чаще всего в библиотеке – неловко признаваться, она служила мне естественным местом обитания), по каким пляжам будем бродить, держась за руки, какие задушевные разговоры будем вести. Биоантрополог Хелен Фишер работает во всемирно известном Институте Кинси, изучающем секс, и называет этот идеалистический образ «картой любви». «Задолго до того, как ваша истинная любовь приходит к вам в классе, в торговом центре, в офисе, в кофейне, на вечеринке или каком-нибудь мероприятии, – говорит Фишер, – вы представляете основные особенности своего идеального возлюбленного».

Собирать наши «карты любви» по частям мы принимаемся в подростковом возрасте – примерно тогда же начинают развиваться сексуальные чувства. Мозг подростков чрезвычайно пластичен. И этот возраст – критический, чтобы получить знания о романтических и сексуальных взаимоотношениях и ориентироваться в них. Исследования по большей части игнорировали эту фазу развития, и лишь недавно мы осознали, что именно в подростковом возрасте молодые женщины начинают исследовать свою сексуальную самоидентификацию, строить свои «карты любви» и, надеюсь, приобретать позитивный опыт, подтверждающий и то и другое^[179].

Алхимия влечения

Что происходит в нашем мозге, когда нас сексуально влечет к одному человеку, а не к другому? Почему именно он? Почему она? Почему улыбающийся экономист-ирландец в январе 1999 года? Судьба? Гормоны? Феромоны? Взаимодополняющие «карты любви»? Или, в моем случае, перебор с джином?

В литературе о «выборе пары» чаще всего прослеживается вывод: нам свойственно образовывать пары с людьми, которые подобны нам – этот феномен называется позитивным ассортативным спариванием. В среднем (не всегда) нас влечет к людям того же возраста, той же этнической принадлежности и социально-экономического статуса, к обладателям того же уровня интеллекта и образования, к тому, кто разделяет наши ценности и цели и физически сходен с нами. Партнеры в таких парах, если отношения в них сохраняются десятилетиями, не *становятся* похожими друг на друга. По данным исследований, эти люди *с самого начала* активно ищут тех, кто похож на них. «Сходства между нами и партнерами больше, чем можно ожидать по случайному стечению обстоятельств», – объяснил мне исследователь из Квинслендского университета Брендан Цитш.

Поскольку однажды в январе 1999 года я отправилась на вечеринку выпускников Оксфорда, у меня было немало шансов найти того, кто соответствовал моей «карте любви». И вероятность, что мы образуем «позитивную ассортативную пару», была сравнительно велика. Когда я впервые показала фото моего нового бойфренда подруге и соучастнице по «преступлению голубого джин-тоники», она сразу воскликнула: «Это *определенно* твой парень!»

Каким бы примитивным ни казалось это объяснение, одну из частей уравнения сексуальной химии составляет то, как мы пахнем. Феромоны – химические сигналы, возникшие в ходе эволюции для коммуникации с другими

представителями того же вида, и феромоны в нашем поту недвусмысленно указывают на гены носителя. В частности, на гены группы иммунных молекул, называемых главным комплексом гистосовместимости (ГКГС). И здесь эволюция выбирает окольный путь: оказывается, нас сильнее влечет к тем, чей запах ГКГС наиболее *отличен* от нашего. То есть по принципу, прямо противоположному теории позитивной ассортативности.

Швейцарское «исследование потных футболок», опубликованное в 1995 году, показало: чем сильнее отличаются гены ГКГС мужчины от генов женщины, тем более привлекательным он кажется ей. В этом исследовании студенты и студентки из Бернского университета сначала проходили типирование по их ГКГС. Затем каждому студенту давали поносить футболку пару дней и ночей (участникам исследования рекомендовали не принимать душ и не пользоваться дезодорантом). Затем шесть возвращенных потных футболок давали студенткам – понюхать и оценить по предпочтению. В итоге женщины предпочитали запах пота мужчин, ГКГС которых максимально отличался от их собственного. Участницы исследования часто отмечали, что отдали предпочтение футболкам, которые напомнили об их бойфрендах, как бывших, так и нынешних, в то время как менее предпочтительными по запаху оказались футболки, напомнившие участницам запах их отцов^[180].

Примечательно, что предпочтения женщин, принимавших противозачаточные таблетки, были отданы в основном потным футболкам тех мужчин, которые особенно совпадали с женщинами по ГКГС. Во время овуляции у нас обостряется обоняние, считается, что именно так эволюция гарантирует сохранение генетического разнообразия. Пары с различным ГКГС более плодовиты и с меньшей вероятностью оказываются родственными. Каким-то образом таблетки вмешиваются в этот механизм^[181].

Как гормоны влияют на выбор пары и либидо

Женское либидо нарастает и угасает на протяжении месячного цикла и достигает пика примерно в период овуляции. Данные исследований показывают, что колебания гормонов яичников влияют на то, кого мы находим привлекательным, кто находит привлекательными нас и насколько настроенными на секс мы себя чувствуем.

Вот некоторые исследования, которые неизменно вызывают шумиху.

В работе 2012 года под занятным названием «Овуляция побуждает женщин принимать сексуальных подлецов за хороших отцов» предполагается: когда мы наиболее фертильны, нас с большей вероятностью привлекают высокотестостероновые маскулинные мужчины «высшего генетического качества», а не славные книжные ребята, из которых получились бы «хорошие мужья и отцы». (Обратите внимание: в исследовании шла речь о тех, к кому мы *тянемся*, но не обязательно спим с ними.) И наоборот, когда мы принимаем противозачаточные таблетки, или находимся в лютеиновой фазе цикла, или у нас менструация, мы охотно и с радостью общаемся со славными ребятами^[182].

Существуют данные, как подтверждающие, так и опровергающие гипотезу так называемого «овуляционного сдвига подлецов или отцов». Роб Брукс, профессор эволюционной экологии Университета Нового Южного Уэльса, изучил литературу по теме и уверяет, что на самом деле сдвиг в предпочтениях весьма мал. «Он не означает, что в один день вы по-настоящему, всем сердцем, глубоко влюблены в своего мужа, а уже на следующий тайком занимаетесь сексом с каким-то красавчиком на пляже», — говорит он. Брукс также отмечает: гораздо примечательнее то, что мы не менее охотно соглашаемся переспать с тем, кого плохо знаем, когда шансы забеременеть равны нулю^[183].

Сексуальная игривость на эстрогене

Если помните, в главе 6 я упоминала исследовательницу Бронуин Грэм, которая объяснила, что примерно во время овуляции эстроген снижает тревожность. Самки животных в период эструса скачут, прихорашиваются, шевелят ушами, пляшут, поют, меняют цвет или прогибаются в спине (таким образом самки грызунов выражают призывную реакцию, позволяя самцам спариться с ними), чтобы привлечь пару. Под действием эстрогена самки меньше осторожничают и проявляют больше готовности действовать так, чтобы поощрять сексуальное взаимодействие. Разумеется, мы, женщины, в период овуляции не распалеемся, как животные в течке, не скидываем трусы и не предаемся сексу с каждым согласным мужчиной, который окажется поблизости. Но есть немало свидетельств тому, что эстроген придает нам сексуальную раскованность, игривость, побуждает вести себя так, чтобы заявить потенциальному партнеру о своем желании.

В 2013 году журнал *Hormones and Behavior* опубликовал работу, описывающую взаимосвязь между тремя гормонами (эстрадиолом, прогестероном и тестостероном) и половым влечением у женщин^[184]. Сейчас вы, наверное, уже не удивитесь, узнав, что это было одно из первых всесторонних исследований влечения, гормонов и менструального цикла.

Пока оно шло, каждое утро 43 женщины с естественным циклом (то есть не принимающие гормональные контрацептивы) сдавали слюну на анализ, выявляющий их индивидуальные уровни эстрадиола, прогестерона и тестостерона. Затем с помощью приложения они отвечали на следующие вопросы: «Была ли у вас вчера сексуальная активность (половое сношение или другие формы генитальной стимуляции) с другим человеком?», «Кто был инициатором этой сексуальной активности – вы, другой человек, оба?», «Занимались ли вы вчера мастурбацией?»

Формулировка вопросов играла важную роль. Исторически основным индикатором желания женщины служил добрый старый половой акт с пенисом в вагине. Теперь нам ясно, что гораздо точнее оценить желание можно, если спрашивать у женщин, были ли они **настроены** заниматься сексом, мастурбировали ли они и инициировали ли секс с партнером.

После обработки данных выяснилась следующая взаимосвязь между гормонами и желанием:

- эстрадиол усиливает желание;
- прогестерон снижает желание;
- тестостерон никак не влияет на желание.

Профессор из Австралии Лоррен Деннерштайн, изучающая женское здоровье, также обнаружила связь между эстрогеном и желанием. На протяжении восьми лет она наблюдала за группой из 226 женщин в их переходный период от начала до завершения менопаузы. Как мы узнаем из главы 9, во время менопаузы уровень гормонов яичников снижается. Фиксируя концентрацию гормонов и интенсивность сексуального желания у каждой женщины, Деннерштайн определила, что эстроген действительно коррелирует с либидо. Кроме того, она выяснила: у молодых женщин, которым хирургически удалили яичники (по разным причинам, но чаще всего – из-за онкологического заболевания), что приводило к внезапной потере эстрогена, пропадало и либидо^[185].

Еще больше свидетельств роли эстрогена в способствовании желанию было получено из отчетов, согласно которым некоторые женщины, принимая оральные контрацептивы, теряют желание заниматься сексом – по обзору 2013 года, таких около 15 %^[186]. Это потенциальная проблема для женщин, которые начинают принимать противозачаточные таблетки в раннем подростковом возрасте. Они могут никогда не испытать

явного сексуального желания или возбуждения и, грубо говоря, не знают, чего лишаются.

Поговорим о циклах сексуальной реакции

Разумеется, наша сложная и полная нюансов половая жизнь – это не просто гормоны и фертильность. Порой достаточно одной только мысли, чтобы вызвать у нас невероятное возбуждение. А в других случаях даже самые искусные ласки романтического партнера оставляют нас равнодушными. Иногда мы распяляемся, когда вероятность забеременеть равна нулю. Иногда нам хочется секса во время месячных, когда мы беременны, после менопаузы и с другими женщинами. Мы занимаемся сексом по всевозможным причинам, и обычно беременность не является конечной целью. Один опрос 3000 мужчин и женщин выявил не менее 237 разных причин желания заниматься сексом!^[187]

Чтобы понять, как наша психика, тело и мозг обрабатывают сотни причин, следует разобраться в так называемом цикле сексуальной реакции. Его основные фазы впервые описали основоположники исследований секса Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон в 1960-х годах. Их четырехфазная модель на основе «10 тысяч полных циклов сексуальной реакции» была линейной и подразумевала, что мужчины и женщины последовательно проходят через каждую фазу: возбуждение, плато, оргазм и завершение, или удовлетворение.

Как вы наверняка догадались, эту базовую модель со временем оспорили и уточнили.

Первые сомнения высказала специалист по половому просвещению Беверли Уиппл. Она указала, что некоторые женщины переходят от возбуждения к оргазму, даже не испытывая желаний, или же могут испытать возбуждение и удовлетворение, не достигая кульминации^[188], ^[189]. Еще один исследователь Розмари Бассон предложила альтернативную круговую модель, в которую входят такие элементы, как потребность женщины в близости, характер желаний – ответный или спонтанный – и время

возникновения – до физического возбуждения либо после него. Важно, что модель Бассон представляет жизнь женщины в более широком контексте, особенно взаимоотношения с партнером^[190], ^[191]. Еще одним открытием, ставящим под сомнение линейную модель, стало то, что у многих женщин отсутствовала связь между их субъективным состоянием возбуждения («я чувствую, что возбуждена») и физиологическими признаками возбуждения (увлажнение вагины или приток крови). В реакции мужчин такое бывает редко. Эрекция и возбуждение связаны неразрывно, и мальчики узнают об этом еще в самом начале пубертата.

И конечно, не будем пренебрегать вкладом, который подопытные грызуны внесли в наше понимание нейробиологии влечения. У них фазы сексуального удовольствия – возбуждение, плато, оргазм и рефрактерный период – в точности следуют другим «циклам удовольствия», таким как голод или жажда. По сути дела, грызуны показали нам, что мы хотим чего-то (мотивация), нам что-то нравится (удовольствие), мы удовлетворяем свои желания (насыщение) и либо продолжаем в том же духе, либо переходим к другому занятию. Да, я согласна с тем, что нейробиология частично избавляет от романтического трепета.

Кнопки «вкл.» и «выкл.»

Мой любимый исследователь женской сексуальности Эмили Нагоски, специалист по половому просвещению, автор книги «Как хочет женщина» и замечательной TEDx-лекции «Как отпереть дверь к вашему настоящему сексуальному благополучию», проделала впечатляющую работу, сплетая многочисленные нити в связный рассказ.

Нагоски объясняет, что наше желание – результат баланса механизмов «вкл.» и «выкл.» в мозге. Согласно этой модели двойного управления, «газ» (механизм возбуждения) замечает всю относящуюся к сексу информацию, которая может возбудить нас, в то время как «тормоз» (механизм подавления) отмечает все причины не возбуждаться. Таким образом, процесс возбуждения подразумевает и включение кнопок «вкл.», и выключение кнопок «выкл.». Как объясняет Нагоски, «уровень сексуального возбуждения в каждый момент времени – результат того, насколько активно стимулируется механизм возбуждения и как мало стимуляции получает механизм подавления»^[192], ^[193].

По утверждению Нагоски, если вы возбуждаетесь с трудом, возможно, причина ваших мучений – нехватка мощности «газа», высокочувствительный «тормоз» или и то и другое понемногу. Оказывается, некоторые трудности с возбуждением можно разрешить, сильнее надавив на педаль «газа»; однако чувствительность «тормоза» – более надежный прогностический фактор сексуальных проблем. Нагоски предполагает: женщинам, у которых возникают сложности с оргазмом или им требуется целый час, чтобы до него добраться, нужна значительная активность механизма «вкл.», чтобы вызвать действительно высокий уровень сексуального напряжения, и лишь легкий оттенок тревожности или стресса, чтобы ударить по «тормозам». Поскольку оргазм случается, когда в организме достигается достаточный уровень сексуального напряжения, позволяющий переступить порог, Нагоски

рекомендует воспользоваться вибратором, чтобы узнать, как достигать оргазма. По большому счету, вибратор полностью выжимает педаль «газа» и преодолевает действие «тормоза».

Модель двойного управления умно представляет сексуальное возбуждение и торможение как отдельные системы. Этим она отличается от более традиционных взглядов на возбуждение как на линейный процесс. Прелесть модели двойного управления состоит в признании, что все мы разные. То, что возбуждает каждую из нас и отключает возбуждение, заметно различается.

Где у мозга переключатели «вкл.» и «выкл.»?

Система двойного управления существует гипотетически. В настоящий момент переключатели «вкл.» и «выкл.» в мозге еще не выявлены. Только представьте себе все ощущения, мысли и чувства, которые могут вас возбудить вас или остудить: сознание, что вас любят, новизна, возможная беременность, ваше отношение к собственному телу, отношение к тому, как относится к вашему телу ваш партнер, травмы в вашем анамнезе, усталость, список покупок... Ясно, что для объединения этой информации требуется множество нейронных сетей мозга.

Сексуальное возбуждение, вероятно, затрагивает нейронные сети мозга, задействуя такие нейрохимические вещества, как дофамин, окситоцин, вазопрессин и норадреналин. Нам известно, что выброс дофамина вызывает выраженное чувство удовольствия (приятности) и мотивацию стремиться снова получить этот приятный опыт (желание). Любопытно, что хорошо задокументированный побочный эффект лечения болезни Паркинсона, при котором с помощью препаратов повышаются уровни дофамина, – это усиление либидо. И если вернуться к роли гормонов, эстроген способствует выбросу дофамина, вероятно, чем и объясняется опыт «желания» в период овуляции^[194].

Сексуальное торможение обычно затрагивает те же нейронные сети мозга, как и возбуждение; однако активность может быть приглушена серотонином и эндоканнабиноидными системами. Эти вещества мозга участвуют в сексуальном насыщении и рефрактерном периоде после оргазма^[195], ^[196].

Одно из наиболее убедительных свидетельств причастности серотонина к сексуальному торможению – влияние антидепрессантов, особенно СИОЗС, на сексуальную реакцию. К числу побочных эффектов СИОЗС относится неспособность достигать оргазма.

Известно, что эффект сильного торможения обнаружили при непредусмотренном инструкцией применении СИОЗС для лечения преждевременной эякуляции. Серотонин также оказывает в целом тормозящее влияние на сексуальные реакции крыс. Самцов крыс, имевших возможность совокупляться до состояния сексуального изнеможения, инъекциями препаратов, блокирующих серотонин, можно побудить реагировать на приставания самок. Самки крыс, получавшие СИОЗС, склонны избегать самцов и проводить меньше времени в характерной призывной позе, когда они фертильны.

Можно ли применять препараты для воздействия на сексуальный «газ» или «тормоз»?

Если препараты, которые усиливают приглушенное серотонином желание, и препараты, повышающие уровень дофамина, потенциально способны вызвать возбуждение, почему бы просто не придумать таблетку, чтобы включать кнопку «вкл.» и отключать кнопку «выкл.»?

Препараты, которые избирательно активируют «газ» или отключают «тормоз», применяются для лечения расстройства гипоактивного сексуального желания (РГСЖ, или гиполибидемии). Это разновидности половой дисфункции, от которой страдают примерно 10 % взрослых женщин. РГСЖ характеризуется потерей желания и, что особенно важно, сопровождается фрустрацией, огорчением, грустью и беспокойством из-за потери либидо^[197]. Один такой препарат, применяемый для лечения РГСЖ, – флибансерин (продается под торговым названием «Эдди», его иногда называют «розовой виагрой»). Флибансерин в настоящее время одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для лечения РГСЖ, но пока недоступен во многих странах, в том числе и в Австралии^[198].

Флибансерин действует, повышая уровень дофамина и снижая концентрацию серотонина. Иными словами, он

создан с таким расчетом, чтобы одновременно давить на «газ» и отпускать «тормоз».

Когда «Эдди» вышел, его приветствовали как победу участников кампании за сексуальное здоровье женщин: те годами сетовали, что у мужчин есть виагра, а у женщин – ничего подобного. Но другие группы выражали сомнение в том, что либидо действительно можно поправить с помощью таблетки^[199]. Обратившись к данным, легко заметить причины такого скептицизма. Женщины, принимавшие «Эдди», сообщали всего об одном дополнительном (по сравнению с группой, принимавшей плацебо) «эпизоде сексуального удовлетворения» в месяц, сопровождающемся очень незначительным ростом реального желания. Или, другими словами, у женщин, принимающих «Эдди», секс случается чаще, но «хотеть» его чаще они не начинают. Кроме того, «Эдди» дает значительные побочные эффекты, например снижение артериального давления, обмороки, тошноту и головокружения, причем все они усиливаются при употреблении алкоголя.

Тестостерон: действительно ли он повышает либидо у женщин?

В Австралии, где флибансерин недоступен, женщинам в период постменопаузы часто прописывают тестостерон, чтобы справиться со снижением сексуального желания. С 1940-х годов известно, что тестостерон в очень высоких дозах усиливает возбуждение у женщин.

Профессор Сюзан Дэвис из Университета Монаша, эндокринолог и специалист по здоровью женщин, прописывала пациенткам тестостерон от потери интереса к сексу. Она обнаружила, что примерно 60 % женщин, страдающих снижением либидо, хорошо реагируют на такое лечение, 20 % не реагируют вообще, а у 20 % от него наблюдается ухудшение^[200].

Когда речь идет о сексе, «хорошая реакция» – это вопрос субъективный, и женщины с естественной

менопаузой, принимающие тестостерон, сообщают об одном-двух дополнительных «удовлетворительных эпизодах секса» в месяц. Женщины с хирургической менопаузой сообщают примерно о двух-трех дополнительных эпизодах в месяц, когда принимают большие дозы тестостерона в сравнении с плацебо^[201].

Несмотря на то что тестостерон неразрывно связан с возбуждением и сексуальным желанием у мужчин, его применение у женщин остается спорным. Во-первых, испытания препарата продолжительностью более трех лет не проводились, поэтому долгосрочное влияние гормона и его риск для женского здоровья остаются неизвестными. Во-вторых, не хватает фактов в пользу того, что сам тестостерон служит прогностическим фактором желанности на протяжении месячного цикла или после менопаузы. В-третьих, тестостерон, по-видимому, не помогает при сниженном либидо женщинам в пременопаузе.

Как действует тестостерон, усиливая желание, когда он эффективен, – еще одна большая загадка из области исследований женского мозга. Тестостерон преобразуется в мозге в эстроген. Возможно, он повышает уровень эстрогена и приближает его к естественному, характерному для периода овуляции.

В материалах организации Jean Hailes for Women's Health утверждается, что взаимосвязь между тестостероном и либидо очень сложная и что следует учитывать возраст, настроение, общее самочувствие и потенциальный риск тестостероновой терапии, принимая решение о ее применении. Стресс, отношения и эмоции гораздо сильнее влияют на сексуальное желание у женщин. Как говорит Сюзан Дэвис, если отношения не складываются, «гормонами положение не поправишь».

В настоящее время лучшим лечением РГСЖ, или сниженного либидо, является биопсихосоциальный подход, который учитывает факторы групп «снизу вверх», «снаружи внутрь» и «сверху вниз». Сексуальная терапия объясняет женщинам, как на их сексуальность влияют негативные мысли, убеждения, ожидания, культурные и

религиозные нормы, настроения и взаимоотношения (а не только гормоны!) и как желание может быть спонтанным и идти изнутри («сверху вниз» от наших мыслей) или извне (от прикосновений внимательного партнера). Осваивая и практикуя упражнения, направленные на улучшение осознания «здесь и сейчас», принятие и сострадание к себе, женщины зачастую начинают «комфортнее чувствовать себя в собственном теле», по словам сексотерапевта и сексолога Айсии Маккимми. «Не будем забывать: то, что случается за пределами спальни, влияет и на происходящее в ней», – говорит она.

Спаривание в неволе: вам просто скучно?

Маккимми объяснила, что начало отношений называется лимеренцией – в этот потрясающий период невозможно оторваться друг от друга. Затухание лимеренции обычно происходит спустя несколько лет, когда вмешивается реальность повседневной жизни. «Это не значит, что вы больше не влюблены или что вам все равно – просто вы вступаете в новую фазу», – сказала она. Беда в том, что «смерть эроса» часто сопровождается потерей либидо.

Вот он, любопытный поворот сюжета: потеря либидо – это не столько биология, сколько скука, особенно для женщин средних лет, состоящих в длительных отношениях.

Деннерштайн обнаружила, что женщины, у которых новый партнер появлялся после менопаузы, сообщали, что их либидо не изменилось в связи с «гормональным старением». В своем австралийском исследовании 2002 года Деннерштайн изучила данные сотен женщин с 40 лет и на протяжении всей менопаузы. Она выяснила, что снижение сексуального энтузиазма связано скорее с длительными и утратившими новизну отношениями, чем со старением яичников. У женщин, состоящих в новых отношениях, лимеренция восторжествовала над гормональными факторами^[202], ^[203]. Эти результаты противоречат расхожей мудрости (и традиционной терапии пар), подразумевающей, что женщинам требуется надежность, близкое знакомство и моногамия, чтобы ощущать сексуальное желание.

Дэниел Бергнер, автор книги «Чего хотят женщины? Наука о природе женской сексуальности»^[204], и Эстер Перель, автор труда с очаровательным заглавием «Право на “лево”. Почему люди изменяют и можно ли избежать измен»^[205], убедительно доказывают, что причиной отсутствия желаний у женщин является скука^[206], ^[207].

Опираясь на свой опыт сексотерапевта, Перель считает, что рост эмоциональной близости зачастую сопровождается *снижением* желания. «То, что способствует качественной близости, не всегда способствует качественному сексу», – говорит она. У некоторых пар хорошая коммуникация, взаимное уважение и честность тесно коррелируют с «постоянными и возбуждающими эротическими узами». Но у других близость оборачивается спадом желания. В своей практике терапии Перель объясняет парам, что фундаментальные факторы желания и влечения можно воссоздать в длительных отношениях, если привнести в них загадку, расстояние, спланированные эротические и сексуальные выходки, «отличающиеся от обычных и пресных». Дэниел Бергнер и его давняя подруга решили возродить желание более прагматичным способом и теперь живут на расстоянии шести кварталов друг от друга.

Сексуальная ориентация и мозг

Недавно один из моих коллег, психолог из Отагского университета и писатель Джесси Беринг, объяснил, что гендер находится между ушами, секс – в хромосомах, а ориентация – это то, что возбуждает вас и что не выбирают.

Заявление Беринга подкреплено масштабными исследованиями биологических факторов, влияющих на сексуальную ориентацию. Как вкратце говорилось во вступлении к этой книге, все люди обладают сексуальной ориентацией, обособленной от их биологического пола и гендерной принадлежности.

Что способна сказать нейробиология по вопросу сексуальной ориентации? На данный момент наука еще не в состоянии дать подробное объяснение тому, как именно мозг порождает различные виды гендерно-ориентированного поведения, сексуальную ориентацию или гендерную принадлежность. Высказывание «относительный вклад генетических детерминант и социального опыта еще только предстоит определить» из «Основ нейробиологии» (Principles of Neural Science) очень типично для литературы.

Однако широко признано, что сексуальная ориентация многомерна и что у некоторых людей, особенно женщин, она динамична и меняется с течением жизни. Данидинское исследование показало, что влечение к представителям того же пола распространено среди женщин всех возрастных групп в большей мере, чем среди мужчин^[208].

Следует отметить, что группа участников Данидинского исследования родилась в середине 1970-х годов, а если обратиться к более молодым поколениям, многие в них отвергают типичные гендерные и сексуальные нормы и признают, что сексуальная ориентация и гендер изменчивы^[209]. Например, в Массовом опросе поколения двухтысячных (The Massive Millennial Poll) с участием 1000 человек в возрасте 18–34 лет выяснилось: больше

половины убеждены, что гендер – это целый спектр, который не следует ограничивать такими категориями, как мужской и женский пол^[210].

Независимо от сексуальной ориентации глубокое чувство влюбленности в мужчину или женщину активирует одни и те же нейронные цепочки в мозге. Семир Зеки сканировал мозг 24 человек, половину из которых составляли женщины (шесть гомо- и шесть гетеросексуальных), половину – мужчины (шесть гомо- и шесть гетеросексуальных), которым показывали изображения их возлюбленных. Оказалось, что особенности активации одинаковы для всех. Как указывает Зеки, это мы можем утверждать и без нейробиологии. В мировой литературе, посвященной любви, не делается различий между геями, натуралами и т. д. «В сущности, выраженные чувства настолько схожи, что создают глубокую двойственность, облегчающую прочтение этих слов в контексте противоположного и того же пола, независимо от намерений автора, – пишет Зеки. – Это справедливо в том числе и для сонетов Шекспира, и очень помогает в тех случаях, когда использованный язык умалчивает о гендере, как в лирике Руми или Хафиза на фарси»^[211]. Любовь побеждает все. #loveislove.

Нейробиология оргазма

Если мы выяснили, как включить кнопки «вкл.» и отключить кнопки «выкл.», если нас влечет к партнеру и мы решаем заняться сексом или если берем дело в свои руки, что происходит в нашем мозге и нервной системе, пока мы возбуждаемся и достигаем оргазма?

Сначала определимся, что такое оргазм.

Одно из нынешних действующих определений таково: «Оргазм у женщины – изменчивый и преходящий пик ощущений острого удовольствия, создающего измененное состояние сознания, обычно со стимулированием, сопровождающимся произвольными ритмичными сокращениями тазовой поперечно-полосатой околоспинальной мускулатуры, зачастую с сопутствующими маточными и анальными сокращениями, способствующими вызванному сексом притоку крови и миотонии, обычно в связи с хорошим самочувствием и удовлетворением»^[212].

Эмили Нагоски дает более простое определение: «Оргазм – это внезапная произвольная разрядка сексуального напряжения»^[213].

Какие же нейронные пути участвуют в этих «произвольных ритмичных сокращениях» и «сбросе сексуального напряжения»?

Начнем с клитора, так как у него нет другого назначения, кроме как вызывать оргазм у женщин. Статистика это подтверждает: по данным Института Кинси, 80–90 % мастурбирующих женщин достигают оргазма только одной стимуляцией клитора.

Почти как у айсберга, 90 % клитора скрыто под поверхностью вульвы. Здоровью женщин уделяется недостаточно внимания, поэтому неудивительно, что всеобъемлющее описание анатомии клитора появилось лишь в 2005 году. Тогда австралийский уролог Хэлен О'Коннелл опубликовала в *Journal of Urology* свою работу

«Анатомия клитора». С помощью МРТ и анатомических препаратов, а также на базе масштабного обзора современной и исторической литературы О'Коннелл предложила первое подробное описание анатомии клитора, его кровоснабжения и иннервации. В своей работе она указала, что еще в сравнительно недавних, изданных в 1999 году учебниках по анатомии описание клитора пропущено. Для сравнения: трудно найти учебник анатомии какого-либо исторического периода, в котором не писали бы о пенисе^[214].

Теперь нам известно, что клитор – многокомпонентная система, состоящая из тела клитора, ножек клитора, пещеристого тела, выхода уретры и луковиц преддверия внутри. Если вам трудно представить его, то по форме он напоминает птичью вилочковую косточку-дужку, с двумя ножками, опущенными вниз, по обе стороны от уретры и вагины (однажды я слышала описание «в форме дорожной подушки под шею»).

Срамной нерв (*лат.* pudenda) иннервирует клитор, кожу и мышцы ануса, промежность и таз. Этот нерв представляет собой пару нервов, по одному для каждой стороны таза, и имеет сложное строение с разветвленными отростками. Не так уж редко он повреждается при трудных родах. Если не провести лечение, женщины страдают от недержания, боли в промежности и сексуальной дисфункции. Нейроны срамного нерва выходят из структуры в спинном мозге, называемой ядром Онуфа, – одной из немногих по-настоящему диморфных в половом отношении структур нервной системы: у мужчин она гораздо крупнее, чем у женщин, так как содержит больше клеток. Сообщается, что нервных окончаний в клиторе вдвое больше, чем в головке пениса (8000 по сравнению с 4000). Однако я не нашла академические источники, в которых эти сведения подтверждались бы или опровергались.

Срамному нерву есть чем гордиться: он единственный во всем человеческом организме содержит нейроны трех типов – сенсорные, двигательные и автономные. Прикоснитесь к клитору – и вы вызовете сигналы, которые

поступят по сенсорным нейронам в спинной мозг и вверх, к головному мозгу. Потренируйтесь сжимать мышцы тазового дна (упражнения Кегеля) – и сокращения мышц будут инициированы сигналами, поступающими по двигательным нейронам срамного нерва. Испытайте непроизвольные ритмичные сокращения оргазма – и они возникнут по сигналу, переданному по симпатическим нейронам срамного нерва.

Разумеется, достижение оргазма – более сложный процесс, нежели провоцирование спинномозговых рефлексов. При правильных ласках клитора сенсорные нейроны передают сигналы спинному мозгу (эта цепочка посылает другой сигнал обратно к гениталиям, чтобы усилить приток крови и лубрикацию), они передаются к сексуальным центрам головного мозга, в том числе в гипоталамусе, гиппокампе, миндалевидном теле, таламусе и мозжечке. Эти сигналы модифицируются, так как объединяются со зрительными образами, звуками, запахами, мыслями и воспоминаниями, – в конечном итоге кнопки «вкл.» включаются, «выкл.» – выключаются и возникают ощущения оргазма.

А это ее мозг во время оргазма

Ученые наблюдали и фиксировали наши физиологические сексуальные реакции – артериальное давление, пульс, вагинальную лубрикацию и так далее – со времен Альфреда Кинси, Мастерса и Джонсон. Но лишь с недавних пор, с появлением современных технологий сканирования мозга, мы можем наблюдать за происходящим в мозге во время оргазма в реальном времени.

Кейт Сукул, автор книги «Это ваш мозг во время секса» (This is Your Brain on Sex), известна в первую очередь как женщина, которая мастурбировала в аппарате фМРТ, чтобы мир смог увидеть ее мозг во время оргазма. Это происходило в исследовательской лаборатории Барри Комисарука в Ратгерском университете, под надзором тогдашнего постдокторанта Нэн Уайз. В своей книге

Сукел увлекательно рассказывает об этой процедуре, в том числе о том, как тренировалась дома с колокольчиком, приклеенным ко лбу, – училась доставлять себе удовольствие, не двигаясь (для фМРТ необходима полная неподвижность).

Не менее 30 отдельных участков мозга было активировано перед оргазмом Сукел, во время и после него. В описании особенностей мозговой активности, опубликованном в газете Guardian, упоминается, как активность сначала нарастает в относящейся к гениталиям области сенсорной коры, затем распространяется на лимбическую систему (участвующую в эмоциях и памяти).

«Оргазм наступает, активность резко возрастает в двух участках мозга – мозжечке и лобной коре, возможно, из-за роста мышечного напряжения. Во время оргазма активность достигает пика в гипоталамусе, который выбрасывает вещество окситоцин, вызывающее приятные ощущения и стимулирующее сокращения матки. Активность также становится пиковой в прилежащем ядре – участке, связанном с вознаграждением и удовольствием. После оргазма активность во всех этих участках постепенно затухает»^[215].

Изучая фМРТ Сукел, Нэн Уайз отметила: «Оргазм действительно является опытом, затрагивающим мозг целиком». Уайз, которая также «пожертвовала» своими оргазмами во имя нейробиологии, выражает надежду, что ее исследования в конце концов восполнят пробелы в научной литературе о нейронной основе человеческой сексуальности. Сейчас терпеливо ждет внимания еще одна диссертационная работа.

Нейробиология множественного оргазма

Работая над этой книгой, я раз за разом принималась за поиски по определенной теме. Ожидала найти массу нейробиологической литературы, но обнаруживала лишь очередную зияющую дыру в научных познаниях. Хотя множественные оргазмы подробно представлены в литературе по сексуальному здоровью, они, подобно клитору, загадочным образом отсутствуют в учебниках биологии.

Во время поисков в PubMed мне удалось найти лишь пять обзоров по множественным оргазмам, причем три из них относились к мужчинам, а не к женщинам. В одной из работ под названием «Множественные оргазмы у мужчин: что нам уже известно» (Multiple Orgasms in Men: What We Know So Far) был сделан вывод: «Несмотря на интерес аудитории, тема множественных оргазмов у мужчин получила на удивление скудную научную оценку». Подставьте «у женщин» вместо «у мужчин», и эта фраза не утратит точности. Я спрашивала у исследователя Брендана Цитша, автора научных статей о женском оргазме, есть ли по этому вопросу хоть какие-то исследования, которые я просто пропустила. Он подтвердил мои результаты – точнее, их отсутствие. Основное внимание в такой литературе уделяется женщинам, которые никогда не достигают оргазма (из-за аноргазмии) или он дается им с трудом (примерно у каждой десятой женщины оргазма не бывает никогда, примерно треть женщин регулярно испытывают проблемы с его достижением)^[216].

Лучшее, что может предложить научная литература, – утверждение, что у мужчин не бывает множественных оргазмов, так как после эякуляции они испытывают «латентное состояние возбуждения», или «рефрактерный период». Рефрактерный период у мужчин может продолжаться от нескольких минут (у подростков) до нескольких дней (у мужчин старшего возраста), но его причины остаются неясными. Если рассматривать это

явление с позиций мозга, после эякуляции уровень пролактина повышается, уровни дофамина и тестостерона резко падают, угнетая сексуальное желание и возбуждение. Согласно одной гипотезе, при этом сперма успевает выработаться вновь, вдобавок предотвращается вытеснение ранее извергнутой спермы. Возможно, это явление также служит мужчинам защитой от избыточной стимуляции пениса, приводящей к раздражению, и помогает избежать физического истощения. Такого же рефрактерного периода у женщин предположительно не существует. Везет нам!

Один опрос, проведенный финскими учеными, дает представление о характеристиках мультиоргастичных женщин [\[217\]](#).

- Примерно каждая десятая женщина при последнем половом акте испытывала два оргазма или более.
- Женщины с регулярными множественными оргазмами считают достижение пика удовольствия в сексе очень важным.
- Мультиоргастичные женщины демонстрировали выраженный интерес к сексу, часто проявляли сексуальную инициативу, регулярно использовали секс-игрушки и ежедневно совершали половой акт.
- Мультиоргастичные женщины достигали частых оргазмов с одинаковой легкостью, как мастурбируя, так и занимаясь сексом.

Авторы не смогли ответить, получали ли эти женщины удовольствие от секса благодаря мультиоргастичности или, наоборот, их сексуальный аппетит разжег чрезвычайно позитивный опыт.

Женский оргазм – просто счастливая случайность?

В отличие от мужского оргазма, вознаграждающего за выделение спермы, женский – необязателен для зачатия. Так почему мы вообще его испытываем?

Те, кто задается подобными вопросами, делают многочисленные предположения. Элизабет Ллойд насчитала 21 такую теорию. Изучая их, она написала целую книгу – «Случай женского оргазма: перекося в науке об эволюции» (The case of the female orgasm: bias in the science of evolution). Некоторые теории рассматривают женский оргазм как эволюционную адаптацию, необходимую, чтобы способствовать образованию пар. Когда мы достигаем оргазма, концентрация возбуждающих нейромедиаторов в теле и мозге возрастает, вызывая ощущения связи и эмоциональной близости. Если благодаря партнеру у вас возникают приятные чувства, вы с большей вероятностью останетесь вместе и вырастите потомство^[218].

Еще одна научная школа предполагает, что во время оргазма шейка матки ритмично окунается в сперму (видимо, уже выделенную) и втягивает сперму в матку, тем самым повышая вероятность зачатия. Эту «теорию всасывания» (название придумано авторами, а не мной) активно изучали с применением различных технологий, в том числе крошечных камер, установленных на человеческом пенисе. Но результаты оказались противоречивыми. В одном недавнем исследовании выяснилось, что при оргазме у женщин наблюдается значительная разница в удержании семени во влагалище, но с улучшением фертильности она оказалась не связанной^[219].

В настоящее время преобладает теория «счастливой случайности». Она рассматривает оргазм как побочный продукт (или потрясающий бонус, в зависимости от того, как посмотреть) раннего эмбрионального развития, при котором из одной и той же ткани возникают мужские и женские гениталии. Кое-кто сравнивает клитор с крошечным рудиментарным пенисом, который обеспечивает женщинам оргазмы только потому, что они

необходимы мужчинам для достижения репродуктивного успеха. Другими словами, мы достигаем оргазма автоматически (а может, по воле судьбы)[\[220\]](#).

Можно ли стать зависимыми от любви?

Ученые, исследующие любовь, полагают, что симптомы влюбленности и зависимости очень схожи. Только что влюбившиеся люди, подобно всем зависимым, жаждут своих возлюбленных (пристрастие); они испытывают прилив оживления, когда видят возлюбленного или думают о нем или о ней (эйфория/интоксикация), и стремятся со временем взаимодействовать с возлюбленными все чаще (толерантность). Затем, если отношения не ладятся, у влюбленных, как и у зависимых, появляются общие признаки абстиненции: слезливость, вялость, тревожность, бессонница и т. д. «Как большинство наркозависимых, отвергнутые влюбленные часто прибегают к крайностям, иногда даже совершают унижающие достоинство или физические опасные действия, чтобы вернуть любимых», – говорит Хелен Фишер^[221], ^[222].

Вещества, вызывающие зависимость, перехватывают управление дофаминовыми путями, участвующими в мотивации. Часто называемый «молекулой удовольствия» дофамин способствует скорее желанию, чем предпочтению. Фишер полагает, что, каким бы ни был раздражитель, наш мозг привыкает к повышенному уровню дофамина, вот почему экстаз ранних стадий романтической любви не сохраняется навсегда. Когда без предпочтения желание затухает, человек бросается на поиски очередных удовольствий. В исследованиях Фишер с участием людей, которые по прошествии десятилетий по-прежнему были вместе и счастливы в любви, в истинном предпочтении оказывалась задействованной вторая нейронная сеть. Эта сеть ассоциируется с привязанностью, эмпатией и эмоциональной регуляцией. Оказывается, преданные и любящие партнеры не только продолжают желать, но и отдавать предпочтение друг другу^[223].

Окситоцин – одна молекула любви и уз для всех нас?

Утверждать, что мы социальные животные, – значит прибегать к расхожему штампу, но с самого момента рождения мы действительно связаны с другими людьми. «Любовь – глубоко биологическое явление, – пишут супруги и соавторы Сью Картер и Стивен Порджес в журнале *EMBO Reports*. – Она пронизывает все сферы нашей жизни и служит источником вдохновения для бесчисленных произведений искусства. Кроме того, любовь оказывает огромное влияние на наше психическое и физическое состояние»^[224].

Пристально изучая биохимию любви, биологи снова и снова возвращаются к молекуле одного и того же вещества – окситоцина.

Еще совсем недавно он вызывал у нас интерес своим формальным участием в родах и лактации. Окситоцин – это нейропептид (маленький белок, с помощью которого осуществляется коммуникация нейронов). Изначально его удалось выделить из растертого в кашу гипофиза. В начале XX века британский фармаколог Генри Дейл обнаружил, что можно ускорить роды у беременных кошек путем введения им такого гипофиза. Через пару лет «гормон быстрого деторождения» Дейла уже назначали женщинам при родах. Синтетический окситоцин до сих пор используется в родильных палатах.

Окситоцин вырабатывается во время родов и также вызывает сокращения гладкой мускулатуры, отвечающие за прилив молока во время грудного вскармливания. Окситоцин и гормон простагландин отвечают за сокращения матки на третьей стадии родов, когда выталкивается плацента. Именно по этой причине новорожденных прикладывают к груди сразу после появления на свет: выброс окситоцина при сосании провоцирует сокращение и сжатие матки и ослабляет послеродовое кровотечение. Очень удобно: окситоцин

заставляет матерей кормить своих малышей и держать их при себе.

Влияние окситоцина на узы между матерью и ребенком в полной мере наблюдается у грызунов. Обычно крыс-мать всячески оберегает свое потомство и демонстрирует стереотипное материнское поведение: следит, чтобы все крысята находились поближе друг к другу, прикрывает их собой, вылизывает, вьет гнездо, а если кто-то из детенышей отбивается от остальных, спешит подтащить его обратно к выводку. Нейроэндокринологи обнаружили, что впрыскивание окситоцина в мозг девственных крыс заставляет их вести себя по отношению к приемным крысятам подобно любящим матерям^[225].

Если это окситоцин побудил меня целовать и обнимать моих мальчиков после мучительных и утомительных родов, он заслужил мое всяческое уважение.

Окситоцин: что мы узнали у моногамной прерийной полевки

Окситоцин не только укрепляет узы между матерью и ребенком, но и эмоционально объединяет мужчину и женщину после секса (предположительно чаще это происходит после оргазма).

Многое из того, что нам известно об окситоцине и образовании пар, мы узнали благодаря прерийной полевке. Эти зверюшки стали подарком для ученых, исследующих окситоцин, потому что в отличие от большинства грызунов, известных своей склонностью к промискуитету, прерийные полевки моногамны и образуют пары на всю жизнь. Сью Картер, светило в сфере исследований окситоцина, посвятила себя изучению прерийных полевок. Она обнаружила, что в основе преданности у грызунов – окситоцин вместе с еще одним нейропептидом, вазопрессином.

Окситоцин и вазопрессин синтезируются нейронами гипоталамуса. Затем эти два нейропептида транспортируются по аксонам непосредственно в гипофиз,

где упаковываются в пузырьки и хранятся для выброса в кровь, как гормоны. Окситоцин и вазопрессин также выступают в роли нейромедиаторов. Окситоцин- и вазопрессинсодержащие нейроны ведут от гипоталамуса к участкам мозга, участвующим в обработке социальной и эмоциональной информации, – таким как миндалевидное тело, гиппокамп и прилежащее ядро.

Во время совокупления происходит выброс окситоцина и вазопрессина. Они снижают страх и тревожность, уменьшая активность миндалевидного тела – ключевой области в нейронной сети страха в мозге, – и усиливают призывное поведение. Окситоцин в особенности снижает естественное сопротивление сближению с другими, характерное для большинства животных, и облегчает так называемое «поведение приближения». Без лишних объяснений ясно: чтобы произвести потомство, необходимо весьма тесно сблизиться с другим представителем того же вида.

По сравнению с их промискуитетными родственниками у прерийных полевок выше уровень окситоцина и больше рецепторов для этого нейропептида в мозге. Если выработка окситоцина блокирована, зверьки действуют как типичные грызуны – с мимолетными эпизодами спаривания, а не образуют пару с одним партнером на всю жизнь. Нашлись талантливые ученые, которым удалось путем генетических манипуляций уподобить выработку окситоцина в мозге обычных мышей выработке его у полевок, в итоге поведение мышей стало в большей мере напоминать поведение их моногамных родственников.

Действуя сообща с уймой нейрохимических веществ, окситоцин участвует в поразительном множестве видов социального поведения и физиологических процессов. Вот далеко не полный список его действий.

- Подавляет гормоны стресса кортизол и норадреналин, замедляет пульс.
- Способствует родительским заботам.

- Снижает интенсивность стресса у детенышей, разлученных с матерью.
- Снижает тревожность и депрессию посредством эстрогеновых сигналов.
- Важен для развития сердца плода, защищает взрослых от болезней сердца.
- Ускоряет нейрогенез у взрослых особей (грызунов) [\[226\]](#), [\[227\]](#), [\[228\]](#).

Глядя на этот список, легко понять, почему нас так взволновал потенциал для человека, заключенный в одной крошечной молекуле (или двух, если учитывать вазопрессин). Однако, подобно всем сигнальным системам, соединяющим тело и мозг, окситоцин и вазопрессин способны оказывать влияние лишь в случае «присоединения» к своим рецепторам. Как и все прочие рецепторы, окситоциновые и вазопрессиновые рецепторы регулируются генами, гормонами, эпигенетическими факторами и жизненным опытом. Все никогда не бывает так просто, как нам хотелось бы.

Социальная поддержка служит буфером для стресса благодаря окситоцину

В своей TED-лекции «Как подружиться со стрессом» психолог Келли Макгонигал предполагает, что окситоцин вызывает у нас желание делиться чувствами в состоянии стресса. «Когда жить становится трудно, наша стрессовая реакция подталкивает нас к людям, которым мы небезразличны», – говорит она^[229].

Мы обращались к концепции социальной буферизации на протяжении всей этой книги: она наблюдается не только в отношениях матери и младенца, но и в отношениях взрослых людей. Мы постоянно убеждались, что социальная поддержка и любовь служат прививкой от стресса. Возможно, недостающее звено в этой цепи – окситоцин.

Оказывается, выброс окситоцина происходит не только в ответ на позитивное социальное взаимодействие, но и на крайне стрессовый опыт (ну, по крайней мере у грызунов – мы еще не знаем, наблюдается ли то же явление у людей). Окситоцин воздействует на ось ГГН и иммунную систему. И у людей, и у животных инъекции окситоцина снижают уровень кортизола в крови. «Защитные эффекты позитивной социальности, по-видимому, зависят от того же коктейля гормонов, который разносит биологическое сообщение о «любви» по всему организму, – пишет Сью Картер. – Те же молекулы, которые позволяют нам любить и быть любимыми, связывают нашу потребность в других людях со здоровьем и самочувствием»^[230].

Одновременно с физиологическим влиянием на нашу стрессовую реакцию окситоцин противодействует стрессу, побуждая нас искать поддержку, что, в свою очередь, еще больше повышает уровень окситоцина. Предполагается, что особо прочные эмоциональные узы, формирующиеся между людьми в периоды мощного стрессового воздействия, объясняются влиянием окситоцина, особенно

когда от наличия и поддержку окружающих зависит выживание.

Как говорит Макгонигал, «решив наладить контакт с окружающими в условиях стресса, можно создать психологическую устойчивость».

Окситоцин – новое приворотное зелье?

Разобраться в том, какую роль играет окситоцин в жизни людей, явно гораздо сложнее, чем выявить его роль в жизни прерийных полевок. Окситоцин отнюдь не молекулярный *эквивалент* любви – просто один важный компонент нейрохимической системы, позволяющей нам эмоционально реагировать на окружающих.

Несмотря на всю осторожность биологов, во всем мире окситоцин заслужил репутацию молекулы любви и объятий, доверия, близости и объединения людей. Быстрый поиск в интернете подтверждает этот его потенциал. «Окситоцин: может ли “гормон доверия” вновь сплотить наш беспокойный мир?» – вопрошает один заголовок. «Молекула морали: как окситоцин может в корне изменить вашу организацию», – зазывает другой. Недавно мне попала статья, в которой объяснялось, почему мой кокер-спаниель излишне дружелюбный и приставучий – всё из-за окситоцина.

В одном классическом исследовании, отчет о котором опубликовал журнал Nature в 2005 году, выяснилось: люди, которым давали понюхать окситоцин, охотнее доверяли крупные суммы денег незнакомцам в ролевой инвестиционной игре. Авторы сделали вывод (пожалуй, преувеличивая), что окситоцин играет ключевую роль в доверии и нормальном функционировании человеческого общества и «вносит вклад в экономический, политический и социальный успех»^[231]. Нейробиолог Антонио Дамасио усмотрел в этом пугающую перспективу: как бы политиканы не начали щедро распылять окситоцин во время своих предвыборных митингов, ознакомившись с этой работой. Не торопитесь ужасаться: пять дальнейших

исследований не сумели воспроизвести результаты проведенного в 2005 году^[232].

Шумиха вокруг окситоцина привела к тому, что в интернет-магазинах появились красиво упакованные стеклянные флакончики со спреями: «Коннект» в голубых тонах для него, «Аттракт» в розовых – для нее. «Лучше вместе!»

Как вы наверняка догадались, подобный маркетинг заставляет нейроэндокринологов всего мира в отчаянии биться лбами о лабораторные столы.

Одна из проблем со всеми исследованиями на людях – в том, что мы не знаем, поступает ли в мозг окситоцин, получаемый в виде спрея для носа. И если да, достигает ли он окситоциновых рецепторов. Нам известно, что нейропептиды способны перемещаться лишь в одном направлении – от мозга в тело, но не наоборот. В отличие от жирорастворимых гормонов, таких как эстроген или тестостерон, окситоцин и вазопрессин не пересекают гематоэнцефалический барьер между кровеносной и нервной системой. Некоторые утверждают, что назальные спреи преодолевают эту преграду, другие возражают, что убедительных свидетельств у нас нет^[233].

Природный окситоцин оказывает также неожиданно негативное эмоциональное влияние. У женщин, кормящих грудью, проявляется «эффект мамы-медведицы»: в случае угрозы они становятся агрессивнее. Окситоцин усиливает зависть, злорадство и гнев, которые, если уж говорить начистоту, относятся к поведению приближения. Гнев сосредотачивает наше внимание на объекте гнева, как и зависть. Одной любовью и обнимашками действие окситоцина не исчерпывается: даже у «молекулы любви» есть темная, аморальная сторона^[234].

Картер и другие особенно озабочены сообщениями о предпринимающихся попытках лечить аутизм у детей и шизофрению у взрослых окситоцином с нарушением инструкции по применению. Мы не располагаем данными

о том, что уровень окситоцина влияет на аутизм или шизофрению^[235].

«Пока мы не понимаем, как действует этот гормон, и не имеем достаточно информации о том, что произойдет при его неоднократном применении, – говорит Картер в интервью Nature. – Но это не та молекула, которая подходит для развлечений или самолечения»^[236].

На нашей свадьбе мы с мужем танцевали под песню Tender группы Blur. В этой песне говорится о том, что любовь – величайшее, что у нас есть. Любовь и вправду прекрасна, сложна, таинственна – и гораздо более великолепна, нежели одна молекула.

8

Беременность и материнство

Материнство – начало одной из величайших в жизни историй любви. Оно выверяет наш маршрут и корректирует всю жизнь.

Эту книгу я посвятила своим сыновьям Гарри и Джейми не просто так. Да, я понимаю, насколько шаблонно это выражение. Но, когда я стала их матерью, изменилось все. С появлением детей осколки моего прежнего опыта взлетели на воздух. Потом эти осколки снова сложились, но мое тело, взгляды на жизнь, ощущение своего «я» и эмоции так и не стали прежними. Я произвела на свет не только двух чудесных мальчиков, но и сама переродилась – как новая личность и мать.

Мой опыт не уникален. И для других матерей это одно из самых решительных преобразований в нашей женской жизни. Вместе с родительскими обязанностями ко многим из нас явились личностные изменения и противоречивые чувства: любовь, стремление оберегать, радость, заботливость, усталость, замешательство, гнев и апатия.

Во время беременности целый коктейль из гормонов готовит наше тело к родам и грудному вскармливанию. У нас вырастает совершенно новый орган – плацента, обеспечивающий ребенка питательными веществами и ограждающий его от потрясений. Метаболизм перестраивается с таким расчетом, чтобы запасть энергию для развития плода и лактации. Грудь вырастает, чтобы можно было кормить. Когда появляется ребенок, в наших глазах он настолько неотразим, что полностью поглощает наше внимание. Большую часть времени мы ласкаем его, обнимаем, кормим, смотрим на него, дышим его запахом. Все это так называемое материнское поведение необходимо для выживания нашего новорожденного.

Тот же коктейль гормонов вызывает кардинальные изменения в архитектуре мозга, особенно структур, связанных с социальной когнитивной деятельностью и эмоциями. Эти изменения мозга сохраняются надолго, перемены в мозге и поведении матерей прослеживаются на протяжении всей жизни.

Итак, вот новый способ воспринимать беременность – как изменения в нашем теле, предназначенные для того, чтобы мы успешно выносили ребенка, и изменения в нашем мозге, предназначенные для того, чтобы подготовить нас к социальным и эмоциональным трудностям материнства.

Ранее мы говорили в основном о том, как родительское внимание влияет на развитие ребенка, а теперь посмотрим на то же явление с другой стороны, выясним, как дети оказывают существенное влияние на мозг их матери. Хотя мать-природа и является движущей силой во время беременности, после родов на первый план выходит опыт среды. Материнское поведение – отчасти продукт нейронных сетей материнского мозга, подготовленного гормонами беременности и деторождения. Однако это поведение совершенствуется и подкрепляется самим родительским опытом.

На следующих страницах я проведу для вас экскурсию по беременности, родам и ранним стадиям материнства. Действительно, беременность и материнство сопровождаются одними из самых значительных проявлений пластичности, каким подвергается женский мозг за всю жизнь.

Беременность приводит к длительным изменениям женского мозга

Работа, опубликованная в декабре 2016 года в журнале Nature Neuroscience, дала нам первое подробное представление о том, как беременность меняет структуру женского мозга. С помощью МРТ группа ученых под руководством Эльселине Хукзема провела сканирование мозга 25 матерей первенцев – сначала до беременности, затем после нее – и сравнила их результаты с данными женщин, которые никогда не были беременны^[237].

Беременность ассоциировалась с выраженной и длительной «усадкой» серого вещества в тех областях коры, что связаны с социальной когнитивной деятельностью, эмпатией и «теорией сознания». Гиппокамп – область, имеющая отношение к памяти, – также потерял в объеме.

Изменения в сером веществе, вызванные беременностью, были какими угодно, только не малозаметными. Примечательно, что компьютерная программа смогла автоматически определять, была ли женщина беременна или нет, по одним только снимкам ее мозга.

Некоторые из этих изменений мозга были длительными. Через два года после первого сканирования 11 женщин, не забеременевших во второй раз, пригласили на еще одно сканирование мозга. У каждой из них кортикальные изменения сохранились, а гиппокамп восстановил прежний объем.

В некотором смысле эти пластические изменения не отличаются от наблюдаемых в подростковом возрасте, когда пубертатные гормоны провоцируют уменьшение толщины ПФК. Вполне возможно, что схожий процесс оптимизации и специализации социального мозга происходит и во время беременности. Как упоминается в главах 2 и 5, *потеря* объема серым веществом отражает

сокращение синапсов и «функциональное упорядочивание» сетей, а не дегенерацию.

Поскольку изменения серого вещества наблюдаются в областях, ассоциирующихся с сетями «теории сознания», Хукзема провела ряд тестов, чтобы выяснить, связаны ли эти изменения с реальными жизненными навыками. Сначала в опросе она выясняла степень материнской привязанности. Использовались такие утверждения: «Я бы назвала свои чувства к ребенку...» (с вариантами ответов «неприятнь» или «глубокая привязанность») или «Когда мне приходится расставаться с ребенком, я обычно чувствую...» (ответы «грусть» или «облегчение») и т. д. Чем прочнее связь между матерью и ребенком, тем больше пластичность серого вещества.

«Теория сознания» связана со способностью распознавать лица и эмоции. С помощью фМРТ ученые наблюдали за тем, как мозг матерей реагирует на фотографии их собственных или чужих детей. Когда женщины смотрели на снимки своих младенцев, наиболее нейронная активность фиксировалась в областях мозга, которые стали тоньше во время беременности. Снимки чужих детей на деятельность нейронов не влияли. Эти результаты подтвердили гипотезу о том, что пластичность мозга проявляется в областях, связанных с социальными когнитивными функциями, эмпатией и «теорией сознания».

Гиппокамп грызунов – одна из немногих областей мозга, где проходит нейрогенез во взрослом возрасте. Во время беременности и лактации нейрогенез замедляется, затем возобновляется после прекращения грудного вскармливания. Подобным процессом может объясняться сморщивание и последующее восстановление гиппокампа у женщин. Поскольку гиппокамп задействован в памяти, исследователи предположили, что потеря серого вещества может иметь отношение к проблемам памяти, о которых некоторые женщины сообщают во время беременности (в обиходе эти проблемы называют «материнством головного мозга» или «мамнезией»). Поэтому Хукзема провела ряд тестов на вербальную и кратковременную память, чтобы

выяснить, действительно ли ухудшение памяти у женщин вызвано «усадкой» гиппокампа. Однако изменения памяти во время беременности и после нее не обнаружались.

Когда человек впервые становится родителем, это интенсивный и всеохватный процесс. Напрашивается вопрос: что именно манипулирует структурой мозга – беременность и роды или же опыт заботы о малыше? Группа ученых провела тесты на влияние родительских обязанностей в сравнении с влиянием беременности довольно оригинальным способом: сканировала мозг *мужчин*, готовящихся впервые стать отцами, до и после беременности их жен. Никаких изменений в структуре мозга испытуемых, когда у тех родились дети, не обнаружилось. Это явно указывало: изменения женского мозга обусловлены не родительскими обязанностями, а беременностью.

Одно из достоинств этого исследования – в методичности, с которой действовали ученые. Если вам любопытно узнать, как повлияли на структуру мозга особенности зачатия, родов и вскармливания (все мы неравнодушны к исследованиям, касающимся нас лично), вот еще несколько подробностей. Из 25 женщин (средний возраст – 34 года) 9 забеременели естественным образом, 16 – с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Различие между естественным зачатием и зачатием с ВРТ никак не отразилось на структуре мозга. 10 женщин родили мальчиков, 11 – девочек, четыре – близнецов (две – разнополых, одна – мальчиков, одна – девочек). Пол младенцев никак не влиял на состояние мозга матери. 8 женщинам сделали операцию кесарева сечения, 17 родили естественным путем. Особенности родов не повлияли на мозг. И наконец, большинство женщин кормили исключительно грудью, две – грудным молоком и смесью, а четыре – только смесью (кормили всех детей!). Способ кормления никак не отразился на структуре мозга женщин.

Важное замечание: это исследование не подразумевает, что у отцов или нерожавших матерей нет «родительских цепочек в мозге» или «теории сознания», и уж конечно не

дает отцам никакого права отлынивать от родительских обязанностей! Однако нам не нужна нейробиология, чтобы подтвердить или опровергнуть этот факт. Для организации и регулирования нормального развития мозга младенцам требуется теплая, надежная привязанность по крайней мере к одному родителю. Ясно, что биологическая мать – не единственный взрослый человек, способный на такую опеку.

Так что же все-таки формирует мозг женщины, пока она ждет ребенка?

Хукзема и ее коллеги предположили, что это «ни с чем не сравнимые приливы стероидных половых гормонов, влиянию которых женщина подвергается во время беременности». Резкие колебания уровней эстрогена, прогестерона, пролактина, окситоцина и кортизола могут стимулировать сокращение синапсов, глиогенез или миелинизацию. Однако разрешения МРТ недостаточно, чтобы сообщить нам такие подробности. Вместо этого нам приходится сосредоточить внимание на мозге беременных грызунов.

Мозг беременных грызунов

Естественно, самки грызунов не читают книг об ожидании ребенка. Значит, изменения в мышлении, чувствах и поведении этих будущих мам обусловлены исключительно биологией. Келли Ламберт и Крэг Кингсли, изучающие нейробиологию поведения родителей, утверждают: «Материнский мозг – одновременно и мишень для эндокринного цунами, сопровождающего беременность, и венец тысячелетних процессов естественного отбора».

Для грызунов беременность и материнство тоже меняют все. После родов прежде недружелюбные и отчужденные самки крыс становятся заботливыми кормящими мамами в гнезде с выводком крысят. Поскольку они не могут позволить себе роскошь учиться быть родителями, гормонам беременности приходится готовить их мозг к материнской роли. При родах крысята и материнское поведение появляются одновременно, и в следующие дни то же материнское поведение подкрепляется опытом – видом, запахом и звуками самих крысят.

Материнство делает крыс сообразительными. Они превосходят своих бездетных товарок в обучении, памяти, добывании пищи и хищничестве. Они смелее, менее подвержены тревожности и стрессу, но более агрессивны в случае угрозы для выводка. После того как самки заканчивают выкармливать детенышей и их гнезда пустеют, приобретенная сообразительность сохраняется у них на всю жизнь. У крыс старшего возраста, перенесших множественные беременности, лучше память и меньше признаков старения мозга, чем у девственных самок^[238].

Формирование материнского поведения и превосходящих когнитивных способностей у грызунов почти в точности отображается на так называемой материнской цепочке, центр которой – медиальная преоптическая область (МПОО) гипоталамуса. Во время родов внезапный прилив окситоцина действует на

рецепторы МПОО, обеспечивая возникновение материнского поведения одновременно с появлением детенышей. МПОО связана с областями мозга, участвующими в вознаграждении и мотивации, которые используют нейромедиатор «хороших ощущений», дофамин (вероятно, указывая, что материнство является наградой или должно ею быть).

Гиппокамп, жизненно важный для формирования памяти, регулирования настроения и ориентации, а также обонятельные луковицы, необходимые для обоняния, также пластично трансформируются во время беременности, родов и лактации. В том числе меняются число нейронов, нейрохимия и экспрессия генов^[239].

Еще один тип пластичности относится к дендритным шипикам – крохотным выростам на дендритах, из которых образуются синапсы. Рост и потеря шипиков отражает формирование и ликвидацию синапсов. Во время беременности шипики разрастаются, как будто гормональный фон служит для них удобрением. Эстроген – мощный модулятор динамики шипиков; обычно чем больше доступно эстрогена, тем больше вырастает шипиков.

Действительно ли у матерей человеческого вида такие же материнские цепочки в мозге, как у других млекопитающих?

Мы полагаем, что да. Например, сканирование мозга только что родивших женщин, слушающих крики их младенцев, показало активацию гипоталамуса и цепочек вознаграждения. Хукзема доказала, что гиппокамп матерей человеческого вида меняет размеры во время беременности. Однако между людьми и другими животными есть большая разница: вовлеченность нашего социального мозга.

Как говорится, «ничто в биологии не имеет смысла, кроме как в свете эволюции», и пластичность мозга матерей-грызунов играет ключевую роль, так как выживание детенышей всецело зависит от способности их матери добывать пищу. Люди эволюционировали под

действием совсем других факторов, для молодой матери человеческого вида умение добывать корм является менее важным навыком выживания. Традиционно мы жили большими семейными группами и растили детей под бдительным присмотром более опытных матерей и бабушек. Отцы, родные и двоюродные братья добывали еду и охотились, другие кормящие матери могли поделиться грудным молоком. Это наследие «аллопарентинга» стимулировало эволюцию нашего социального мозга и, как считается, способствует пластичности и оптимизации социальных нейронных сетей мозга во время беременности^[240].

В поисках материала для этого раздела книги я провела уйму времени за чтением блогов, статей и книг по теме материнства (конечно, не последнее место отдавая своему собственному опыту женщины и матери). Одна из тем всплывала постоянно в качестве стержня материнского самочувствия – любовь и социальные связи. Часто можно услышать, что «нужна деревня, чтобы вырастить ребенка», а эта «деревня» отсутствует в жизни множества современных женщин. Полагаю, для некоторых из нас материнство – такая же одиночная деятельность, как для только что родившей самки грызуна^[241].

Ваш мозг в ожидании ребенка и гормоны беременности

Когда мы впервые упомянули о плаценте в главе 1, я объяснила, что этот удивительный орган играет роль барьера между матерью и ее ребенком, перемещая кислород, углекислый газ, питательные вещества и отходы, а также служит буфером, избирательно оберегая ребенка от как можно большего количества гормонов его матери и стрессовых факторов окружающей среды. Плацента также действует как гигантская железа, управляя переходом к материнству^[242].

Сразу же после имплантации бластоциста (оплодотворенная яйцеклетка) начинает вырабатывать ХГЧ (тот самый, что дает долгожданную или пугающую тонкую голубую линию на положительном тесте на беременность). На самых ранних стадиях беременности ХГЧ поддерживает желтое тело, которое развивается в яичнике из лопнувшего фолликула. Несмотря на то что точные причины утренней тошноты 70–80 % женщин в первом триместре беременности неизвестны, обычно в этом винят ХГЧ.

Подчиняясь непосредственно плоду и плаценте, желтое тело вырабатывает прогестерон – его название буквально означает «гормон для беременности». Помимо всего прочего, он подавляет способность матки сокращаться, таким образом препятствуя преждевременным родам. Он же подавляет фертильность, не давая образоваться множественным и не совпадающим по времени беременностям (представляете себе такое?).

По прошествии нескольких месяцев, когда яичники уже не могут удовлетворять эндокринные потребности, выработку прогестерона и эстрогена берет на себя плацента. Обычно уровень прогестерона и эстрогена яичников поддерживается при помощи обратной связи оси ГГЯ. Однако для плаценты таких ограничений не

предусмотрено, поэтому она наводняет материнский организм гормонами.

При беременности уровень прогестерона повышается в 10–15 раз, а уровень эстрогена – в тысячу, превышая *суммарное* воздействие эстрогена на протяжении всей небеременной жизни. «Плод и плацента делают громкое и согласованное эндокринное заявление, что они появились и это надолго», – комментирует один нейроэндокринолог^[243].

Наряду с половыми гормонами в крови повышается уровень нейропептидов (коротких белковых молекул, действующих в мозге), в том числе двух ключевых молекул материнства: пролактина и окситоцина. Вырабатываются и прочие многочисленные «второстепенные» плацентарные гормоны и молекулы, среди которых гормон роста, кисс-пептин, серотонин и релаксин. Чтобы эта глава не разрослась, я сосредоточусь на тех, что максимально влияют на женский мозг.

Пролактин – главный гормон беременности и материнства

Пролактину недостает пиара и внимания в газетных заголовках, какого удостоивается его симпатичный родственник окситоцин. Тем не менее пролактин не имеет себе равных по диапазону биологических ролей. Вначале его обнаружили и назвали в связи со способностью вызывать выработку молока (потому и «про-лактин» – «для лактации»). Затем ученые выявили до 300 его ролей – в основном они связаны с беременностью и материнством^[244].

При работе над этой главой я беседовала с эндокринологом Дейвом Граттаном, профессором Отагского университета в Новой Зеландии. Я познакомилась с ним в 1996 году, когда заканчивала бакалавриат, а он приехал в Отаго, чтобы собрать новую исследовательскую группу. Не отклоняясь от пути, Граттан поначалу работал в Мэрилендском университете и сотрудничал со старейшей исследовательницей развития женского мозга Маргарет Маккарти. Граттан называет пролактин «основополагающим гормоном беременности». По Skype он объяснял мне: «Беременность, лактация и материнство меняют все системы организма и мозга, и, насколько нам известно, во всех этих изменениях участвует пролактин».

Как гормон материнства пролактин в высокой степени эволюционно консервативен. Он ассоциируется с поведением высиживания и строительством гнезд у птиц, а также с поведением, при котором некоторые виды рыб плавниками обеспечивают приток свежей воды к икринкам^[245]. Млекопитающие эволюционировали после рыб и птиц, считалось, что на поздних стадиях эволюции он привлекался к участию только в качестве молекулы лактации.

Когда мы не беременны, пролактин вырабатывает передняя доля гипофиза, но лишь в крохотных

количествах, так как он сам регулирует собственную секрецию. Во время беременности наш поразительно пластичный материнский мозг «отключает» саморегулирующую петлю обратной связи, обеспечивая длительный период высокой выработки пролактина^[246].

Пока ребенок развивается в матке, нам требуются чрезвычайно высокие концентрации пролактина, которые не в состоянии обеспечить один только гипофиз. Поэтому плацента производит свою версию этого же гормона, чтобы пополнять запасы. Плацентарный лактоген идентичен пролактину в молекулярном отношении и легко проходит гематоэнцефалический барьер, чтобы сцепиться с пролактиновыми рецепторами^[247], ^[248].

Пролактин, голод и противостояние позывам есть за двоих

Действие пролактина на себе я ощутила в полной мере в первый семестр первой беременности. Тогда меня одолевал сильный, ненасытный голод, умеряемый только острым отвращением к овощам. Мой звериный аппетит ошеломлял, мною завладело не столько желание есть, сколько потребность *кормить*. Обычно я почти не завтракаю, а тогда легко могла умять пару мисок овсянки с бананом – и все равно к 10 часам утра уже успевала проголодаться. Будь я лабораторной крысой, в записях обо мне сделали бы пометку об «острой гиперфагии».

Пролактин влияет на гормоны, регулирующие наше чувство голода и насыщения. Обычно эти гормоны благоразумно подают сигнал, когда мы голодны, и ставят нас в известность, когда мы насытились. Во время беременности в этих сигналах наблюдается сдвиг, побуждающий нас есть больше: таким способом мать-природа гарантирует поступление достаточного количества питательных веществ для ребенка, энергии для дополнительной метаболической нагрузки нашего организма и появление запасов жира для грудного вскармливания.

Вот тут-то и возникает загвоздка. На ранних стадиях беременности пролактин подает нам сигнал есть больше, сбавить темпы и запастись жиром. Но многие женщины в итоге едят **значительно** больше, чем нужно для удовлетворения этой потребности. Это оборачивается проблемой, потому что некоторые женщины (примерно половина беременных в Австралии и Новой Зеландии) к моменту зачатия уже имеют избыточный вес или страдают ожирением.

На прибавку в весе во время беременности влияет много факторов: масса плаценты, дополнительной крови, околоплодных вод и, конечно, ребенка, а не только жировых отложений. За мной во время беременности наблюдал врач, который считал своим долгом взвешивать пациенток во время каждого визита. Судя по моим показателям перед родами, пролактин достиг своей жиронакопительной цели: больше половины всего прибавленного за беременность веса я набрала до 12-й недели.

Разумеется, вес – не единственный показатель здоровья, но ожирение в момент зачатия или слишком быстрый прирост веса во время беременности повышают риск гестационного диабета, высокого артериального давления, преэклампсии, кесарева сечения и осложнений при родах. У детей, рожденных от матерей с ожирением, выше риск таких проблем со здоровьем, как сердечные болезни и диабет второго типа в более зрелом возрасте [\[249\]](#), [\[250\]](#). Излишняя прибавка часто означает, что сбросить килограммы после родов будет труднее (если вашему весу свойственны «скачки»).

Все мы разные, но для здоровой женщины с «нормальным» весом потребность в лишних калориях в первый триместр беременности можно удовлетворить дополнительной парой кусочков фрукта и половиной стакана молока в день (аналог одного крошечного несытного перекуса, если мы с вами питаемся схожим образом). В международных рекомендациях содержатся конкретные указания для прибавления веса во время

беременности. Но вы вряд ли удивитесь, узнав, что нам не очень удастся им следовать^[251].

Все это означает, что давний совет «ешь за двоих», который имел смысл в прошлом с его скудной едой, сегодня неприемлем. Вместо этого женщинам сейчас советуют сдерживать рост веса при беременности под изменившимся лозунгом: «**Не** ешь за двоих». Лично меня он приводит в замешательство – все равно что порекомендовать «не прислушивайся к своему организму».

Как говорит Граттан, регулирование массы тела, особенно у тех, кто уже имеет лишний вес или ожирение, вынуждает женщин выступать против их биологии. «Вы неизбежно потерпите фиаско, потому что боретесь с внутренним сигналом пролактина: больше есть и сбавить темп, – объяснил эндокринолог. – При этом создается крайне стрессовая ситуация, а нам известно, что избыток стресса вреден при любой беременности».

Беременные женщины (как и все люди) должны иметь право на заботу и советы – обоснованные, сочувственные и не вызывающие чувства вины. Все мы хотим обеспечить оптимальное питание себе и своим малышам. Поэтому ни в коем случае не следует поощрять похудение или диеты во время беременности. Вот почему взвешивание женщин при дородовых посещениях врача снова входит в моду: оно дает возможность обсудить прибавку в весе.

Безусловно, формулировки рекомендаций насчет веса и аппетита в этот период важны не меньше, чем сами советы. Помню, примерно в середине одной из моих беременностей, когда я как журналистка отправилась на медицинскую конференцию, какой-то врач подошел ко мне во время утреннего перерыва на чай со словами: «Вы скорее родите сами, если сейчас откажетесь от этой булочки с заварным кремом». К счастью для него, пролактин также снижает уровень стресса и препятствует тревожности.

Беременные женщины менее активно реагируют на стресс

Как мы узнали в главе 1, девять месяцев, проходящих до нашего рождения, способны определять всю нашу жизнь в целом. Избегать чрезмерных стрессов важно потому, что кортизол предварительно программирует ось ГГН младенца, делая его более активно реагирующим на стресс, предрасположенным к болезням и психическим болезням в зрелом возрасте.

У беременных женщин развиваются встроенные механизмы, ограждающие детей от стресса. В качестве первой линии обороны вся наша ось ГГН притихает, что имеет примечательный побочный эффект: мы становимся менее тревожными и меньше реагируем на внешние стрессовые факторы. Вторая линия обороны – плацента. Она содержит фермент, который преобразует материнский кортизол в инертный стероид. Однако ферментный барьер может пробить инфекция, воспаление или избыточный уровень материнского кортизола.

Поскольку протеин – единственный гормональный сигнал, уровень которого неизменно остается повышенным при беременности, это главный кандидат для успокаивания оси ГГН и для снижения стресса и тревожности.

В одном эксперименте ученые наблюдали, как исследуют лабиринт крысы после впрыскиваний пролактина. Обычно небеременные крысы отличаются высокой тревожностью и не заинтересованы в изучении нового окружения. После пролактина они становились на редкость отважными. Они изучали лабиринт гораздо дольше, чем обычно, и вели себя как их предприимчивые беременные сородичи. В другом эксперименте крысы участвовали в десятиминутном «тесте на плавание». Крысы не любят воду, но хорошо плавают, а тест на плавание – признанный метод оценки тревожности грызунов. Когда крысам давали пролактин, они не

сдавались и не лежали беспомощно в воде – явный признак избыточного стресса, отчаяния и тревожности, – а пытались вскарабкаться на бортики емкости и найти сухое место^[252].

Группа Граттана исследовала потенциал пролактина для снижения тревожности у беременных и лактирующих мышей. Во время стрессового события гипоталамус подает сигналы гипофизу посредством гормона КРГ – кортикотропин-рилизинг-гормона, или кортиколиберина. Группа Граттана выяснила, что пролактин снижает нейронную активность КРГ, эффективно ингибируя женскую ось ГГН целиком^[253]. Считается, что этот эффект сохраняется несколько недель и даже месяцев после рождения, когда ребенок тычется ртом в грудь. Это стимулирует пролактин и снижает реакцию на стресс.

Знаменитый и симпатичный родственник пролактина, окситоцин, определенно снижает стрессовую реакцию, если беременности *нет*. Однако есть много данных, доказывающих, что *во время* беременности происходит то же самое: действие окситоцина включается полностью лишь при первых родовых схватках. Ни эстроген, ни прогестерон не играют доказанной прямой роли в снижении стресса во время беременности. Зато вещество аллопрегнанолон, образующееся из прогестерона, подходит на роль снижающего стресс по всем пунктам. Оно является антистрессовым, антидепрессивным, антитревожным и антиагрессивным, способствует социальности, сексуальности, сну и выполняет нейропротекторную функцию.

Снижение страха, стресса и тревожности во время беременности выглядит ценной адаптивной реакцией. Лучше спокойная и расслабленная будущая мать, чем напряженная, обеспокоенная и страдающая от недосыпания, – разве нет? Но под влиянием мозга во время беременности подавление действия оси ГГН и сниженная реакция на страх могут иметь неожиданные эмоциональные последствия, в том числе рост агрессии, гнева и депрессии. Возникает парадокс. С одной стороны,

у женщины притуплены стрессовые реакции и снижена тревожность. С другой – она более предрасположена к депрессии. Вероятно, это важный намек на то, что в мозге беременной женщины происходит гораздо больше событий, нежели просто передача гормональных сигналов группы «снизу вверх».

«Материнство головного мозга» – это миф?

Когда идея этой книги только родилась, у меня возник вопрос: действительно ли «беременность» – синоним потери памяти, забывчивости, покладистости и неорганизованности? Другими словами, реально ли «материнство головного мозга»?

В этом я всегда сомневалась.

В 2007 году, после пяти лет вялых постдокторантских исследований, я отказалась от лабораторного халата. Решила строить карьеру автора научных публикаций в одном международном агентстве, которое вело просветительскую работу в сфере здравоохранения. Эта динамичная и непростая роль требовала остроты ума, креативности, умения выдерживать сроки (в научных кругах работа движется с черепашьей скоростью, и если дедлайны и существуют, они редко бывают жесткими). Несмотря на девятую неделю беременности и зверский голод в первый рабочий день, я преуспела. Если не считать того случая, когда я чуть не запустила булочкой с кремом в одного врача, мне в голову не приходило, что между состоянием моей матки и моей способностью функционировать в рабочей обстановке есть какая-то связь.

Возможно, вы ждете от меня известия, что «материнство головного мозга» – еще один пункт в длинном списке тем, которыми пренебрегают ученые. А вот и нет! Это явление на редкость хорошо изучено – как на людях, так и на других животных.

Но здесь мы видим любопытный парадокс.

Хотя до трех женщин из каждых четырех сообщают, что они стали более забывчивыми, страдали от «тумана в голове» или недостаточной сосредоточенности во время беременности и в первые годы материнства^[254], основная масса исследований не подтверждает их опыт. В

большинстве работ выяснилось, что беременность и материнство никак не отражаются на памяти. А многие исследователи обнаружили, что беременность *улучшает* когнитивные функции.

Профессор Дейв Граттан даже утверждает, что «материнство головного мозга» – один из самых грандиозных мифов в сфере нейробиологии родительства. «Все свидетельства указывают на обратное, – сказал он. – Беременные люди и животные лучше тех, кто не познал материнства, справляются с задачами на обучение и память как во время беременности, так и после родов». Как он указывает, все химические показатели беременности рассчитаны на остроту ума и хорошее настроение. Мозг беременных буквально залит «гормонами хорошего настроения» окситоцином и пролактином, уровень способствующего когнитивным функциям эстрогена в тысячу раз выше обычного.

Результаты исследования 2014 года, развенчивающего миф о «материнстве головного мозга», появились в *The Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Авторы работы задались целью узнать, как изменились память и внимание во время беременности и родов. Они собрали 42 беременных женщины и предложили им выполнить исчерпывающий набор нейропсихологических тестов. У участниц проверяли вербальную и пространственную память, внимание, языковые навыки, административные способности и настроение. Такое же тестирование повторили через три и шесть месяцев после рождения детей^[255].

С каждым нейропсихологическим тестом, в том числе на память, беременные женщины и матери справлялись так же успешно, как группа сравнения (21 женщина без детей). Было отмечено лишь два значительных отличия двумя группами участниц. Первым оказалось настроение: как и следовало ожидать, беременность и материнство его снижали. Вторым – память по оценкам *самих женщин*. Беременные и матери постоянно утверждали, что у них плохо с памятью или что они «неважно справляются с тестами». Удивительно, но их представления о

собственной плохой памяти сохранялись даже после того, как исследователи предоставили им результаты тестов, доказывающие обратное. «Я поразился, увидев, как прочно в них укоренилась мысль, что их результаты недостаточно хороши», – сказал Майкл Ларсон, ведущий автор исследования.

Результаты такого типа воспроизводились много раз. В одном австралийском исследовании выяснилось: несмотря на убежденность в «материнстве головного мозга», беременные женщины выполняли тесты на память лучше небеременных. «Беременность может давать скорее преимущества в сфере памяти, нежели ее дефицит, а жалобы женщин на функционирование памяти могут быть сделаны под влиянием “ложных ожиданий”», – к такому выводу пришли ученые^[256]. Еще в одном исследовании обнаружилось, что во время беременности изменились не когнитивные навыки, а «представления женщин о себе»^[257].

Так почему же столько беременных женщин утверждают, что у них «материнство головного мозга», если объективное тестирование дает прямо противоположные результаты?

Журналист Кэтрин Эллисон посвятила этому феномену целую книгу «Мамин интеллект. Как рождение детей делает нас умнее»^[258] (The Mommy Brain: How Motherhood Makes Us Smarter). Эллисон объясняет, что эти представления сложились в 1960-х годах, когда женщины массово устраивались на работу^[259]. «В результате этой перемены нас стали разглядывать куда пристальнее – и сами матери теперь гораздо пристрастнее к себе», – пишет она. Эллисон полагает, что мы ссылаемся на «материнство головного мозга», пользуясь им как оправданием, когда нам неизбежно приходится разрываться между несколькими делами или если нам случается хотя бы ненадолго расслабиться. «“Материнство головного мозга” – вот наше *алиби*, когда нам доведется ляпнуть какую-то нелепицу» – и в этой пессимистической убежденности нас поддерживают три подруги из четырех. Миф сохраняется

из-за предвзятого подтверждения: мы избирательно выискиваем доказательства того, что подкрепляет наши культурные ожидания. Нас приучили ожидать забывчивости. Так что, когда мы что-нибудь забываем, у нас уже есть готовое объяснение.

Читая литературу о «материнстве головного мозга», я вспомнила результаты исследований Сары Роменс. Они относятся к культурным убеждениям и стереотипам, связанным с влиянием взлетов и падений уровней гормонов на эмоции, с менструальным циклом и ПМС. По-моему, особое представление о мозге матери – еще одно ожидание, которое мы усвоили, не задаваясь вопросами. Ларсон и его группа также размышляют в своей статье о силе культурных стереотипов и предполагают, что убеждение о «неизбежности» когнитивного спада в случае беременности связано с «представлениями о женщине как об эмоциональном существе, бессильном перед влиянием ее гормонов во время менструального цикла».

И объективности ради: в некоторых исследованиях действительно выявили небольшое снижение памяти или внимания у женщин в третьем триместре беременности. И особенно (и неудивительно) – в первые несколько дней после родов, когда потрясение еще свежо в памяти, а сон достается нелегко. Сон – ключевой фактор для нормальных когнитивных функций. А мы знаем, что в последнем триместре ночи беспокойны. Кортизол, который держит нас в состоянии перевозбуждения, неудобный бугор на животе, ноющие и размягченные от релаксина суставы и нервное ожидание неизбежного финала – все это гарантирует бессонницу, а вслед за ней и забывчивость.

Для баланса рассмотрим несколько альтернативных объяснений этого парадокса, а именно гипотезу, что проблема не в восприятии женщин, а скорее в том, как именно тестировалась память в лабораторных условиях.

Некоторые ученые утверждают, что в таких условиях «материнство головного мозга» или «туман в голове»

просто слишком трудно оценить. В следующей главе мы увидим, что подобный парадокс наблюдается и в случае со сном: хотя женщины жалуются, что отвратительно спят по ночам, при лабораторных исследованиях выясняется, что они спят крепко. Можно предположить, что лабораторные тесты недостаточно выверены. Поэтому они не улавливают малозаметные изменения в когнитивной деятельности, на которые чутко настроены женщины. Возможно, когда усталой беременной женщине или измотанной молодой маме предлагают тихо посидеть одной в комнате и выполнить структурный тест на запоминание и воспроизведение, этот процесс слишком отличается от необходимости сохранять четкость мышления и сообразительность в повседневной реальной жизни. Может, им так понравилось сидеть в тишине и покое, что они блестяще справились с тестами!

Беременность и материнство, особенно в первый раз, перенаправляют наше внимание внутрь. В 1950-х годах английский педиатр Дональд Винникотт определил рефокусированное внимание как «первоочередную материнскую заботу... состояние обостренной восприимчивости, которую мать направляет на младенца, исключая все остальное». В своем классическом труде «Рождение матери: как опыт материнства меняет вас навсегда» (The birth of a mother: how the motherhood experience changes you forever) Дэниел Стерн и Надя Брушвайлер-Стерн пишут о совершенно новых мысленных установках матерей, которые «заставляют их забыть о предшествующей ментальной жизни и поспешно заняться заполнением центральной стадии своей внутренней жизни, придавая ей совершенно иной облик»^[260].

Возможно, мой опыт делает меня предвзятой, но я согласна с Эллисон и Ларсоном. «Кто-нибудь, узнав об этом, скажет: “А у меня с мышлением все в порядке, хоть я и беременна”. Возможно, это улучшит качество ее жизни, улучшит функционирование – она поверит в себя», – говорит Ларсон. Эллисон заверяет: «И все же на основании изученных мною материалов я берусь

утверждать, что “материнство головного мозга” следует рассматривать не как недостаток, а скорее как преимущество на пути к жизненной цели “стать умнее”». Только представьте: что, если бы исследования подтвердили культурный миф и использовались для дискриминации беременных женщин и матерей на работе! Давайте окажем себе добрую услугу и перепишем историю.

Обязательны ли родовые муки для умственной науки?

Мой второй сын обожает слушать рассказы о своем появлении на свет. Подозреваю, дело в том, что в этом процессе сыграл эпизодическую роль Беар Гриллс. От подробностей я вас избавлю, но однажды вечером, когда я ела ньокки с зеленым песто и смотрела, как Беар черт знает что творит под открытым небом, переправляясь на бревнах через реку, я ощутила укол знакомой боли. «А, да, теперь вспомнила, – сказала я себе. – Мама была права!» Мама всегда говорила мне, что первая же схватка перед родами моей младшей сестры вызвала у нее прилив воспоминаний о том, как родилась я. Большинство женщин оценивают боль при схватках как острую, но со временем воспоминания о ней тускнеют. Однако, как выяснилось, нет лучшего напоминания, чем первые несколько схваток.

Мои вторые роды начались на 10 дней раньше предполагаемой даты, но, как и все беременные, я уже погуглила «советы по ускорению родов» и обнаружила множество полезных идей: карри, ананас, акупунктуру, секс, пощипывание сосков, ходьбу. А мой инструктор по йоге обучил меня «родовызывающей хака» – глубоким приседаниям, притопываниям и резким выдохам. Никто на самом деле не знает, что провоцирует роды. Медицинская наука предлагает столько же вариантов объяснений, как и Google. Многие ученые работают над этим вопросом, особенно над предотвращением преждевременных родов. Момент зависит от сложного взаимодействия матери, ребенка и плаценты. Что требуется, так это изменение баланса: вместо спокойной матки и плотно сомкнутой шейки – сокращающаяся матка и мягко раскрытая шейка. И конечно, ребенок должен достаточно развиться, чтобы выйти в мир.

У каждой женщины свой опыт боли во время схваток. В начале своих первых родов я считала, что они, как и у

моей сестры, пройдут «терпимо». И была поражена, когда мои ожидания не сбылись! Некоторые женщины (как моя сестра) ощущают боль слабее, а у других она вызывает острый стресс (как у меня).

Считается, что «естественные» вагинальные роды приводят к выработке целого каскада гормонов, необходимых, чтобы почувствовать любовь и нежность к ребенку. Любовь – это наша «награда» за родовые муки. Телесный контакт и грудное кормление сразу после родов способствуют этой последовательности. Возможно, вам доводилось слышать, что этот каскад не появляется при кесаревом сечении или применении обезболивающих. Или, как мне на недавней конференции, – что женщины должны «стремиться к боли деторождения». В противном случае они «отрицают свою божественную женственность» и «отвергают свою роль матери». (Выступающий был мужчиной. А я, сидя в дальнем ряду, не поскупилась на пренебрежительное фырканье.)

Рассуждать о сравнительном вкладе событий, сопровождающих роды (природа), и взаимодействия между матерью и младенцем (среда), – все равно что идти по минному полю. Как правило, в ряде исследований имеются ограничения, но гораздо более серьезную проблему я усматриваю в том, что их результаты принимаются на вооружение с той целью, чтобы вызвать чувство вины у матерей, которые по каким-либо причинам родили не так, «как предначертано природой». Например, в одном исследовании сравнивались сделанные с помощью фМРТ снимки матерей, которые рожали естественным путем, и матерей, дети которых появились на свет после кесарева сечения. В первый месяц после рождения ребенка матери из группы естественных родов демонстрировали более выраженную нейронную реакцию на плач их детей по сравнению с матерями, перенесшими кесарево сечение. Однако разница между группами матерей стерлась через три-четыре месяца после родов^[261].

Безусловно, есть данные о том, что кесарево сечение отдаляет телесный контакт и грудное кормление – но лишь

на несколько минут или часов. Несмотря на отдельные случаи краткосрочного эффекта, способ появления младенца на свет не влияет на материнские чувства. Вполне можно испытывать неопределенность по отношению к ребенку после естественных родов и переполняться любовью к нему после кесарева сечения.

Аналогично нет убедительных доказательств того, что эпидуральная анестезия (которую выбрала я) влияет на грудное вскармливание или материнские чувства (на мои не повлияла). Нет ни критического периода, ни потребности в боли, которую должна испытать мать, чтобы ее связь с ребенком окрепла^[262]. И уж конечно появление младенца из вагины не включает мгновенно «режим мамы» у нас в мозге.

Вспоминая прекрасных женщин из нашей группы мамочек, я думаю, что невозможно разделить нас в зависимости от качества наших родительских забот и метода родов – на любящих, родивших естественным путем, и отчужденных, родивших с помощью кесарева (даже предложить такое означало бы увидеть, как все вокруг закатывают глаза, и услышать массу колкостей).

Достаточно сказать, что при всех заботах о схватках, родах и материнской привязанности мать-природу нельзя назвать ни благосклонной, ни милосердной. Сегодня многие женщины находятся в привилегированном положении: они могут не подчиниться ее желаниям. Современная медицина значительно повысила шансы на безопасность матери и новорожденного, на выживание и снижение родовой травмы. А при желании можно перенести схватки без боли.

Беременность и деторождение способны обеспечить нейронный каркас, на котором строится материнское поведение. Но выполнение родительских обязанностей у людей не является гормонозависимым. Это опыт воспитания ребенка стимулирует такие гормоны, как окситоцин и пролактин, без потребности в беременности и родах. Такое явление справедливо для отцов, небологических родителей и других членов семьи.

Именно в процессе воспитания формируется привязанность и крепнет любовь.

Вот почему младенцы плачут

Сразу же после родов животные инстинктивно заботятся о своем потомстве, кормят и защищают его. Как правило, мы делаем то же самое: осыпаем нашего малыша поцелуями, считаем пальчики у него на руках и ногах, вдыхаем восхитительный аромат новорожденного. Мы приходим в восторг, и этот процесс мало чем отличается от влюбленности.

Как я уже упоминала, гормоны беременности не обязательно предназначены для успешной привязанности и родительских обязанностей. Даже девственные крысы способны научиться быть матерями просто путем практики. Одно из классических исследований в этой сфере показало: когда необщительных девственных крыс постоянно держали вместе с чужими крысятами, у крыс постепенно проявлялось материнское поведение. Они перетаскивали крысят в одно место, вылизывали их, вили гнезда, принимали позу для кормления рядом с ними, хотя у них отсутствовала лактация. Потребовалось семь-десять дней «влияния крысят», но при таком опыте нерожавшие «матери» в конце концов научались заботиться о выводке. Дальнейшие исследования показали, что беременность и роды просто сокращают время на формирование заботливого поведения. Родившие матери сразу вели себя как матери, у отцов и нерожавших матерей в конце концов тоже формировалась очень прочная привязанность. Для этого требовалось лишь немного терпения и времени^[263].

Поскольку младенцы рождаются с внутренне присущей им и настоящей биологической потребностью быть любимыми, они ведут себя так, чтобы наверняка получить свое. Прежде чем ребенок научится смотреть вам в глаза, улыбаться или словами давать понять, что не так, самым действенным инструментом коммуникации ему служит плач. Это один из способов, которым новорожденные добиваются реакции от родителя или опекуна.

Все дети плачут. Это необходимо им для выживания.

В сущности, плачут все новорожденные млекопитающие. Многие из них, в том числе люди, издают поразительно похожие звуки – настолько, что на записанный и воспроизведенный плач младенца одного вида прибегают взрослые особи другого вида. В одном исследовании взрослый дикий олень реагировал на плач детенышей сурков, тюленей, кошек, летучих мышей и людей. Когда я давала послушать своему коккер-спаниелю записи, предоставленные авторами работы, он тоже настораживал уши и принимался обнюхивать мой ноутбук^[264]. Согласно теории, все взрослые млекопитающие «запрограммированы реагировать» на детский плач.

Обычно в исследованиях используют фМРТ, чтобы выявить реакцию мозга матери на крик ее ребенка по сравнению с чужим. Почти во всех исследованиях людей области мозга, которые истончились во время беременности, активизировались при звуках детского плача. Примерно в пяти исследованиях оказалось, что отцы тоже реагируют на плач детей. (Кто бы мог подумать!) Исследовательница материнского мозга Рут Фельдман обнаружила, что у матерей в ответ на младенческий плач сильнее активизируется миндалевидное тело, а у отцов – кора головного мозга. Фельдман полагает, что, если гормоны беременности прокладывают уникальный лимбический путь «снизу вверх» к материнству, у отцов родительская забота строится по принципу «сверху вниз» и «снаружи внутрь» вместе с опытом выполнения родительских обязанностей^[265].

Взаимодействие с собственными детьми повышает уровень окситоцина, пролактина, кортизола и даже эстрогена у мужчин. Уровень тестостерона снижается у «практикующих» отцов – либо в ответ на эмпатию и опеку, либо чтобы содействовать этим проявлениям^[266]. Что касается гормонов и родительских обязанностей, трудно разделить причину и следствие. Тем не менее взаимодействие с малышами, по-видимому, модулирует гормоны в организме их отцов и активирует нейронные цепочки таким же образом, как у матерей.

А это ваш мозг во время грудного вскармливания

«Он родился для кормлений, – сразу сказала акушерка о моем первенце, – и эти соски тоже!» За несколько лет я не раз припомнила моему старшенькому эти слова (про его способности, а не мои). Он до сих пор не прочь как следует поест и известен способностью обстоятельно умять восемь или девять злаковых лепешек «уитбикс» – и так каждое утро. Я пыталась было купаться в похвалах, расточаемых моей грудью. Но оказалось, что это не та тема, которую я способна поднять в качестве повода для гордости (хотя эта книга наконец дала мне такую возможность).

Если вы рожали, скорее всего, у окружающих вас людей сложились более близкие, чем обычно, отношения с вашей грудью. Мы ведь как-никак млекопитающие, а определяющая черта всех млекопитающих женского пола – наша способность вырабатывать молоко и кормить свое потомство. Разумеется, грудное вскармливание легко дается не каждой маме и ребенку, поэтому вот вам оговорка: в следующих нескольких абзацах я буду использовать выражение «материнское поведение» как общий термин, в том числе и для лактации. Это не значит, что женщины, которые предпочитают искусственное вскармливание, или не могут кормить грудью, или родители, у которых нет груди, или любые другие любящие и заботливые опекуны ребенка не демонстрируют «материнское поведение». Пусть кормление грудью считается «лучшим» (по утверждению ВОЗ). Но здоровый и счастливый ребенок – это сытый ребенок, и не важно, откуда взялось молоко.

Беременность готовит наш мозг и нашу грудь к материнству. Под влиянием эстрогена и пролактина наши молочные железы увеличиваются, развиваются млечные протоки. Высокие уровни эстрогена и прогестерона препятствуют выработке молока, но рождение плаценты

приводит к резкому падению уровня этих гормонов, в итоге молоко «приходит».

После родов груди и млечные протоки продолжают развиваться, поддержание выработки молока и его выделение остаются под контролем гормонов. Но теперь гормонами управляет ваш младенец. Сосание стимулирует выработку окситоцина, который вызывает сокращение гладкой мускулатуры и выброс молока. Со временем одной мысли о кормлении ребенка оказывается достаточно для ни с чем не сравнимых ощущений истечения. Кроме того, сосание также стимулирует выработку пролактина, а пролактин поддерживает лактацию. Важно то, что окситоцин и пролактин воздействуют на мозг, модулируя поведение, мысли и чувства.

Матери, кормящие грудью, слегка отличаются от нелактирующих родителей в некоторых отношениях. Первые сообщают о более низком уровне стресса и негативного настроения, большей восприимчивости к позитивным эмоциональным сигналам, меньшей восприимчивости к негативным, связанным с угрозами сигналам и к тревожности, – в отличие от матерей, не кормящих грудью^[267]. Снижение тревожности сочетается с изменениями в вариабельности сердечного ритма, снижением артериального давления и снижением кортизоловой реакции на стресс.

Слышали поговорку «Не вставайте между медведицей и медвежатами»? Это справедливо и для матери, кормящей грудью. К одному исследованию ученые привлекли 40 матерей с детьми в возрасте от трех до шести месяцев. Половину детей кормили исключительно грудью. Женщин оценивали по показателям гнева, агрессии и враждебности, в том числе в ходе интервью с психологом и в созданных ситуациях, где исследователь, играющий роль одной из матерей, провоцировал враждебную реакцию во время игры. Матери, кормившие своих детей исключительно грудью, оказались *вдвое* агрессивнее женщин, этого не делавших. У них также наблюдалось пониженное артериальное давление, которое принималось

за показатель сниженного возбуждения и стрессовой реакции^[268].

Когда мать-медведица кидается на непрошеного гостя, ее реакция называется «лактационной агрессией» или «материнской защитой». Как бы нелогично это ни звучало, агрессия – это «поведение приближения». Если базовый уровень стресса и страха у вас низкий, вы становитесь смелее, более способны подойти ближе и посмотреть в лицо кому-либо.

Я отчетливо помню свою первую реакцию матери-медведицы. После рождения моего первенца прошло два дня, медсестра пришла делать ему пяточный тест – безвредный анализ крови, он нужен для проверки на различные генетические заболевания. Как и следовало ожидать, сын закричал, и моя реакция на его боль оказалась мгновенной и животной. Мне пришлось сдерживаться, чтобы не оттолкнуть медсестру и не накрыть ребенка своим телом, оберегая его. Когда медсестра ушла, я расплакалась. Отчасти сочувствуя его боли, но главным образом потому, что до меня дошло: я стала матерью и мое поведение изменилось до неузнаваемости.

Грудное вскармливание и нейронный контроль фертильности

Примерно в одно время с пяточным тестом я добросовестно присутствовала на занятии по послеродовому обучению, которое проводили акушерки больницы. Я опасливо сидела на одной ягодице, когда вдруг, к общему удивлению, акушерка решила поговорить с нами о контрацепции. Вдобавок к обычным методам (таблеткам, внутриматочным средствам, презервативам и т. д.) нам рассказали о МЛА – методе лактационной аменореи. МЛА – естественный способ предохранения, основанный на том, что лактация вызывает аменорею (отсутствие менструации). Таким способом мать-природа дает нам естественную отсрочку возвращения фертильности и делает промежутки между рождением детей более приемлемыми.

А вот и теория, согласно которой в идеале действует МЛА: сосание ребенка стимулирует выработку пролактина. Пролактин блокирует кисс-пептин и ГнРГ (тик-так, тик-так), таким образом подавляя овуляцию. Отсутствие овуляции означает, что нет никаких шансов на встречу яйцеклетки со сперматозоидом (внедрился – и готово!).

У некоторых небеременных или не кормящих грудью людей (мужчин и женщин) вырабатывается слишком много пролактина – в медицине это явление называется гиперпролактинемией. Тот, у кого этого гормона в избытке, становится бесплодным. К распространенным причинам относится один из видов опухолей гипофиза, который вырабатывает чрезмерно много пролактина; в других случаях причина в генетике. У женщин гиперпролактинемия предотвращает овуляцию и менструацию и вызывает infertility, а иногда выработку молока в отсутствие беременности. Некоторые препараты от бесплодия в обход пролактина и кисс-пептина стимулируют выбросы ГнРГ напрямую, и ученые

исследуют потенциал кисс-пептина как средства от бесплодия^[269].

По утверждению ВОЗ, эффективность грудного вскармливания как средства предотвращения беременности – 98 %, но только в случае положительного ответа на три вопроса:

1. У вас случались месячные с тех пор, как родился ребенок?

2. Возраст вашего ребенка – меньше шести месяцев?

3. Вы кормите ребенка по требованию днем и ночью и выдерживаете не больше четырех часов между кормлениями днем и шести часов ночью, не давая в промежутках пустышки и бутылочки с докормом?

Если вы не сумели ответить «да» на все три вопроса, значит, вам нужен альтернативный метод контрацепции (если только вы не планируете еще одну беременность). Некоторые инициаторы, например La Leche League, уверяют: матери, строго придерживающиеся «принципов экологичного грудного вскармливания» и МЛА, в среднем не менструируют на протяжении 14 месяцев. Разумеется, не для всех семей это подходит, поэтому МЛА – не безотказный метод. Мать-природа тоже порой промахивается.

Депрессия и материнство

Беременность и материнство вызвали у меня такое чувство, будто я наконец присоединилась к человеческому роду. Но вместе с тем я уже понятия не имела, кто я такая. Я часто замечала, что эмоциональные трудности материнства у меня вызывал не присмотр за сыновьями, а контроль над собой. Материнство часто рассматривается как естественная и священная роль – вершина блаженства, умиротворенности и самореализации для женщины. Но для многих женщин она ничем подобным не является.

В главе 6 я привела некоторые причины гендерного разрыва в тревожности и депрессии. Перекос статистики обусловлен уникальным женским опытом беременности и материнства. Благодаря нашим эмоциям мы восприимчивы к потребностям ребенка. Но пластичность мозга обходится дорого и усиливает нашу предрасположенность к эмоциональным расстройствам.

Послеродовая депрессия

На моих занятиях по послеродовому обучению основное внимание уделялось первым дням и неделям после родов как периоду особой уязвимости для расстройств настроения. Существует обилие информации по предродовой и послеродовой депрессии, в том числе масса шаблонных советов по профилактике психических заболеваний: обращайся за помощью, правильно питайся, делай зарядку и спи, когда спит ребенок.

Мы часто слышим о послеродовой депрессии (ПРД) и гораздо реже – о депрессии *во время* беременности. Так называемой предродовой депрессией страдает примерно каждая десятая мать. Причины тоски, глубокой подавленности или тревожности во время беременности различны и вместе с тем мало чем отличаются от причин депрессии в другие периоды жизни. Это недостаток социальной поддержки, руминация, стрессовые

жизненные события, мысли о надвигающемся материнстве, а также изменения гормонального фона. Женщины, которые страдали расстройствами настроения до беременности, особенно предрасположены к предродовой депрессии^[270].

Послеродовая депрессия в первые недели, скорее всего, объясняется резкой абстиненцией после снижения уровней гормонов, вырабатываемых плацентой. Это что-то вроде послеродового перехода с «нейромедиаторов и гормонов хорошего настроения» к другим, вызывающим эмоциональный спад. В принципе окситоцин и пролактин при грудном вскармливании и любовь к новорожденному должны служить буфером для сниженного настроения после родов. Но то, что хорошо в теории, не всегда срабатывает на практике!

Дело в том, что материнство не становится как по волшебству легким и радостным занятием после того, как ребенку исполнится год. Скорее наоборот, следующие годы продолжают мало-помалу нас истощать, делать появление расстройств настроения более вероятным, чем в первые месяцы после родов.

Эта концепция подтверждается результатами Австралийского длительного исследования женского здоровья (ALSWH). С 1990-х годов было обследовано 58 тысяч женщин, родившихся в 1920-х, 1950-х и 1970-х. Опросы 9145 женщин из группы 1970-х показали, что матери детей более старшего возраста (старше 12 месяцев) ниже оценивают свое самочувствие и психическое здоровье, чем матери детей младше 12 месяцев^[271]. То есть чем дольше женщины прожили в роли матери, тем больше ухудшалось их психическое здоровье.

Депрессия и мифы о материнстве

Как может материнство, которое преподносят нам как вершину самореализации женщины и самый благодарный жизненный опыт, ассоциироваться с развитием депрессии?

Дэниел Стерн утверждает, что «рождение матери» происходит не вдруг, в один волнующий и судьбоносный момент, а «постепенно возникает из совокупной деятельности многих месяцев, предшествующих реальному рождению ребенка и следующих после него». В некотором смысле мать «рождается психологически так же, как ее ребенок рождается физически», пишет он. «То, что женщина производит на свет мысленно, – не новое человеческое существо, а новая личность и ощущение бытия матери»^[272].

С появлением детей меняются наши приоритеты, наши отношения и личность, которую мы так старательно строили с самого детства. Это преобразование материнства зачастую исполнено глубокой неудовлетворенности, недовольства, вины, стыда и даже двойственности. Лично я заметила, как конфликтуют мои ожидания и мой опыт материнства.

Для изучения этого конфликта между мифами и реальностью профессор Джейн Ашер провела несколько бесед с женщинами, в основном матерями. Возраст их старших детей не превышал одного-трех лет. Ее интересовало, оказалось ли их материнство таким, какого они ожидали. Женщин с детьми этого возраста Ашер выбрала в надежде, что они уже не так поглощены рутинным уходом за ребенком и способны внятно рассуждать о практических и психологических изменениях. Кроме того, эти женщины должны были достаточно четко помнить, как жили до появления детей^[273].

Для всех женщин реальное материнство оказалось «совершенно не таким», как они ожидали. Ашер говорит,

что они разочаровались в двух аспектах. Во-первых, материнство подавляло личность женщины, а не совершенствовало ее. Во-вторых, они обнаружили, что «господствующие общественные дискурсы материнства вводят в заблуждение». Чистая рутина родительских обязанностей показала, что популярный образ «привлекательной, идеально одетой и накрашенной матери со своим счастливым улыбающимся семейством» – это миф. «Материнство не равнялось женственности, как ожидалось, а поглощало ее», – пишет Ашер.

Ашер и другие предположили, что именно это разочарование из-за конфликта между мифом и реальностью вызывает депрессию, особенно если сопровождается другими проблемами и трудностями.

Для меня материнство было практическим примером разрешения конфликта между мифом и реальностью. Я жалею только, что не узнала раньше: мой опыт отнюдь не уникален.

Мама однажды – мама навсегда

Материнство – это отношения, которые гарантированно и безвозвратно меняют нас. Строя жизнь «для нас», а не «для меня», мы узнаем, что в жизненные взлеты и падения, вехи, возможности и риск вовлечены другие люди. Родительские обязанности требуют от нас неоднократного применения таких когнитивных навыков, как планирование, организация, кратковременная память, гибкость, внимание и принятие решений. Мы тренируем и совершенствуем эмпатию, эмоциональную регуляцию и устойчивость. Все свидетельства, полученные с помощью животных, отличных от человека, позволяют предположить, что материнство дает когнитивные преимущества. Матери также живут дольше и лучше защищены от старения мозга. Из последней главы книги вы узнаете: есть данные о связи между материнством, хорошим здоровьем и долголетием.

Шейла Китцингер, известный просветитель по вопросу деторождения и социальный антрополог, пишет: «Да, роды – эффектный финал беременности, но они открывают дверь к совершенно новому опыту и длительному процессу обучения, который не заканчивается никогда, каким бы ни был возраст детей». В ее словах есть логика. Родительство – это процесс (меня так и подмывало назвать его путешествием). На каждой стадии развития нашего ребенка мы сталкиваемся с новыми трудностями. Приходится принимать решения, разбираться с дилеммами, ориентироваться в новых эмоциональных бурях. Совсем как игра для тренировки мозга, родительство подталкивает нас к приобретению более совершенных навыков с каждым новым уровнем.

9

Менопауза

Мои извинения. Я понимаю, что мы одним махом перескочили от материнства к менопаузе, от плодовитости к падению фертильности, причем без перерыва, чтобы успеть порадоваться зрелому возрасту. (На всякий случай: я подумывала вставить сюда главу про психическое здоровье, но этот вариант показался мне слишком тягостным.) Работая над этой главой, я нехотя отнесла саму себя к ранним стадиям «середины жизни», которую стала воспринимать как «старость юности» или «юность старости». Мой старший сын со мной уже десять лет, а менопауза по-прежнему кажется чем-то относящимся скорее к моей маме и ее подругам. Определенно она не должна стать моей реальностью в ближайшие несколько лет.

Старшие подруги рассказывали мне, что менопауза – это последнее табу и разговоры о климаксе (еще одно название этого периода) стигматизированы. Подобно «менструальным драмам», большинство сюжетов менопаузы на редкость негативны. Я наслушалась разных историй. О том, как женщины, которым прежде был открыт весь мир, оставляли работу. О ранее жизнерадостных женщинах, которым прописывали антидепрессанты. О разводах, потере либидо, боязни «канцерогенной» гормонотерапии, о гормональных битвах в семьях, где есть и пубертатные подростки, и матери в менопаузе. Одна подруга рассказала мне о невообразимых панических атаках, которые у нее начались. Британская художница Трейси Эмин призналась: «Это ужасно... начало умирания», а Опра Уинфри – что жизненная сила «медленно утекает» от нее.

Зарывшись с головой в литературу, я обнаружила: как и в случае с пубертатом, месячными и схватками, когда речь идет о менопаузе, все мы разные. Как пишет Кэз Кук, то, что для одной женщины становится «сопровождающимся

приливом сил, божественно утверждающим и дарующим блаженное облегчение окончанием курса репродуктивных лет», для другой оказывается «мерзким гормональным кошмаром с приливами, бестолковой забывчивостью и вдобавок нерегулярными и скудными месячными»^[274]. Меня утешила мама, которая, несмотря на хорошо известную в нашей семье чувствительность к жаре и к холоду, перенесла этот период не так тяжело, как некоторые из ее подруг. (К счастью, зачастую у матерей и дочерей совпадают сроки менопаузы и впечатления от нее.)

Я выяснила, что примерно у 20 % женщин симптомы настолько тяжелы, что они в значительной мере нарушают повседневную жизнь. Еще у 20 % никаких симптомов нет вовсе. А у 60 % женщин симптомы варьируются от слабых до умеренных. Ваши гены, общее состояние здоровья и самочувствие, предыдущий опыт проблем с настроением, культурные ожидания, подверженность влиянию стрессовых событий – от всего этого зависит опыт менопаузы, как и от того, является ли она естественной, хирургической или вызвана химиотерапией.

Хорошо уже то, что, как только вы перейдете от пременопаузы (годы, непосредственно предшествующие вашим последним месячным) к постменопаузе, гормональный фон стабилизируется и симптомы, скорее всего, утихнут. В ходе Мельбурнского проекта по здоровью женщин среднего возраста выяснилось: большинство женщин сообщают об **улучшении** самочувствия, более бодром настроении, менее депрессивном состоянии и даже улучшении половой жизни в возрасте 50–70 лет. Для многих женщин поздний средний возраст означает, что дети уже покинули родительское гнездо, а их родители заново открыли для себя жажду жизни и уверенность в стремлении быть собой независимо от мнения или реакции окружающих^[275].

Каким бы ни был ваш опыт – плавным следованием по божественному пути или жутким гормональным адом, – менопауза означает конец фертильности. По мере того как

яичники завершают работу и готовятся к пенсии, диалог яичников и мозга дает сбои, а потом полностью прекращается. Мы склонны воспринимать менопаузу как последнюю переходную стадию репродуктивной жизни. Однако такие симптомы, как приливы, изменения в режиме сна, настроениях и памяти, в основном наблюдаются из-за изменений в мозге. Менопауза открывает окно нейронной уязвимости для развития расстройств настроения, бессонницы и изменений когнитивных функций. Именно в это время биология «снизу вверх» (исчерпанный запас яйцеклеток) прокладывает путь к факторам риска из групп «снаружи внутрь» и «сверху вниз», позволяя им оказывать больше влияния, чем обычно.

Переходному периоду менопаузы посвящены сотни книг, статей и ресурсов в интернете. Вместо того чтобы повторять большую часть этой информации, я расскажу о «переменах» с точки зрения здоровья мозга. Особое внимание я уделю нейробиологии приливов, сна, настроения и памяти. Во второй половине этой главы я рассмотрю различные виды лечения симптомов менопаузы и сделаю акцент на гормональной терапии (в том числе заместительной гормональной терапии – ЗГТ). Я обращусь к историческим спорным вопросам и советам, которые основаны на практическом опыте и на данный момент считаются лучшими.

Коротко о стадиях менопаузы

В Австралии средний возраст наступления естественной менопаузы – 51 год, но она может наблюдаться раньше или позже. Если последние месячные у вас были до 40 лет, это «преждевременная менопауза», хотя иногда ее называют синдромом истощения яичников. «Ранней» называется менопауза, если менструация закончилась до 45 лет. Менопауза также может наступить после химиотерапии, лучевой терапии при онкологии или после удаления яичников хирургическим путем (овариэктомия). В случае хирургической менопаузы уровень гормонов резко падает, острые симптомы менопаузы могут быть спровоцированы в ближайшие несколько дней.

По определению менопауза – это 12 месяцев подряд без менструации. Каждый следующий день относится к постменопаузе – фазе, которая может составлять не менее трети от общей продолжительности жизни. Пременопауза (или перименопауза – «вокруг менопаузы») – это годы непосредственно перед менопаузой. Она может начаться за пять-десять лет до последней менструации. Менопауза возникает, потому что в конечном итоге у нас иссякают яйцеклетки. Широкий возрастной диапазон начала менопаузы (от 40 до 58 лет, где 51 год – среднее значение) соответствует количеству яйцеклеток и темпам их потери, которые у разных женщин значительно варьируются^[276].

Пременопауза отличается от постменопаузы физиологически. Во время пременопаузы ось ГГЯ, которая исправно работала с самой менархе, начинает сбивать. В этот период гормоны вырабатываются хаотично и непредсказуемо. Гинеколог Тара Оллмен в своей превосходной книге «Секреты менопаузы» (Menopause Confidential) пишет, что в период пременопаузы наши яичники все еще способны вырабатывать эстроген, но нестабильно и в недостаточном количестве. «Иногда они вырабатывают слишком много эстрогена, иногда –

слишком мало. А бывает, что и ровно столько, сколько надо». Месяц на месяц не приходится, невозможно предсказать заранее, какой будет выработка эстрогена. Именно «американские горки» со скачками гормонов яичников в пременопаузу, а не ровные «трамвайные пути» при постменопаузе вызывают многие из характерных симптомов.

Менопаузу можно сравнить с пубертатом наоборот. Но в отличие от пубертата мозг не дирижирует этим оркестром. Последний концерт дают истощающиеся запасы яйцеклеток. Со временем мозг, как и организм, приучается функционировать без эстрогена. Свидетельство тому – женщины, успешно живущие несколько десятилетий после наступления менопаузы.

Почему мы проходим через менопаузу?

Наши приятели грызуны, которые так самоотверженно информируют нас о работе нашего собственного мозга, также подвержены репродуктивному старению. У самок крыс наблюдаются снижение количества яйцеклеток, нерегулярный цикл, нестабильная фертильность, колебания уровней гормонов и нечувствительность к эстрогену. Затем они умирают. Как и самки почти всех млекопитающих, когда они перестают быть фертильными.

Ожидаемая продолжительность жизни здоровых женщин – 30–40 лет после наступления репродуктивной старости. Помимо людей известно всего два вида млекопитающих, которые долго живут после завершения детородного возраста. Это косатки (они же «киты-убийцы») и гринды (черные дельфины).

Почему женщины (и некоторые китообразные) проходят через менопаузу, но не умирают?

Наиболее популярна так называемая «гипотеза бабушек». Согласно ей, бабушка вносит свой вклад в «генетическое наследство», продолжая жить, и помогает своим внукам выжить и преуспеть, делясь с ними мудростью. Бабушки присматривают за детьми и вспоминают предания племени о том, как справиться с последствиями наводнения, голода и других бедствий. Если бы бабушки оставались фертильными, они эгоистично растили бы собственных детей и посвящали бы сородичам гораздо меньше времени.

Высказывалось предположение, что менопауза у людей – просто артефакт нашего современного образа жизни: мы дольше живем благодаря нынешней медицине. Но знаменитое исследование 2015 года, результаты которого публиковались в *Current Biology*, поддерживает идею «бабушки как мудрого матриарха»^[277]. Авторы на протяжении девяти лет изучали косаток, проводящих летний сезон в водах у южной оконечности острова Ванкувер в Канаде. Подобно людям, косатки приносят

потомство с 12 до 40 лет, проходят менопаузу, а затем живут более чем до 90 лет. Пользуясь знаниями и опытом, накопленными за много летних сезонов, мудрые менопаузные матриархи берут на себя важные роли вожаков в своих стаях. Под их руководством стая находит лососей, особенно когда рыбы мало, и успешно выживает. Словом, матери растят – бабушки кормят.

Все симптомы менопаузы – у нас в голове?

Многие женщины проходят менопаузу без каких-либо проблем со здоровьем и остаются здоровыми в последующие десятилетия. Но некоторые женщины оказываются уязвимыми для неврологических сдвигов, происходящих во время перехода, и таким образом у них возрастает риск нездорового старения мозга.

Если у вас уже есть опыт менопаузы, для вас не секрет, что эстрогеновые рецепторы (которые теперь выглядят немного опустевшими и заброшенными) находятся в тех областях мозга, которые регулируют температуру, либидо, сон, эмоции, внимание и память. Перемены в эстрогеновых сигналах (из-за перепада эстрогенов или изменений в эстрогеновых рецепторах) напрямую влияют на функции этих многочисленных цепочек мозга. Однако точный механизм, посредством которого менопауза меняет физиологию мозга и порождает перечисленные симптомы, не ясен.

Одна из рабочих гипотез акцентирует внимание на метаболической связи между эстрогеном и функцией здоровых клеток. Наш мозг метаболизирует 20 % наших запасов энергии, основное топливо для мозга – это глюкоза. У женщин эстроген поддерживает биохимические пути, которые используют инсулин и производят энергию из глюкозы. Поэтому падение эстрогена во время менопаузы может изменить эффективность использования глюкозы мозгом и, в свою очередь, повлиять на то, насколько хорошо функционируют нейроны^[278].

Связь между эстрогеном и метаболизмом глюкозы отчетливее проявляется у женщин, у которых яичники были удалены до прохождения менопаузы: резкое падение уровня эстрогена ассоциируется с ростом риска развития диабета второго типа. Такой же повышенный риск диабета второго типа возникает после естественной менопаузы, в

то время как у женщин, получающих гормональную терапию, метаболизм глюкозы обычно нормальный^[279],^[280]. Лекцию об образе жизни я приберегу до следующего раза. Однако связь между эстрогеном, метаболизмом глюкозы и диабетом второго типа подчеркивает, насколько важны заботы о себе, внимание к физическим нагрузкам и правильное питание для стареющих женщин.

А это ваш мозг во время приливов

Приливы (также известные как «приливы жара») – самый распространенный симптом менопаузы. По мнению некоторых, это отличительная черта снижения фертильности. Примерно 75–80 % женщин испытывают симптомы, которые врачи называют вазомоторными. У некоторых приливы оказываются единственным проявлением. У других они сопровождаются бессонницей, депрессией и «туманом в голове».

Приливы могут ощущаться как происходящее в организме в целом, однако они регулируются самым занятым из участков мозга – гипоталамусом. Температура тела регулируется в заданных пределах на несколько десятых градуса выше или ниже 37 °С с помощью теплочувствительных нейронов в преоптической области гипоталамуса, который повышает или понижает частоту их импульсов в ответ на рост или падение внутренней температуры. У нас есть верхний порог для жары и нижний – для холода. Почти как нейронный термостат, гипоталамус определяет, когда наша внутренняя температура переходит один из этих порогов, и подает организму сигнал к действию. Если нам слишком жарко, мы потеем, кровеносные сосуды расширяются, мы краснеем (моя личная особенность), нам хочется снять с себя часть одежды или сбросить одеяло. А если нам слишком холодно, мы дрожим, спешим в тепло или принимаемся искать еще один свитер.

Во время менопаузы наш верхний «жаркий» порог снижается, а нижний «холодный» повышается. Поэтому диапазон температур нашего термостата становится уже, а сам термостат – чувствительнее даже к незначительным изменениям внутренней температуры. То есть и потеем, и дрожим мы с большей легкостью.

Роль гормонов яичников в том, что ученые называют «терморегуляцией», оставалась неизвестной на протяжении десятилетий, так как ученые были слишком

заняты изучением физически подтянутых потеющих мужчин. За исключением единственного исследования, проведенного в 1940 году физиологом Джеймсом Харди, женщин обычно не привлекали к изучению терморегуляции^[281]. Харди считал, что у мужчин диапазон пороговых значений температур для пота и дрожи более узкий, чем у женщин, потому что на холоде дополнительный слой жировых отложений на теле женщин согревает их, а «в теплой зоне задолго до того, как женщины начинали потеть или даже успевали покраснеться, мужчины уже покрывались каплями пота». Затем долгие годы ошибочно считалось, что у женщин более широкая зона комфорта благодаря биологическим особенностям. Мы также якобы отличались сниженной способностью к физическим упражнениям – от этого переутомляются наши слабые сердца, поэтому женщинам запрещали состязаться в марафонском беге. А еще нам не хватало воодушевления, поэтому мужчины, обливаясь потом, исследовали джунгли и пустыни, а женщины оставались дома – невозможно растить детей.

Наши нынешние представления о терморегуляции указывают, что межполовые различия в действительности ничтожны, если принять во внимание физическую форму и размеры тела. У подтянутых и азартных женщин прекрасно функционирует система терморегуляции, которая при необходимости позволяет остыть, – так что спасибо, не стоит беспокоиться^[282]. Важное уточнение: чем более вы развиты физически, тем эффективнее ваша система терморегуляции. Упражнения не снижают частоты приливов, но благодаря хорошей форме и здоровью они ощущаются гораздо легче.

Гормоны согревают и охлаждают

Если вам случалось строить ежедневный температурный график, чтобы следить за своей фертильностью и прогнозировать сроки овуляции, вы наверняка заметили, как меняется с течением цикла ваша базальная температура тела. До овуляции эстроген следит,

чтобы температура тела оставалась низкой, способствуя потоотделению, приливам, потере телесного тепла. Прогестерон, вырабатываемый желтым телом после овуляции, уменьшает потение и приливы, поэтому мы сохраняем тепло и согреваемся.

Эстроген подкручивает настройки термостата – вот почему применение эстрогена уменьшает приливы^[283]. Как именно снижение уровня гормона яичников сокращает диапазон термостата в гипоталамусе – загадка (да, еще один пробел в наших нейрознаниях). Эстрогеновые рецепторы у нас расположены по всему телу, поэтому изменение уровней эстрогена и прогестерона может также напрямую влиять на кожный кровоток. Но об этих механизмах опять-таки известно очень мало^[284].

В одной из теорий фигурирует кисс-пептин. Напомню: в главе 3 я рассказывала о том, что пубертат начинается с «кисс», когда включаются нейроны KNDy в гипоталамусе. Те же нейроны образуют синапсы с теплочувствительными нейронами гипоталамуса. Во время менопаузы нейроны KNDy разрастаются, от этого изменяется способ реагирования теплочувствительных нейронов на температуру. Добавлю для убедительности: новый медикаментозный препарат для лечения приливов, блокирующий KNDy-кисспептиновый путь, недавно успешно прошел испытания^[285].

Приливы регулярны и стабильны, поэтому их легко изучать с помощью фМРТ. Лежащие на нагревательной панели в сканнере женщины медленно поджариваются, пока повышение температуры не провоцирует неизбежный прилив. Удивительно, но гипоталамус в это время не всегда активен. Возможно, причина в проблемах с разрешением – нелегко запечатлеть вспышку активности всего нескольких тысяч нейронов, вызванную масштабными изменениями кровотока. В противном случае все наши теории, в основе которых лежит термостат в гипоталамусе человека, могут оказаться ошибочными!^[286]

Во время приливов мозг отнюдь не бездействует, у многих женщин островковая кора и кора передней поясной извилины активизируются, ощущая «всплеск энергии». Островковая кора воспринимает чувства и ощущения нашего тела, связанные с самочувствием, энергией, настроением и темпераментом. Она обрабатывает то, как мы *относимся* к тому, что чувствуем. Очень кстати, правда?

А это ваш мозг во время прерывистого сна

Когда я спросила женщин из моего книжного клуба, какие перемены в этот жизненный период дались им с особым трудом, почти все отрезали: сон. Я обожаю спать. Я ежедневно дремлю после обеда и обычно отправляюсь в постель в девять вечера с хорошей книгой. Мало что способно отвлечь меня от подушки (мой муж тому свидетель). Перспектива прерывистого сна, пусть даже через 10 лет, заставляет меня изрядно нервничать.

Поиск в литературе подтверждает опыт членов моего книжного клуба: 40–60 % женщин в период менопаузы сообщают о проблемах со сном. Самая распространенная жалоба – пробуждение среди ночи без видимой причины^[287]. Каждая третья женщина в период перименопаузы говорит, что нарушения сна вызывают у нее стресс и мешают нормально действовать в течение дня. С большой вероятностью это указывает на диагноз «бессонница»^[288].

Любопытно, что сон частично регулируется половыми гормонами у женщин, но не у мужчин. Поэтому не следует удивляться тому, что прерывистый сон наблюдается в переходные периоды гормональных изменений – такие как пубертат, беременность и менопауза, – а также в определенные фазы менструального цикла. Треть женщин жалуется на нарушения сна и связанные с ними симптомы во время месячных, в связи с болями в низу живота, сильным кровотечением, вздутием живота и головными болями.

Проблемы со сном могут вызвать «туман в голове» (подробнее об этом – далее) и сами могут быть вызваны приливами, а также оказаться причиной и следствием эмоциональных расстройств.

Коротко о нейробиологии сна

Как у всех живых существ, в ходе эволюции у нас появились внутренние биологические часы. Они синхронизированы с восходом и заходом солнца и определяют ежедневные ритмы, в том числе циклы сна и бодрствования. Современная высокотехнологичная жизнь, как правило, не дает нам насладиться естественным светом днем и заставляет избыточно использовать искусственный свет ночью. Наш ритм жизни обесценивает и ключевое значение сна. Мы склонны забывать, что как жители Земли обязаны с уважением относиться к восходам и заходам солнца.

Депривация сна негативно сказывается на всех аспектах нашей биологии. Проведите одну ночь без сна, и вы почувствуете себя ужасно. В случае депрессии, регулярного недосыпания или работы в ночную смену вам грозит риск депрессии, нарушений метаболизма – таких как диабет второго типа, сердечно-сосудистые заболевания, спад когнитивных функций и масса других проблем со здоровьем, в том числе рост смертности^[289].

Сон находится под контролем множества систем мозга. Наши главные циркадные часы расположены в супрахиазматическом ядре (СХЯ) гипоталамуса. СХЯ получает входящую информацию с сетчатки, которая посылает сигналы о свете и темноте, воспринимаемых глазами. Как все клетки организма, нейроны СХЯ также содержат 24-часовые часы, которые помогают им ориентироваться во времени, даже если нет света или других внешних показателей. СХЯ изобилует рецепторами эстрогена и образует цепочки с другими областями мозга, участвующими в возбуждении и внимании. Уровень других гормонов, в том числе мелатонина, кортизола, тиреотропного гормона и пролактина, варьируется на протяжении дня и ночи и управляется нашими циркадными ритмами и циклами сна и бодрствования.

Засыпая, мы проходим ряд фаз сна. Обычно мы движемся от первой (релаксации) до четвертой (глубокого восстановительного сна) и обратно к REM-фазе (или БДГ-фазе – с быстрыми движениями глаз). Один «цикл сна» занимает около 90 минут. Обычно периоды глубокого сна

дольше длиться в начале ночи, а периоды REM-сна случаются чаще в конце ночи. При исследованиях сна пользуются приборами для полисомнографии, чтобы отслеживать фазы сна по волнам мозга (электроэнцефалография – ЭЭГ), сердечному ритму, дыханию, движению глаз и ног. На голове закрепляют электроды аппарата, а характерные кривые ЭЭГ отражают каждую фазу сна. Например, в третьей и четвертой фазе на ЭЭГ появляются медленные волны, или дельта-волны, а в фазе REM – десинхронные, или пилообразные, кривые.

Межполовые различия сна

По сравнению с мужчинами вероятность беспокойного сна у женщин вдвое выше^[290]. До пубертата у мальчиков и девочек такие проблемы, как трудности с засыпанием, встречаются со схожей частотой. В пубертатный период распространенность симптомов бессонницы возрастает с 3,4 до 12,2 % у девочек (в 3,6 раза) и с 4,3 до 9,1 % у мальчиков (в 2,1 раза). В среднем возрасте проблемы со сном и бессонницы у женщин встречаются намного чаще. Врачи отмечают, что это одна из самых частых жалоб, с которыми они сталкиваются^[291].

У здоровых женщин и мужчин различается и качество сна.

Например, женщины засыпают быстрее, больше времени проводят в состоянии глубокого сна и реже пробуждаются среди ночи. У женщин «эффективность сна» – соотношение времени, проведенного в постели, ко времени, проведенному во сне, – выше, чем у мужчин.

Но есть и любопытный парадокс.

Хотя у женщин сон объективно лучше, чем у мужчин, они постоянно сообщают о *более низком* его качестве. Женщины с большей вероятностью, чем мужчины, жалуются на трудности при засыпании, на пробуждения среди ночи и ощущение усталости по утрам. У женщин не совпадают *субъективные представления* и *объективная оценка* сна^[292].

В надежде на более веское с научной точки зрения объяснение, чем «женщины вообще жалуются больше мужчин», я обратилась к Джессике Монг – эндокринологу и профессору фармакологии из Мэрилендского университета. Монг работала под руководством Маргарет Маккарти и в свою бытность постдокторантом впервые обратила внимание на связь эстрогена с геном, контролирующим сон.

Она утверждает, что одна из причин явного расхождения между сообщениями женщин и показателями их сна – в небольшом межполовом различии в циркадных ритмах. Монг считает, что у некоторых женщин возникает конфликт между биологическим и реальным временем отхода ко сну.

Лучше всего это явление объясняют результаты проведенного в 2002 году исследования 2135 испанских и итальянских студентов в возрасте 18–30 лет. Все они заполнили утренний и вечерний опросный лист, чтобы определить, «жаворонки» они, «совы» или нечто среднее. Участники отвечали на вопросы вроде «Если вы легли в постель в 11 вечера, насколько усталым вы себя чувствуете?» или «Предположим, вы работаете пять часов в день (с перерывами), ваша работа интересна, вам платят в зависимости от вашей производительности. В какое время вы предпочли бы начинать?». Средний балл по опроснику значительно различался у мужчин и женщин. Женщины ощущали потребность лечь спать раньше мужчин вечером и просыпаться раньше утром. Мужчины предпочитали и лечь спать, и встать позже. Женщины сообщали о более раннем пике умственной продуктивности и времени дня, когда они «чувствуют себя лучше всего». (Однако величина d составила всего 0,28, а степень совпадения оказалась большой – 89 %)^[293].

Мы с Монг говорили о том, что предположительно некоторые (но не все) женщины (и некоторые мужчины) ложатся в постель позднее, чем требует их «естественный режим отхода ко сну». Несмотря на «хороший сон ночью», они функционируют в состоянии легкого десинхроноза.

Монг полагает, что расстройства настроения также вносят свой вклад в представления о низком качестве сна. На нашу оценку того, насколько хорошо мы спали, в значительной мере влияют тревожность и депрессия. Но настроение не объясняет полностью различия между восприятием и объективными оценками, наблюдающегося у здоровых женщин и мужчин.

Еще одна причина этого парадокса, указанная Монг, подобна той, что упоминалась в разговоре о терморегуляции: большинство исследований сна проводилось с участием мужчин, в наших знаниях о том, как биологический пол влияет на наши циркадные ритмы и сон, есть значительные пробелы. Поскольку традиционные лабораторные методы наблюдения за качеством сна, такие как ЭЭГ, разработаны на основе мужской физиологии, возможно, они не «настроены», чтобы выявлять качество сна у женщин.

Несомненно, несовпадения между тем, что женщины рассказывают о своих ощущениях, и тем, что показывают результаты исследований сна, приводят к отсутствию ясности в вопросе об истинном характере сна и бессонницы у женщин среднего возраста и особенно во время менопаузы^[294].

Как гормоны яичников влияют на наш опыт сна? Если принять во внимание женский опыт сна во время переходных периодов репродуктивной жизни, таких как пубертат, беременность и менопауза, наше нынешнее понимание связи между циркадными ритмами, половыми гормонами и циклом сна – бодрствования у женщин оставляет желать много лучшего. Вот еще одна сфера нейробиологии, что находится на заре своего развития!

Что сначала – гормоны, приливы или проблемы со сном?

Женщинам, в жизни которых начался период перемен, порой кажется, что все дело в каком-то подобии «эффекта домино»: гормоны вызывают приливы, а приливы – нарушения сна. Но далеко не каждая женщина просыпается из-за ночных приливов. К тому же есть свидетельства, что это пробуждения *провоцируют* приливы и потливость^[295], ^[296]. Более того, хотя ЗГТ – наиболее эффективное лечение для женщин, страдающих от приливов или ночной потливости, далеко не всем ЗГТ помогает при бессоннице.

Существует масса причин для развития проблем со сном в любой момент жизни. Стресс, неудачный выбор, связанный с образом жизни, медицинские состояния или попросту вредные давние привычки – например, брать с собой в постель телефон, чтобы полистать Facebook, – все это в сочетании влияет на нормальный сон.

Средний возраст также приносит трудности с работой, с детьми-подростками (возможно, даже находящимися в пубертате), потенциальные проблемы с длительными отношениями и старение родителей. Нам известно, что плохой сон портит настроение на следующий день и, в свою очередь, тревожность оказывает негативное влияние на сон.

Одна из моих подруг-психиатров говорит, что часто объясняет своим пациентам: просыпаться по ночам, особенно с возрастом, – совершенно нормально. И если лежать и тревожиться о том, что не проспал беспробудно обязательные восемь часов (а также думать о других заботах), это лишь осложняет положение. Легко попасть в порочный круг бодрствования и беспокойства, с ночной потливостью и расстройствами настроения, дающими обильную пищу для руминации в предрассветные часы.

Проблемы со сном зачастую требуют решать их, взяв на вооружение как терапевтические средства, так и особенности образа жизни. О роли гормональной терапии мы поговорим далее в этой же главе. К рекомендациям по смене образа жизни относятся обычное правильное питание и физическая активность, а также особое внимание, уделяемое «гигиене сна». К последней относятся советы избегать стимулирующих веществ, следить, чтобы в спальне было темно и прохладно, ограничивать воздействие искусственных источников света после захода солнца.

А это ваш мозг во время менопаузальной хандры

Для всех женщин, а для имеющих клинические расстройства настроения в анамнезе – особенно, годы незадолго до менопаузы и сразу после нее оказываются «окном уязвимости» для депрессии. Подобные «окна» открываются в другие периоды острой гормональной нестабильности или резких колебаний уровней гормонов – таких как пубертат или послеродовой период.

Грусть, тревога, раздражительность или резкие перепады настроения – распространенные симптомы, наблюдающиеся у каждой пятой женщины в среднем возрасте. Если длительной истории расстройств настроения или ПМДР нет, депрессия и тревожность развиваются не всегда. Если они все-таки возникают, симптомы оказываются в основном теми же, о которых уже было сказано. Это эмоциональная вялость, ощущение неспособности справиться с ситуацией, раздражительность, социальная изоляция, слезливость, упадок сил и неспособность радоваться обычным занятиям и отношениям.

В главе 6 мы говорили о множестве биологических («снизу вверх»), социальных («снаружи внутрь») и психологических («сверху вниз») факторов, влияющих на развитие депрессии и тревожности. С точки зрения факторов группы «снизу вверх» считается, что эстрадиол модулирует синтез, доступность и метаболизм серотонина, ключевого нейромедиатора при депрессии, и дофамина, участвующего в мотивации и удовольствии. Так что сама менопауза – не *причина* депрессии, а переходный период, когда гормоны группы «снизу вверх» оказываются у руля (или по меньшей мере с заднего сиденья громко и надоедливо командуют водителем).

Так как симптомы могут поначалу проявляться постепенно или колебаться на протяжении десяти лет и более, некоторые женщины не в состоянии распознать их

как часть обратимой проблемы, поддающейся лечению, и в итоге воспринимают их как постоянные перемены в своей жизни.

Джаяшри Кулькарни говорит, что перименопаузные расстройства настроения плохо распознают и ошибочно лечат антидепрессантами. «Женщины с таким типом депрессии обычно лучше реагируют на лечение гормонами. Но связь между депрессией и гормонами зачастую не устанавливается», – замечает она. Кулькарни считает, что влияние гормонов на настроение у женщин широко варьируется: «Одни женщины чрезвычайно чувствительны к небольшим изменениям уровней гонадальных гормонов, другие нет»^[297].

Хорошо уже то, что менопаузные перепады настроения – отнюдь не «новое нормальное состояние». Они поддаются лечению, а хандра зачастую рассеивается с переходом женщины от перименопаузы к поздним стадиям постменопаузы^[298].

А ЭТО ВАШ МОЗГ ВО ВРЕМЯ «ТУМАНА В ГОЛОВЕ»

Я слышала от врачей, что «туман в голове», в сущности, не диагноз, и это верно. «Туман в голове» – обиходное описание симптомов замедленного или затуманенного мышления, трудностей с сосредотачиванием внимания, замешательства, недостатка концентрации, забывчивости. Разве что пациенты, имеющие медицинскую или научную подготовку, описывают свои симптомы как «схожие с легким нарушением когнитивных функций» (это и есть медицинское определение).

Независимо от используемой терминологии переход к менопаузе неизменно оказывается периодом повышенной уязвимости для туманных мыслей и проблем с памятью. Метаанализ, опубликованный в 2014 году, подтвердил, что эти симптомы отнюдь не игра воображения. По сравнению с молодыми, здоровыми, фертильными женщинами те, кто находился в постменопаузе, хуже справлялись с заданиями на вербальную память и беглость речи^[299]. Аналогично женщины, которым удалили яичники, из-за чего началась внезапная менопауза, демонстрировали более низкие результаты тестов на вербальную память после операции.

Профессор Джон Иден, гинеколог, репродуктивный эндокринолог и директор Австралийского исследовательского института женского здоровья, сообщил мне, что изменение способности подбирать слова – распространенный симптом у его пациенток в период менопаузы. Он отметил, что юристы особенно рано сталкиваются с этим симптомом – вероятно, потому, что широко пользуются словесной эквилибристикой и колкими репликами в профессиональной деятельности.

Провалы в памяти и неспособность сосредоточиться можно приписать некачественному сну и усталости, усугубляемыми стрессом, расстройствами настроения и жизненными обстоятельствами, в которых зачастую оказываются женщины в возрасте за 40–50 лет.

Необходимость справляться с подростками, стареющими родителями и их проблемами со здоровьем, нагрузкой на работе и проблемами взаимоотношений – все это негативно сказывается на когнитивных функциях. Существуют ли свидетельства связи «тумана в голове» и снижения уровня гормонов яичников?

С точки зрения неврологии эстроген способствует остроте мышления, заботясь о здоровье синапсов. Если бы нам представилась возможность рассмотреть наши молодые здоровые нейроны под мощным микроскопом, мы увидели бы, что их дендриты покрыты крошечными выростами – шипиками, напоминающими почки на ветке дерева. С возрастом мы теряем эти шипики. Представьте себе молодое дерево поздней весной, с растущими на нем новыми ветками, побегами и пышной листвой, по сравнению с голыми ветвями того же дерева зимой. Мы видим, как теряют шипики обезьяны в менопаузе и грызуны с удаленными яичниками, и потеря шипиков у них коррелирует с ухудшением памяти. Мы понятия не имеем, относится ли это и к менопаузным женщинам, но вполне возможно, что снижение уровня гормонов вызывает «туман в голове» именно из-за потери шипиков.

Пока я работала над этой главой, я беседовала с врачами-клиницистами о проблеме «курицы и яйца» применительно к сценарию менопаузы. В лучшем случае они приходили к выводу, что симптомы взаимосвязаны. «Приливы и потливость, нарушения сна, снижение настроения и тревожность – все это может негативно отразиться на высших функциях мозга», – сообщила мне по электронной почте Соня Дэвисон, эндокринолог из организации Jean Hailes for Women's Health. «Невозможно рассматривать приливы и пот в отрыве от нарушений сна. Нам известно, насколько важен сон для консолидации памяти. Но действительно ли “туман в голове” обусловлен нарушенным сном, тревожностью или гормонами? Мы просто не знаем», – услышала я по телефону от профессора Сью Дэвис из Университета Монаша.

Это «туман в голове» или деменция?

Многие женщины опасаются, что их «туман в голове» – ранний признак подступающей деменции. Одна моя знакомая в возрасте под 50 лет, нейробиолог и исследователь деменции, призналась, что даже побывала у своего врача. Она хотела обсудить свои симптомы – боялась, что у нее ранний дебют болезни Альцгеймера (БА).

Ее опасения небезосновательны. У менопаузного «тумана в голове» и ранней стадии БА много общих симптомов, в том числе те, которые входят в сферу профессиональной деятельности моей знакомой. БА зачастую начинается с провалов в памяти и с трудностей в подборе точных слов для повседневных предметов^[300].

В следующей главе мы рассмотрим разные типы потери памяти как элемент нормального старения, легкого снижения когнитивных функций и деменции. А пока важно понять, что определенная степень забывчивости нормальна на любом этапе жизни. У каждого из нас бывают моменты, когда слово вертится на языке, но не идет на ум, когда мы путаем имена своих детей и не помним, зачем зашли в комнату. Просто с возрастом нам свойственно обращать больше внимания на такие «минутки склероза».

Как различить симптомы снижения когнитивных функций и менопаузы?

«С клинической точки зрения это невозможно, – ответил Джон Иден, которому я задала этот вопрос. – Простейший способ выяснить это – назначить женщине двухмесячную гормональную терапию и посмотреть, не будет ли у нее улучшений».

Какую роль гормональная терапия играет в устранении «тумана в голове»? Как и в случае с нашим смутным представлением о роли гормонов и потере памяти, исследователи до сих пор стараются найти точный ответ.

Как правило, нормальная потеря памяти – когда мы забыли, куда положили ключи. Деменция – это когда мы забываем, для чего ключи нужны.

Что вам предстоит – промучаться всю менопаузу или спокойно пройти ее?

На протяжении книги я знакомила вас с людьми, у которых как будто бы есть «иммунитет» или повышенная устойчивость, какие бы трудности ни ставила на их пути жизнь. Дети, демонстрирующие исключительную психологическую устойчивость, сравнивались с одуванчиками, которые растут и цветут в трещинах бетона – в отличие от более нежных орхидей, которым требуется гораздо больше заботы и внимания, чтобы зацвести. В главе 6 мы встретились с 17 % участников Данидинского исследования, которые остались психически здоровыми в среднем возрасте. В последней главе этой книги вы познакомитесь с удивительной группой людей (в которой из каждых четырех человек три женщины), доживших до ста лет и дольше.

Многие женщины «мучаются» всю менопаузу, но мне любопытно узнать о тех 20 %, которые просто «проходят» ее – легко проплывают, ни разу не столкнувшись с бурей. Что отличает этих женщин? Могут ли врачи предсказать заранее, у кого из женщин не обнаружится обременительных симптомов менопаузы? Чему мы можем у них научиться?

Увы, я не сумела найти литературу, посвященную женщинам, которых назвала «менопаузными одуванчиками». Большинство данных указывали на факторы риска для развития различных симптомов менопаузы (наиболее характерными были признаны бессонница и депрессия).

К факторам риска бессонницы или депрессии в период менопаузы относятся:

- Низкий социально-экономический статус.
- Принадлежность к меньшинству или маргинализованной социальной группе.

- Плохое состояние здоровья в целом.
- Влияние психосоциальных стрессовых факторов.
- Такие личностные особенности, как нетипично высокая невротичность, нетипично низкие доброжелательность и сознательность.
- Депрессия или ПМДР в анамнезе.

В материалах организации Jean Hailes for Women's Health отмечается, что особенности реакции женщины на менопаузу зависят от ряда факторов, в том числе:

- Типа менопаузы – «естественной», ожидаемой и своевременной, ранней, наступившей в результате хирургической операции или химиотерапии.
- Возраста.
- Этапа жизни, а также от того, успела ли женщина добиться, чего хотела – например, завести детей или столько детей, сколько хотела иметь.
- Удовлетворенности своей личностью и успехами – удалось ли женщине достигнуть того, чего она хотела.
- Отношения к собственному телу и ощущений, связанных с происходящими с ним изменениями.
- От того, достаточно ли здорова женщина, насколько это возможно, и способна ли она позаботиться о себе^[301].

Примечательно, что есть культурные различия в опыте менопаузы с разными наборами симптомов, о которых сообщалось в разных странах (как в случае с ПМС). Коренные австралийки могут воспринимать менопаузу более позитивно – не как конец репродуктивной жизни, а как начало своей роли культурного лидера. Женщины некоторых стран Запада более склонны воспринимать менопаузу негативно – для них это конец репродуктивной жизни, а также их сексуальной желанности, который сопровождается ощущением горя и потери^[302].

Гормональная терапия при менопаузе

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ), иногда называемая просто гормональной терапией (ГТ), – прием препаратов, содержащих эстроген и/или прогестерон, а также в некоторых случаях и тестостерон.

Замена гормонов с помощью ЗГТ – самое эффективное из доступных лечение симптомов, связанных с падением уровня эстрогенов во время менопаузы. Эта терапия начинается с появлением симптомов, то есть до 60-летнего возраста и примерно за 10 лет до менопаузы^[303], ^[304].

Многим женщинам до сих пор страшно решиться на ЗГТ. Пока я работала над этой главой, большинство моих собеседниц признавались, что риск их ужасает, а в преимуществах они не уверены.

Выбор любого типа ЗГТ, в том числе противозачаточных таблеток, непрост. Надо взвесить риск осложнений и преимуществ, изучить запутанную информацию и газетные статьи и даже противоречивые советы профессионалов-медиков. Решение, в сущности, сводится к ответу на вопрос: стоит ли риск тех преимуществ, которые может дать ЗГТ?

Прежде чем мы подробнее рассмотрим этот вопрос, стоит получить представление о довольно провокационной истории ЗГТ.

Коротко об истории ЗГТ

ЗГТ, применяющаяся при менопаузе, существует дольше, чем можно было предположить, – с конца XIX века. Еще в начале 1930-х годов женщинам в период менопаузы стандартно предлагали экстракты человеческой плаценты или эстроген, выделенный из мочи беременных. Позднее это явление стали называть «социальной эстрогенизацией», при которой «богатые эстрогеном женщины делились им с теми, кто был беден эстрогеном»^[305].

Препарат премарин, изготавливаемый из мочи беременных лошадей (не спешите ужасаться – инсулин для диабетиков долгие годы выделяли из поджелудочной железы свиней), впервые появился на рынке в 1940-х годах. Дозы гормонов в тех ранних препаратах значительно превышали (примерно в 10 раз) концентрацию в препаратах, которые прописывают сегодня. Современная ЗГТ содержит меньше синтетических гормонов, чем некоторые виды оральных контрацептивов.

К середине 1970-х годов стало ясно: с применением ЗГТ связан риск. Исследования показали связь между эстрогеновой терапией и раком эндометрия. Ученые сделали вывод, что женщинам, имеющим матку, также требуется добавлять в ЗГТ прогестерон, чтобы предотвратить рак эндометрия (женщинам, у которых матка отсутствует вследствие гистерэктомии, добавлять прогестерон не надо).

В 1972 году в журнале *The Journal of the American Geriatrics Society* появилась одна из самых лирических статей, посвященных женскому здоровью. Ее авторы – нью-йоркский гинеколог Роберт Уилсон и его жена, медсестра Тельма Уилсон. В статье утверждалось, что эстроген – самый важный из известных на тот момент гормонов в организме. «Эстроген создает красоту, притягивающую мужчин. Перед ней невозможно устоять –

как мотыльку невозможно устоять перед пламенем. Только вместо смерти эстроген приводит к жизни – вот почему все мы существуем»^[306].

В статье Уилсоны описывают менопаузу как «скоротечную катастрофу» и время «медленно угасающей сексуальности», что поправимо простым переходом с натуральных эстрогенов от одного млекопитающего на эстрогены от другого. Авторы утверждают, что своевременное назначение натуральных эстрогенов и прогестерона женщинам средних лет предотвратит климакс, «синдром, который кажется никчемным большинству женщин цивилизованного мира».

Уилсоны верно распознали многие преимущества ЗГТ. Эстроген «будет препятствовать остеопорозу и тем самым помогать в профилактике переломов, если женщины не прекратят полезные для здоровья физические нагрузки и умеренную диету. Грудь и половые органы не сморщатся». Впрочем, заключительная строчка отражает дух эпохи, когда была опубликована статья: «Жить с такими женщинами будет гораздо приятнее, они не станут скучными и непривлекательными»^[307].

В 1970-х годах грянула сексуальная революция. Более молодые женщины пользовались репродуктивной свободой, которую им дали противозачаточные таблетки, а женщины постарше принимали ЗГТ как эликсир молодости, избавление от приливов, бессонных ночей и перепадов настроения (и от участи стать «скучными и непривлекательными»).

В 1990-х годах частота, с которой прописывали ЗГТ, резко взлетела. Согласно статистическим данным США, к 1999 году ЗГТ использовали до 90 миллионов женщин^[308]. А пока эти миллионы принимали препараты, другие люди задавались вопросами, надо ли рассматривать естественное снижение уровня гормонов как проблему. Они противостояли представлениям о том, что дефицит эстрогена, от которого страдают женщины известного возраста, необходимо восстанавливать, чтобы сохранять функцию женственности. И указывали, что проблема

заклучается в нашей западной одержимости молодостью и красотой, а вовсе не в стареющих яичниках.

Подобные споры о ЗГТ можно услышать и сегодня, только участники дискуссий порой дрожат от ужаса.

Страх, ненависть и исследования женского здоровья

За десятилетия, прошедшие с 1970-х годов, было проведено множество исследований женского здоровья, направленных на выяснение риска и преимуществ ЗГТ. Инициатива во имя здоровья женщин (WHI) – рандомизированное контролируемое испытание, предназначенное для изучения влияния ЗГТ на инфаркты, инсульты, тромбообразование, переломы костей, рак груди, толстого кишечника и матки, а также причины смертности в целом. Более 27 тысяч здоровых женщин в возрасте 50–79 лет были привлечены к участию и в произвольном порядке отнесены к группе принимающих ЗГТ или к группе плацебо^[309].

В 1996 году Исследование миллиона женщин (Million Women Study) начало набирать миллион британских женщин в возрасте 50–64 лет, чтобы исследовать влияние на женское здоровье различных репродуктивных факторов и факторов образа жизни, в том числе ЗГТ^[310].

К этому перечню также относятся Исследование здоровья медсестер (Nurses' Health Study), в ходе которого наблюдали за здоровьем нескольких сотен тысяч медсестер в США. Цель – выяснить, есть ли какая-нибудь связь между медицинским и жизненным выбором, таким как оральные контрацептивы, употребление алкоголя, физические упражнения, табакокурение, ожирение и, конечно, ЗГТ. Благодаря медсестрам нам известно, что средиземноморская диета снижает риск рака толстого кишечника, а ожирение повышает риск инсульта^[311].

В Постменопаузном введении эстрогена и прогестерона (PEPI), рандомизированном контролируемом испытании, проводившемся в 1987–1990 годах, 800 женщин в возрасте

45–64 лет изучали с целью выявления риска и преимуществ различных схем приема ЗГТ. Благодаря PEPI нам известно, что ЗГТ повышает плотность тканей молочной железы на маммограмме, в итоге осложняя выявление рака груди^[312].

Исследование здоровья женщин по всей стране (SWAN) – обсервационное исследование, в ходе которого наблюдали более 3000 американок с перименопаузы и на протяжении всего переходного периода. SWAN имеет большое значение, так как в нем учитывалась этническая принадлежность женщин. Оказалось, что она играет важную роль в опыте менопаузного перехода^[313].

В июле 2017 года Североамериканское общество менопаузы (NAMS) обнародовало официальное заявление – результат десятилетней обработки поступивших от миллионов женщин сведений о влиянии ЗГТ. В невероятный список рассматриваемых проблем со здоровьем у женщин вошли онкологические заболевания, сердечные заболевания, диабет, проблемы настроения, предотвращение остеопороза и переломов, приливы, проблемы опорно-двигательной системы и суставов и т. д. Авторы NAMS пришли к выводу, что преимущества ЗГТ перевешивают риск для здоровых женщин с симптомами менопаузы^[314].

Проводилось много других исследований, о которых я могла бы упомянуть, но не хочу вам наскучить. Моя цель – убедить вас, что ЗГТ – действительно хорошо и всесторонне изученный вопрос женского здоровья. Мы располагаем чрезвычайно подробной информацией о риске и преимуществах для широкого спектра состояний здоровья.

Так почему же, несмотря на все обилие данных, ЗГТ по-прежнему в эпицентре страха и неопределенности?

Можно проследить эти настроения до Инициативы во имя здоровья женщин (WHI) и драматических событий, развернувшихся в 2002–2003 годах. Я работала в национальной организации по проблемам рака груди, когда нас ошеломили новости о WHI. Организаторы

объявили, что по соображениям безопасности останавливают все исследования, относящиеся к направлению применения эстрогена с прогестином. По-видимому, из-за этой комбинированной ЗГТ вырос риск рака груди, сердечных заболеваний, инсульта и тромбообразования.

Исследователи и статистики сразу же указали, что риск сильно преувеличен и в исходной статье есть ошибки. Но по вполне понятным причинам известие привлекло пристальное внимание СМИ. Женщинам, участвующим в испытании, слали письма с призывами выйти из него, врачам досаждали звонками взволнованные пациентки. Многие врачи порекомендовали своим пациенткам прекратить ЗГТ, и по разным оценкам, во всем мире от нее отказались от 50 до 80 % женщин.

В 2003 году появилось сообщение, что комбинированная ЗГТ увеличивает риск деменции у женщин в постменопаузе старше 65 лет^[315]. Позднее в 2003 году руководители Исследования миллиона женщин выступили в журнале *Lancet* с отчетом, утверждая, что применение ЗГТ увеличивает заболеваемость раком груди^[316]. Помню, как руководитель моей организации целыми днями отвечала на звонки и давала интервью представителям прессы у себя в кабинете, который выглядел как «командный пункт войны за ЗГТ».

Все 15 лет после сигнала тревоги исследовательские группы продолжали собирать и анализировать данные. Теперь у нас более определенные представления о риске и преимуществах.

Основная проблема с исследованием WHI заключалась в том, что средний возраст женщин при входе в испытание составлял 63 года; лишь 10 % женщин начали терапию в возрасте моложе 55 лет. Теперь мы понимаем, что влияние ЗГТ варьируется в зависимости от возраста, в котором ее применяют. Большинство женщин в исследовании WHI были просто слишком старыми, чтобы без опасений начинать ЗГТ.

С тех пор мы узнали, что существует критический период для начала ЗГТ и он заканчивается в пределах нескольких лет после последних месячных конкретной женщины. ЗГТ можно принимать без опасений, но только если лечение начинается в критический период, когда женщины молоды; в идеале – с первым появлением симптомов. Если женщины старшего возраста начинают лечение через десятилетие после менопаузы, риск ЗГТ действительно перевешивает преимущества^[317].

Другими словами, время определяет все.

Исследования также показали, что не существует единого, пригодного для всех и каждого подхода к ЗГТ. Вместо этого решения о типе, дозе, составе, способе применения и продолжительности использования должны приниматься с учетом риска для здоровья конкретной женщины, ее возраста или времени, прошедшего после менопаузы, а также целей терапии. От давнего общего совета «принимайте наименьшую дозу в течение кратчайшего периода» пришлось отказаться.

Взвешивание риска и преимуществ ЗГТ

Целое поколение женщин упустило возможность начать ЗГТ, опасаясь развития рака груди, тромбообразования или сердечно-сосудистых заболеваний. Разумеется, любая терапия сопряжена с риском, но ради объективности рассмотрим риск развития рака груди в контексте. В течение конкретного года^[318]:

- если вы принимаете ЗГТ, шансов развития рака груди у вас 4 из 1000;
- если вы *не* принимаете ЗГТ, шансов развития рака груди у вас 3 из 1000.

Можно взглянуть на эту картину иначе: если вы выпиваете две стандартные порции алкоголя в день или имеете избыточный вес, риск развития рака груди для вас выше, чем при приеме ЗГТ.

Возможно, вас также утешит то, что мы научились прекрасно выявлять и лечить рак груди в случае его возникновения. В Австралии 90 % женщин живы через пять лет после поставленного диагноза, а если рак не распространится дальше груди, 96 % будут живы через пять лет после постановки диагноза^[319].

Риск инфаркта в связи с применением гормональной терапии, по-видимому, зависит от возраста пациентки^[320]. Не выявлено увеличения риска инфарктов в связи с ЗГТ у женщин, которые:

- начинают ЗГТ менее чем через 10 лет после последних месячных или
- находились в возрасте 50–59 лет, когда приступили к ЗГТ.

А что насчет *преимуществ* ЗГТ?

Приливы. Бесспорно, по данным исследований, ЗГТ – лучшее из имеющихся средство от приливов.

Бессонница. Если нарушения сна обусловлены ночной потливостью и/или приливами, ЗГТ улучшает сон. Для женщин, имеющих проблемы со сном в отсутствие приливов, прием ЗГТ не всегда что-либо меняет^[321]. Джон Иден полагает, что причина – в стремлении многих женщин откладывать на несколько лет лечение проблем со сном. Поэтому, даже если приливы удастся контролировать, бессонница уже успевает закрепиться.

Расстройства настроения. Если тревожность и депрессия связаны с нарушенным режимом сна ввиду приливов, ЗГТ помогает с достаточной долей вероятности. Как сказал мне Джон Иден, все, что можно предпринять, – попробовать ЗГТ в течение нескольких месяцев и посмотреть, улучшится настроение или нет. Если тревожность или депрессия – преобладающие симптомы в отсутствие приливов, тогда врачи обычно рекомендуют ряд видов лечения, таких как описаны в главе 6^[322].

«Туман в голове». Опять-таки, если приливы не вызывают ночных пробуждений, «туман в голове» может рассеяться от ЗГТ. Но свидетельства остаются в лучшем случае неоднозначными. Несколько испытаний ЗГТ показали преимущество для вербальной памяти, другие не показали никаких преимуществ.

Примечательно, что небольшое пилотное исследование профессора Сью Дэвис с участием девяти женщин позволяет предположить, что тестостерон (обычно применяемый при низком либидо) улучшает вербальное обучение и память у женщин в постменопаузе. «Большинство исследований влияния тестостерона на женщин сосредотачивало внимание на сексуальных функциях, – сказала Дэвис, – однако тестостерон оказывает на женщин воздействие в широком диапазоне, в том числе, видимо, в значительной мере способствует вербальному обучению и памяти». Профессор Дэвис не рекомендует женщинам, столкнувшимся с таким явлением, как «туман в голове», просить своего врача

выписать им тестостерон. Нам пока нужны более масштабные рандомизированные плацебо-контролируемые испытания. Как мы узнаем из главы 10, для поддержания здоровья мозга и ясности мышления также требуется правильное питание, физическая активность, достаточный сон, снижение стресса и умственная стимуляция^[323].

В случае сексуальной дисфункции (в том числе таких симптомов, как вагинальная сухость) и мышечных болей разного рода при ЗГТ тоже может наблюдаться улучшение.

Как объяснил мне Джон Иден, он не знает второго такого же состояния здоровья, симптомы которого просто терпят, несмотря на доступность надежного, дешевого и эффективного лечения. «Я вижу, как женщины уходят с работы из-за менопаузы, – сказал он, – тогда как большинство моих пациентов, больных раком, во время терапии продолжают работать».

Преимущества ЗГТ лучше всего подытожила одна моя подруга: «От нее я снова почувствовала себя самой собой». Для нее терапия была не гонкой за вечной молодостью, а скорее информированным решением встретить следующие несколько десятилетий своей жизни в состоянии умственной и физической бодрости.

Существуют различные дополнительные виды риска и преимущества, которые следует взвесить для каждой конкретной женщины, – например, рак груди в анамнезе, генные мутации, вызывающие предрасположенность к раку груди, ранняя или хирургическая менопауза, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и так далее. Кроме того, масса сложностей возникает с сочетаниями гормонов (эстрогена и/или прогестерона и/или тестостерона), а также с формой приема (в виде таблеток, геля, пластыря, вагинального пессария, в мелкодисперсном или биоидентичном виде, в виде пастилок и т. п.). Такие соображения выходят далеко за пределы темы этой книги, и, как принято советовать, обязательно проконсультируйтесь с хорошим специалистом по женскому здоровью (а не с торговым

представителем интернет-магазина!). Здесь, в Австралии, некоммерческая организация Jean Hailes for Women's Health остается ресурсом, куда я обращаюсь за обновленной, основанной на научных доказательствах, изложенной доступным языком информацией. Причем все это предназначено для широкой аудитории, а не для профессиональных медиков.

Будем надеяться, что эта информация поможет строить диалог между женщинами и их лечащими врачами о начале, продолжении или прекращении ЗГТ «на основании свидетельств, а не страха»^[324].

ЗГТ вызывает деменцию или предотвращает ее?

Свидетельства тому, что ЗГТ *не вызывает* деменции или БА, весьма убедительны. Самое последнее крупное испытание с участием 27 347 женщин, за которыми наблюдали в течение 18 лет, показало, что уровень смертности от БА и других форм деменции в этой группе при приеме препарата, содержащего только эстроген, значительно *ниже*, чем при приеме плацебо^[325].

Страх, что ЗГТ вызывает деменцию, появился благодаря результатам Инициативы исследования памяти во имя здоровья женщин (WHIMS), подгруппы WHI. У 4532 женщин, участвовавших в испытании, ЗГТ вызвала ухудшение когнитивных функций и повысила риск БА. Несмотря на всю «эталонность» этого испытания (оно было рандомизированным, двойным слепым и контролируемым), все та же проблема с протоколом бросалась в глаза: к участию привлекали женщин со средним возрастом 72 года, после менопаузы которых прошло примерно 15–20 лет, то есть спустя долгий срок после критического окна возможностей, когда ЗГТ приносит пользу. К сожалению, WHIMS пришла к *некорректным* выводам о том, что ЗГТ вредит здоровью мозга и вызывает БА. Сейчас нам известно, что ЗГТ повышает риск деменции только в том случае, если начата *после* завершения критического периода^[326].

Гораздо менее масштабное исследование с участием 428 женщин изучало влияние сроков ЗГТ на здоровье мозга^[327]. Женщины, которые начали ЗГТ во время перименопаузы, набрали больше баллов в тесте на когнитивные функции и внимание «Краткая шкала для оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination) по сравнению с женщинами, которые начали ЗГТ после менопаузы. Женщины, начавшие ЗГТ «поздно», показали в тесте результаты хуже, чем те, кто никогда не получал гормональной терапии.

Гипотезу «критического окна» подкрепляют тщательные исследования влияния гормональной терапии на самок грызунов. У крыс перименопауза является окном возможностей для эстрогеновой терапии с целью защиты мозга от упадка когнитивных функций и связанных с ним нейродегенеративных заболеваний. Когда эстроген получают крысы среднего возраста во время перименопаузы, он улучшает память и защищает от деменции. Когда эстроген получают постменопаузные крысы старшего возраста после продолжительного периода гормональной депривации, эстроген утрачивает свои нейрозащитные свойства. Некоторые исследователи полагают, что менопаузный переход – дополнительный «критический период пластичности мозга», схожий с младенчеством, подростковым возрастом и беременностью, когда эффект антистарения, присущий эстрогену, можно использовать, чтобы способствовать нормальному старению мозга в последующие десятилетия^[328].

Словом, ЗГТ может обеспечить защиту от нездорового старения мозга, если начать ее при возникновении симптомов менопаузы, и способна оказать разрушительное воздействие на мозг, если начать ее через много лет после менопаузы. Внесем ясность: единого экспертного мнения по вопросу применения ЗГТ для **предотвращения** нездорового старения мозга или каких-либо проявлений деменции не существует. Мы знаем, что ЗГТ не причиняет вреда, однако, поскольку испытания, при которых ЗГТ назначают в критический период, проводятся еще недостаточно долго, вывод о том, имеет ли она преимущества или нет, еще не сделан. Ждите новостей.

Внимание: средний возраст

Карл Юнг писал: «Вечер человеческой жизни также должен иметь свой смысл и цель, он не может быть жалким придатком утра»^[329].

Средний возраст (за исключением менопаузы) мы склонны воспринимать как спокойный период между подростковыми бурями и угасанием в старости. В то же время именно в среднем возрасте мы находимся на пике родительских обязанностей, принятия решений, уверенности в себе, самооценки и нашей способности зарабатывать и вносить свой вклад в жизнь сообщества. И именно в среднем возрасте возникают первые тревожные признаки плохого состояния здоровья мозга и здоровья в целом, но есть еще время, чтобы отдалить, свести до минимума и даже предотвратить некоторые изменения в биологическом, психологическом и социальном функционировании, типичном для более поздних стадий жизни.

Средний возраст – уникальное окно возможностей, чтобы сделать вклад в защиту и в будущее вашего мозга. Это самое время, чтобы остановиться, критически оценить положение и принять решение ради будущего здоровья. Выражаясь словами Джона Ф. Кеннеди, «подходящее время для ремонта крыши – пока еще светит солнце».

10

Стареющий мозг

Когда начинается старость?

Похоже, в этом вопросе нам никак не удастся определиться. Чем старше мы становимся, тем дальше переносим границы последнего этапа жизни.

В ходе опроса, проведенного в 2009 году в США, у участников выясняли, каков должен быть возраст человека, чтобы они сочли его «старым». Молодые люди чуть за 20 сказали, что старость начинается в 60 лет. Респонденты моложе 50 лет перенесли возрастной порог ближе к 70 годам, в то время как участники старше 65 лет сказали, что в среднем человек становится старым только после 74 лет^[330].

Стареть совсем не так плохо, как можно было бы подумать. И не так уж хорошо.

Минусы: среди опрошенных каждый четвертый в возрасте 65 лет сообщал о потере памяти. Каждый пятый страдал тяжелыми заболеваниями, переставал быть сексуально активным, испытывал приступы грусти, подавленности, страдал от одиночества и с трудом оплачивал счета. Каждый десятый ощущал себя обузой.

Плюсы: представители той же группы сообщили, что у них прибавилось времени на хобби, путешествия, волонтерскую работу, а финансовое положение стало более прочным. Из всех благ старения самым лучшим, согласно пожилым участникам опроса, оказалась возможность проводить больше времени с членами семьи.

Один из моих сыновей недавно сказал мне, что никак не может представить меня маленькой девочкой, и спросил, каково это – наконец «состариться». Я ответила, что чувствую себя сейчас точно так же, как когда мне было 10 лет. «А разве я старая? Нет, конечно!» – точно такой же ответ дали и респонденты опроса. Напротив, чем старше

они становились, тем более молодыми, по их словам, себя ощущали. Примерно половина опрошенных в возрасте до 30 лет сообщили, что чувствуют себя на свой возраст. А респонденты старше 75 лет? Лишь 35 % сказали, что чувствуют себя «старыми».

Результаты этого опроса показали, что мы, старея, продолжаем поддерживать близкие отношения с нашим гораздо более молодым «я». Аналогично мы входим в завершающую стадию нашей жизни так, что прошлое оказывается неразрывно связанным с особенностями нашей биологии. С самого рождения наше нейронное строение формируют жизненные взлеты и падения, решения, которые мы принимаем, места, где мы живем, работаем и учимся, смысл, который мы извлекаем, а также те, кого мы любим, кому дарим жизнь и с кем путешествуем во времени. То, как мы провели ранние годы, определяет то, как мы стареем.

До глубокой старости доживает все больше и больше людей, и наше время подходит для этого как нельзя лучше. Наш вместительный и умный мозг подарил нам современную медицину и инструменты, чтобы заботиться о нашем репродуктивном здоровье, избегать смерти матерей и новорожденных, делать прививки от болезней, предотвращать боль, лечить инфекции и некоторые виды рака, выполнять хирургические операции, если они необходимы. Еще 100 лет назад женщины редко доживали до 50 лет. Девочка, родившаяся сегодня, может рассчитывать на то, что увидит первые десятилетия XXII века.

Да, мы живем дольше, а что происходит при этом с нашим стареющим мозгом?

Деменция, потеря памяти и упадок когнитивных функций прочно связаны со старостью, БА – одна из ведущих причин смертности во всем мире. Так неужели платой за более продолжительную жизнь является потеря памяти и ухудшение здоровья мозга в наши последние годы?

Чтобы ответить на этот вопрос, я обратилась к двум источникам: старейшим из живущих людям, сохраняющим крепкое физическое и умственное здоровье до самого конца жизни, и нашему эволюционному прошлому.

Тысячелетиями мать-природа обеспечивала нас средствами, чтобы мы выжили и преуспели в условиях дикой природы. Наш мозг развивался так, чтобы на пути от матки до могилы помогать нам передвигаться, хорошо питаться, спать, постигать природу, избегать стресса, любить, дружить и продолжать поиски смысла. Эти потребности, относящиеся к группам «снизу вверх», «снаружи внутрь» и «сверху вниз», в точности соответствуют предписаниям повседневной жизни, которым следовали старейшие долгожители мира.

Профилактика – наша лучшая защита, об этом исследования деменции заявляют однозначно. Для тех из нас, кто ведет жизнь, стимулирующую в умственном, социальном и физическом отношении, риск возрастных заболеваний мозга оказывается ниже. Если мы ведем образ жизни как можно более близкий к предначертанному матерью-природой и в то же время пользуемся благами современной медицинской помощи, у нас есть все шансы прожить не только дольше, но и плодотворнее.

Разгадка секретов исключительного долголетия

21 февраля 1875-го – за год до того, как Александр Грейам Белл запатентовал телефон, – во французском Арле родилась малышка Жанна-Луиза Кальман. При ее жизни были изобретены самолет и кинематограф, во время поездки в Париж она видела, как возводят Эйфелеву башню, и, по ее словам, встречалась с Винсентом Ван Гогом. В 1997 году, когда погибла Диана, принцесса Уэльская, Кальман скончалась. Она прожила 122 года и 164 дня. Слепая, почти глухая и прикованная к инвалидному креслу, старушка, по отзывам окружающих, оставалась бодрой и «живой, как колибри» до самого конца. Французы называли ее *la doyenne de l'humanité* («старейшиной человечества»), ее рекорд продолжительности жизни до сих пор не побит^[331].

В апреле 2017 года в возрасте 117 лет скончалась Эмма Мартина Луиджа Морано из Верчелли, Италия. Родившись в ноябре 1899 года, Морано оставалась последним известным нам человеком, появившимся на свет в XIX веке. Согласно Книге рекордов Гиннеса, Морано примерно 90 лет следовала одной и той же удивительной диете: три яйца в день (два сырых, одно вареное), свежая итальянская паста и блюдо сырого мяса. В настоящее время корону старейшего из долгожителей носит Наби Тадзима, родившаяся в августе 1900 года на отдаленном острове Кикаидзима у южного побережья Японии^[332].

Несмотря на то что долгожители редки, как бриллианты, старейшие из старых представляют собой быстро растущую группу населения всего мира. У родившихся в 1900 году имелся всего один шанс из миллиона дожить до 100 лет, и лишь немногие прожили столько, что увидели 1950-е. Для девочек, родившихся сегодня в развитых странах, вероятность задуть 100 свечей на торте составляет примерно 1:50.

Когда Жанну Кальман расспрашивали о секретах ее долголетия, она приписывала его устойчивости к стрессам и позитивному настрою. «Я ничего не боялась. Меня часто упрекали за это, – говорила она. – Я находила удовольствие во всем, в чем только могла, действовала четко, нравственно и ни о чем не жалела. Мне очень повезло». По отзывам, Кальман съедала более двух фунтов шоколада в неделю, смазывала кожу оливковым маслом, каталась на велосипеде до ста лет и бросила курить, лишь когда ей исполнилось 117 лет, потому что гордость не позволяла ей просить у кого-нибудь помощи, чтобы прикуривать сигареты. Известная своим остроумием, она прославилась высказыванием: «У меня всегда была лишь одна морщинка, и я на ней сижу».

Упорный труд, сырые яйца, велосипед и отсутствие сожалений. Мы настойчиво стремимся узнать секреты долгожителей, и обычно старейшие из старых охотно делятся своей проверенной временем мудростью. «Я жду. Смерти и журналистов», – однажды съязвила Кальман.

Безусловно, люди, дожившие до 100 лет, дают нам уникальную возможность разгадать секреты долголетия. Для одной научной группы из Сиднея, Австралия, самые старые из ныне живущих – шанс изучить успешное старение здорового мозга. Шарлен Левитан и ее коллеги из Центра старения здорового мозга при Университете Нового Южного Уэльса проводят Сиднейское исследование столетних (Sydney Centenarian Study) – проект с участием 400 жителей окрестностей Сиднея, достигших 95 лет.

«Современная медицина позволила нам добавлять годы к нашей жизни, но, думаю, не менее важно также добавлять жизни к нашим годам, – сказала мне Левитан по телефону. – Потому что это, как я пытаюсь доказать с помощью нейробиологии и медицины, и есть ключ к успешному старению, чтобы все мы могли жить более долгой и здоровой жизнью. Я трепетно отношусь к признанию ценности старейших членов нашего общества и мудрости, которой мы можем научиться у них, – она может обогатить все наше общество».

Старейшие жители пригородов Сиднея, привлеченные к исследованию, представляют население Австралии в целом. «В нашей группе есть и те, кто страдает тяжелой деменцией, и на редкость высокофункциональные люди, – говорит Левитан. – Одна из наших целей – охватить и учесть весь спектр ментальных и физических функций». После подтверждения их возраста и его перекрестной проверки по официальным источникам все участники проходят оценку состояния психического, физического, когнитивного и социального здоровья и по возможности – МРТ и анализ крови. И наконец, им предлагают принять участие в донорской программе Сиднейского банка мозга. «На третьем этапе оценки мы проводим автобиографическое интервью. Оно делает исследование таким насыщенным. Я просто в восторге от их рассказов, от их отношения, готовности сотрудничать и терпения», – признается Левитан.

В еще одном проекте, посвященном долголетию, автор National Geographic Дэн Бюттнер выявил во всем мире пять «голубых зон», где люди доживают до поразительно глубокой старости. Несмотря на то что эти зоны разбросаны по всему миру, в образе жизни людей, живущих там, есть явное сходство. «Их долголетие не имеет никакого отношения к жесткой дисциплине, диетам, комплексам упражнений или пищевым добавкам», – говорит Бюттнер. Он считает, что долголетие в «голубых зонах» – результат жизни в подходящей обстановке, которая постоянно «подталкивает» людей к ведению здорового образа жизни^[333].

Жители полуострова Никоя в Коста-Рике ставят на первое место дружбу и семью и почти никогда не работают сверхурочно, если вместо этого есть возможность устроить хорошую вечеринку. Они также придают большое значение *plan de vida*, или смыслу жизни.

В Лома-Линда, Калифорния, четкое ощущение цели, день отдыха, политика отказа от курения и здоровое питание местной общины адвентистов седьмого дня оказали влияние на здоровье целого города.

Жители горных деревушек Сардинии, Италия, и греческого острова Икария устраивают себе дневной сон, постятся, сами выращивают себе пищу и ежедневно пьют вино в компании друзей. Считается, что свежий воздух, теплый ветер и пересеченная местность средиземноморских островов побуждают местных жителей чаще бывать вне дома и больше двигаться естественным образом.

Жители японского острова Окинава, родины женщин, живущих дольше всех в мире, преданы семье. Они придерживаются принципа «хара хати бу» – напоминания, что перестать есть следует, когда ты сыт на 80 %, а также «икигай» – дословно «почему я просыпаюсь по утрам». Они же образуют «моаи» – группы из пяти друзей, отношения между которыми сохраняются на всю жизнь.

Бюттнер отразил особенности образа жизни «голубых зон» в уроках долголетия. По его словам, чтобы дожить до ста лет, надо «выиграть в генетическую лотерею». Но и продолжительность жизни среднестатистического человека можно увеличить благодаря движению, дружеским отношениям, семейным и социальным сборищам, если пить вино, меньше есть и поддерживать ощущение осмысленности жизни.

Поскольку очень старые люди – редкость, Сиднейское исследование столетних поддерживает партнерские отношения с группами, исследующими долгожителей во всем мире, чтобы объединить ресурсы и информацию и делать более обоснованные выводы. Их данные подтверждают наблюдения, сделанные для «голубых зон».

«Из глобальных исследований следует, что долголетие на 30 % объясняется генетикой, – говорит Левитан. – Оставшиеся 70 % имеют отношение к нашему образу жизни, в том числе к правильному питанию, упражнениям и интеграции в общество». Одна из основных тем связана с такими особенностями личности, как психологическая устойчивость, приспособляемость и оптимизм. «Большинство наших долгожителей сообщают об

оптимизме как о личной черте, присущей им на протяжении всей жизни», – объясняет она.

Необычайно старые – и необычайно счастливые и здоровые?

Мама часто говорит мне, что ни в коем случае не желает дожить до ста лет. И в ее словах есть логика. Следовать принципам долголетия в попытке прибавить годы к своей жизни – это, конечно, хорошо и замечательно, но *какой* она окажется, жизнь в эти годы?

«Разумеется, убеждение, что чем старше становишься, тем сильнее болеешь, – это миф, – говорит Левитан, которая обнаружила, что долгожители обычно остаются на удивление здоровыми до чрезвычайно преклонных лет, а период болезней отодвигается у них на самый конец жизни. Аналогично, уникальность жителей “голубых зон” не только в долгой жизни, но и во многих годах без болезней и немощи – в так называемой “продолжительности здоровой жизни”».

Отчет о здоровье Жанны-Луизы Кальман в возрасте 118 лет, опубликованный в журнале *British Journal of Psychiatry*, – еще один пример. «Результаты ее тестов на вербальную память и беглость языка сравнимы с результатами лиц с тем же уровнем образования в возрасте старше 80 и 90 лет. Функции лобных долей сравнительно сохранены, нет свидетельств депрессивной симптоматики или других функциональных нарушений», – пишет невропатолог Карен Ритчи, которая обследовала Кальман. Ритчи отмечает, что «неразумно делать обобщения по результатам единственного случая» и что Кальман может оказаться «статистическим исключением», однако ее случай на самом деле норма^[334]. Как группа долгожители наделены поразительной способностью обходить стороной обычные болезни и недуги старости.

Левитан объяснила мне, что исследователи выделяют три больших группы долгожителей: «избежавшие», «отдалившие» и «выжившие». Их называют так по способу справляться с основными заболеваниями, которые связаны с возрастом и убивают их ровесников.

«Избежавшие» – те невероятные счастливицы, которые ухитрились дожить до ста лет без болезней, сохранив поразительно прочное ментальное и физическое здоровье, – рассказала Левитан. – Есть также «отдалившие», у которых все связанные с возрастом заболевания отсрочены до возраста под 90 лет. И наконец, «выжившие» – это те, у кого была диагностирована какая-либо болезнь, связанная с возрастом: рак, инсульт, инфаркт, диабет и т. д. Но они, как ни странно, ее побороли».

Еще в одном подобном проекте, Исследовании долгожителей Новой Англии (NECS), выяснилось, что из каждых пяти долгожителей один – «избежавший», два «выживших» и два «отдаливших». Хотя мужчины гораздо реже доживают до ста лет, вероятность стать «избежавшими» для них в два раза больше, чем для женщин. В группах «выживших» и «отдаливших» мужчин и женщин поровну.

Мужчины-долгожители выглядят более здоровыми, чем женщины. Независимо от возраста мужчины угасают перед смертью быстрее, их период нездоровья оказывается очень кратким. Женщины зачастую медленнее переходят от здоровья к смерти, чаще посещают врачей, успевают достичь большей степени немощности^[335].

В некотором смысле очень старые люди становятся «сиротами времени». В преклонном возрасте социальный ландшафт скудеет, давних партнеров и друзей уже нет в живых^[336]. Со стороны это выглядит тоскливо и угнетающе, однако вот парадокс: чем старше становится человек, тем он счастливее.

По сравнению со средним возрастом эмоциональное самочувствие, ощущение счастья и оптимизм у очень старых людей в среднем выше. В статье под названием «Парадокс эмоций стареющего мозга» геронтолог из Калифорнийского университета в Дэвисе Мара Мэтер объясняет, что пожилые люди менее реактивны на стресс эмоционально и физически, чем те, кто моложе их. «Когда

пожилые люди испытывают напряженность в межличностных отношениях, они реже прибегают к деструктивным стратегиям конфликта, таким как крики, споры и оскорбления, и в целом находят напряженные межличностные ситуации менее стрессовыми, чем более молодые люди», – пишет Мэтер. Способность здоровых пожилых людей держать удар объясняется скорее всего рядом факторов, в том числе мудростью, суждениями, опытом и возрастными изменениями в мозге^[337].

Как спрогнозировать, кто доживет до ста

Можно ли предсказать заранее, кто получит в день своего столетия поздравительную телеграмму от королевы? Может быть, долгожители – взрослая версия удивительно устойчивых «одуванчиков», с которыми мы встречались в предыдущих главах?

Эти вопросы я задала профессору Ричи Полтону, главе Данидинского мультидисциплинарного исследования здоровья и развития. Напомню, что в ходе этого проекта придиристо отмечались все подробности жизни более чем тысячи человек, родившихся в середине 1970-х годов. В настоящее время эта группа достигла среднего возраста, и Полтон считает, что уже можно примерно определить, кто из них задует сто свечек на своем торте. «Это очевидно по вполне понятным причинам», – говорит он.

Полтон и его группа оценивали темпы биологического старения тысячи участников исследования. Биологическое старение оценивалось путем определения «согласованного упадка общего состояния систем множественных органов» и включало 18 биомаркеров здоровья сердечно-сосудистой, метаболической и эндокринной систем, легких, печени, почек, иммунной системы и зубов. На протяжении 12 лет биомаркеры определялись в трех временных точках – по достижении участниками возраста 26, 32 и 38 лет. Несмотря на то что им лишь перевалило за 40 и они еще слишком молоды для возрастных болезней, общая схема прослеживается отчетливо. «С 26 до 38 лет мы видим рост дифференциации между группами в

отношении их физического и ментального здоровья», – говорит Полтон. По темпам, с которыми участники набирали баллы старения, было выявлено три группы: средняя, год физиологического упадка которой приходился на один календарный год; группа быстрого старения, темпы возрастных изменений в которой были вдвое выше, и группа медленного старения, в которой почти не наблюдалось изменений.

Затем коллеги Полтона выбрали шесть характеристик из личной истории, уже связанных с плохим состоянием здоровья и смертностью: случаи долголетия в семье, социальный статус в детстве, негативный опыт детства, здоровье в детстве, интеллект и самоконтроль. В отчете, опубликованном в 2017 году в *Aging Cell*, Полтон пишет: «Все участники исследования, бабушки и дедушки которых прожили недолго, которые выросли в семьях, принадлежащих к низшим социальным классам, пережили больше негативных событий в детстве, были в детстве слабы здоровьем, набрали меньше баллов в тесте IQ и имели слабый самоконтроль, продемонстрировали свидетельства ускоренного биологического старения с 20 до 40 лет».

«Группа быстрого старения вступит во вторую половину жизни в плохой форме, которая станет еще хуже, – предсказывает Полтон. – Обращать внимание на старение нам следует в более молодом возрасте, чем можно подумать. К началу средних лет уже необходимо применить терапию, чтобы изменить ситуацию». Он признается, что горше всего ему сознавать, что он не успеет узнать, сбудутся его прогнозы или нет. «К тому времени я уже прорасту ромашками», – говорит он [\[338\]](#).

Разумеется, не все долгожители или медленно стареющие люди одинаковы, личная история каждого уникальна. Ученые, проводящие исследование NECS, обнаружили, что группа участников широко варьируется по продолжительности образования (от полного отсутствия до аспирантуры), социально-экономическому статусу (от очень бедных до очень богатых), религиозной и этнической принадлежности, а также по особенностям

питания (от строгих вегетарианцев до потребляющих очень много насыщенных жиров).

Однако у долгожителей в Сиднее, Новой Англии и Окинаве все же нашлось несколько общих ключевых характеристик.

- Они почти всегда худые.
- Они редко курят (Кальман – исключение).
- Они умеют лучше гасить стрессы, чем большинство людей.
- У женщин в анамнезе присутствуют роды после 35 и даже 40 лет.
- Они набирают мало баллов по таким личным характеристикам, как невротичность, и много – по оптимизму и целеустремленности.

Поразительное долголетие явно относится к семейным чертам: дети, братья и сестры долгожителей более здоровы, у них более благоприятный «биологический профиль», они стареют медленнее. Примечательно, что брат Жанны Кальман Франсуа дожил до 97 лет, но, как она выразилась, «Бог не захотел видеть в одной семье двух столетних стариков, так что жизнь длиной в век досталась мне»^[339].

Означает ли это, что долголетие передается генетически?

«Никоим образом, – утверждают ученые, проводящие Исследование долгожителей Окинавы (Okinawan Centenarian Study) и входящие в глобальный консорциум. – Мы считаем, что у жителей Окинавы есть и генетические, и негенетические преимущества долголетия. Это лучшее сочетание из возможных: привычки питания, физическая активность, психологические и социальные аспекты – все они играют важную роль в долголетию жителей Окинавы»^[340].

Оказывается, генетически все мы способны дожить как минимум до 80 лет. Как объясняют ученые, проводящие исследование NECS, это становится понятно в контексте изучения адвентистов седьмого дня из Лома-Линда, которые живут на 8–10 лет дольше среднестатистического американца в соседних городах. В целом как группа они физически подтянуты, придерживаются вегетарианской диеты, не курят, проводят массу времени со своими близкими и с другими прихожанами своей церкви. Множество американцев делают почти прямо противоположный жизненный выбор и в итоге умирают молодыми. «Результаты адвентистов седьмого дня также показывают нам, что гены среднестатистического американца позволяют ему дожить почти до 90 лет, так что от него требуется только позаботиться о себе и вести правильный образ жизни», – говорят исследователи NECS^[341].

Почему женщины живут дольше мужчин?

Повсюду в мире женщины переживают мужчин. В 2016 году в Австралии медианный возраст в момент смерти составил 85 лет у женщин и 78,9 года у мужчин. Гендерный разрыв с годами растет: среди долгожителей во всем мире перевес на стороне женщин с соотношением их к мужчинам 9:1. Преимущество имеют не только женщины, но и самки других видов – от медоносных пчел до козаток и грызунов, у которых самки живут дольше самцов^[342], ^[343].

Размеры гендерного разрыва по продолжительности жизни всегда менялись в обе стороны. До наступления современной эпохи на смертность влияли войны, инфекции и смерть при родах. В Европе в XIX веке люди жили не больше 40 лет, долголетие у мужчин и женщин в целом выглядело очень похоже. Высокая смертность женщин из-за беременности и родов соответствовала высокой смертности мужчин по причинам, связанным с работой, несчастными случаями или войной (от инфекций и болезней умирали в равной степени представители обоих полов). Максимальный разрыв по этим показателям наблюдался в середине XX века. Например, в 1970-х годах в Великобритании средняя продолжительность жизни для мужчин была примерно на семь лет меньше, чем для женщин. Мужчины, умершие преждевременно в 1970-х годах, росли в первые десятилетия XX века. Тогда большинство молодых мужчин курили и пили спиртное, участвовали в войне и занимались физически напряженным трудом. Такие мужчины стали «носителями» избыточной смертности, обусловленной их растроченной молодостью.

В настоящее время подростки и молодые мужчины в три раза вероятнее, чем молодые женщины, погибают в авариях (обычно автомобильных), совершают самоубийства, тонут, гибнут в результате насилия. Такими

темпами до 25 лет доживает больше женщин, чем мужчин. В среднем возрасте мужчины по-прежнему с большей вероятностью умирают в автомобильных авариях и по причине самоубийства, но вместе с тем у них начинают появляться болезни, связанные с курением, употреблением алкоголя и неправильным питанием, и смерть от сердечных болезней становится основной причиной гендерного разрыва. У мужчин риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний возникает после достижения 40 лет. У женщин он начинает расти лишь после менопаузы. К старшему возрасту мужчины чаще женщин умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, рака и диабета. Разумеется, и женщины не бессмертны, и мы возглавляем статистику смертей от деменции, легочных и цереброваскулярных заболеваний, гриппа и пневмонии [\[344\]](#).

В последние несколько десятилетий разрыв, кажется, начал сокращаться. Ученый из Гарварда Томас Перлс, который руководит исследованиями NECS и LLFS (Исследованием долгой жизни семьи), предполагает, что сокращение разрыва происходит главным образом за счет снижения смертности мужчин в противовес росту женской смертности. Он добавляет: «В целом, чем выше уровень социального и экономического развития страны, тем выше продолжительность жизни для мужчин и женщин и ближе друг к другу эти две цифры».

Продолжительность жизни и жизненные обстоятельства женщин, которым сейчас за 80 и 90 лет, кардинально отличались от типичных для их дочерей и внуков. Каждое поколение «переносит» вперед риск, связанный с их образом жизни.

Только время покажет, достигнут ли «равенства» в смертности девочки и мальчики, родившиеся сегодня.

Влияние биологического пола на продолжительность жизни

Секрет долголетия, в сущности, очень прост: избегайте смерти в молодом возрасте! Так почему женщины живут дольше – потому что мы уделяем больше внимания советам по образу жизни, как в «голубых зонах», или чаще бываем у врача, таким образом избегая ранней смерти?

Вероятно, нет. Как уже упоминалось, женщины преклонного возраста часто проводят свои дополнительные несколько лет в состоянии плохого здоровья, вдобавок самки других видов обычно живут дольше самцов, так что сомнительно, что нам следует приписывать гендерный разрыв практикам здорового образа жизни.

Безусловно, мужчины и женщины различаются на генетическом уровне, и, согласно одной гипотезе, «резервная» X-хромосома женщин обеспечивает преимущества при выживании. В отличие от женщин у мужчин всего одна X-хромосома, поэтому они не в состоянии полагаться на такой резерв, если ген в X-хромосоме окажется дефектным.

Еще одна гипотеза указывает на митохондрии, которые присутствуют почти во всех животных клетках и заняты преобразованием нашей пищи в энергию, питающую организм. Генетическая вариативность митохондрий надежно предсказывает продолжительность жизни мужчин, но не женщин. Мы получаем копии генов от обоих родителей – для всех генов, кроме митохондриальных, поступающих только от нашей матери. Возможно, естественный отбор, который является «процессом контроля качества» эволюции, проверяет качество митохондриальных генов лишь у женщин, поэтому носителями мутаций, связанных со старением, становятся мужчины^[345].

И наконец, долголетие женщин может быть выгодно по такой приятной и уютной причине, как бабушки! Ранее в этой книге мы видели, что менопаузные косатки вносят свой вклад в выживание молодых косаток, направляя всю стаю туда, где есть рыба, и схожая гипотеза предполагает, что матриархи у людей обеспечивают те же преимущества

для выживания посредством практики так называемого «аллопарентинга».

Милая, но спорная «гипотеза бабушек» была впервые выдвинута в 1980-х годах. Тогда антрополог Кристен Хоукс побывала в Танзании у племени охотников и собирателей хадза. Она заметила, что, когда бабушек привлекали к помощи дочерям, к присмотру за детьми и приготовлению пищи, и внуки, и племя в целом были более здоровыми и жили дольше. Хоукс развила эту мысль и предположила, что бабушки обеспечивают фундамент для социальных связей у людей, для уз, связывающих пары, и эволюции мозга. С тех пор Хоукс сформулировала свою исходную гипотезу более обтекаемо на основе математического моделирования населения, но она по-прежнему утверждает: «Людьми нас делают бабушки».

Влияние репродуктивной истории на продолжительность жизни

Наша репродуктивная история охватывает период времени от менархе до менопаузы, включает ряд беременностей, возраст первой и последней, а также продолжительность грудного вскармливания. Эта история отражает совокупное влияние половых гормонов на нас, а также время, в течение которого мы «подвергались влиянию» родительских обязанностей, что вместе воздействует на продолжительность жизни и продолжительность здоровой жизни неожиданным образом.

Например, чем старше женщина на момент своих *последних* родов, тем дольше она проживет – этот феномен впервые заметили у долгожительниц, поразительное множество которых родили детей в довольно позднем возрасте. Согласно исследованию LLFS, у женщин, родивших *после* достижения 40 лет, вероятность дожить до ста лет в четыре раза выше, чем у женщин, родивших последнего ребенка *до* достижения 40 лет. А у женщин, последний ребенок у которых появился после достижения 33 лет, вдвое больше шансов на долголетие по сравнению с женщинами, которые родили своего последнего ребенка раньше, чем им исполнилось 29 лет^[346].

Возраст, в котором женщина рождает своего *первого* ребенка, тоже имеет значение. Раз за разом исследования обнаруживают, что у женщин, родивших до 20 лет, с возрастом здоровье ухудшается заметнее и они умирают в более молодом возрасте, чем женщины, откладывающие свою первую беременность. К сожалению, социально-экономическое положение вносит свой вклад в эту статистику. Матери из числа не достигших 20 лет с большей вероятностью вырастают в неблагополучных семьях, чем женщины, которые откладывают свою первую беременность. Из-за необходимости растить ребенка более

молодые матери реже продолжают учебу, а их семьи чаще тоже становятся неблагополучными^[347].

С годами появилось немало противоречивых отчетов о том, влияет ли *количество* детей на продолжительность жизни их матери. Оказывается, связь между материнством и смертностью образует восходящую J-образную кривую. Если вы, как и я, любите выпить бокал красного, вам наверняка знакома восходящая кривая зависимости потребления алкоголя и здоровья, согласно которой один-два бокала вина в день более благоприятны для здоровья, чем полный отказ от вина или его избыточное потребление. Как и в случае с вином, иметь двоих или троих детей лучше для здоровья и долголетия матери, чем остаться бездетной или родить четырех и более детей^[348].

И наконец, короткие промежутки между появлением детей (менее 18 месяцев, а также рождение двойни или тройни) связаны с ухудшением здоровья, ростом вероятности приема антидепрессантов (и неудивительно) и с ростом смертности, в отличие от ситуации, когда дети появляются на свет с интервалом два-три года. Исследователи утверждают, что «эмоциональная, психологическая и социальная нагрузка при воспитании нескольких детей» оказывает «негативное долгосрочное воздействие на здоровье родителей»^[349]. Полностью согласна: стрессы и трудности воспитания двух мальчиков в возрасте до двух лет, в отсутствие помощи живущих неподалеку родственников, быстро сказались на моем психическом здоровье. Надеюсь лишь на то, что я родила их вскоре после наступления волшебного возраста, 33 лет, и что этот факт как-нибудь уравновесит минусы!

Примечательно, что восходящая J-образная кривая зависимости между здоровьем и количеством детей, а также промежутками между родами сохраняется и для отцов. Чем больше детей у мужчины, тем выше его риск смерти от болезней, связанных с алкоголем, сердечно-сосудистых заболеваний и несчастных случаев. Хоть и подмывает сделать вывод, что дети доводят мужчин (и женщин) до пьянства (или служат им оправданием

выпитых бокалов вина), нет никаких свидетельств причинно-следственной связи между нашими детьми и нашим здоровьем: вместо нее существует *корреляция*.

Остается еще выяснить, вносит ли свой вклад в долголетие совокупное воздействие эстрогена или беременность сама по себе. Но, если говорить в общем, как в случае с пресловутым яблоком в день, эстроген защищает и «гонит доктора в дверь».

Разумеется, есть данные, свидетельствующие о том, что рождение детей и их кормление грудью защищает от некоторых видов рака, особенно рака груди и яичников. Защитный эффект особенно силен, если родить детей до достижения 30 лет и кормить их грудью не меньше года. Считается, что защита обусловлена скорее меньшим воздействием ежемесячных колебаний уровней эстрогена и прогестерона, нежели снижением общего воздействия.

Женщин, которые принимают решение о ЗГТ, наверняка успокоят результаты 18 лет наблюдений после испытаний ЗГТ. В отчете, опубликованном в журнале JAMA в 2017 году, сказано, что не обнаружено «никакого долгосрочного роста смертности по всем причинам или смертности по конкретным причинам, таким как сердечно-сосудистые заболевания или рак, у женщин, получавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ) в течение 5–7 лет»^[350]. И как мы уже обсуждали в главе 9, снижается риск БА и улучшаются когнитивные функции, если начать ЗГТ в критический период. То есть приступить к ней надо, когда симптомы менопаузы только появляются, а не несколько лет спустя. Более раннее наступление менархе, более поздний возраст при последней беременности и применение оральных контрацептивов также защищают от снижения когнитивных функций на поздних стадиях жизни.

Важно отметить, что большинство данных по репродуктивной истории, гормональному фону и долголетию вычислено на основании масштабных исследований популяционного масштаба, зачастую из Скандинавских стран, где правительство особенно

тщательно следит за ведением записей о состоянии здоровья. Например, результаты по промежуткам между родами поступили из Норвегии, где исследователи смогли собрать полные истории болезни для всех женщин и мужчин, когда-либо родившихся и живущих в стране начиная с 1935 года. Аналогично данные по размеру семьи поступили из шведской системы регистрации населения для всех, кто родился и жил в стране в 1932–1960 годах.

Всем нам свойственно любые исследования применять к себе и рассматривать результаты сквозь призму собственной жизни. Поэтому важно помнить: плюсы и минусы, о которых я упоминала, выявлены на основании средних показателей для крупных групп населения и не всегда полностью применимы к каждому из нас.

Томас Перлс соглашается: «Это не значит, что женщины должны откладывать появление детей на потом, чтобы повысить свои шансы на более долгую жизнь. Возраст при последних родах может быть показателем темпов старения. Естественная способность иметь детей в более старшем возрасте, скорее всего, указывает на то, что репродуктивная система женщины стареет медленно, следовательно, как и весь ее организм»^[351]. Так что, если вам около 20 лет, не стоит применять данные по долголетию к планированию своей будущей семьи.

Деменция – проблема здоровья женского мозга?

БА и другие виды деменции у женщин встречаются чаще, чем у мужчин. Известен ряд потенциальных биологических и социальных причин этого явления.

Согласно преобладающей точке зрения, женщины в среднем просто живут дольше мужчин, а старение – наибольший фактор риска для БА.

Взаимосвязанная причина – мужская «ошибка выжившего». Мужчинам, которые дожили до старости, свойственно быть более здоровыми, чем женщинам того же возраста. Следовательно, у них меньше риск развития БА.

Еще один широко известный генетический фактор риска для БА – ген АРОЕ-ε4. В 2017 году метаанализ почти 58 тысяч человек выявил, что у женщин с определенным видом АРОЕ-ε4 развитие БА более вероятно, чем у мужчин с тем же видом этого гена, но лишь в возрасте 65–75 лет^[352].

И последняя причина, которую часто называют как объяснение межполовых различий риска, – низкий уровень образования женщин. Чем больше лет продолжается учеба женщины, тем ниже ее риск развития БА. Тот простой факт, что женщины, родившиеся до 1950-х годов, обычно ограничивались меньшим количеством лет образования, чем мужчины, тоже может объяснить, почему мозг женщин оказался более уязвимым для БА в пожилом возрасте^[353].

В сентябре 2017 года Австралийское статистическое бюро (ABS) обнародовало отчет, в котором утверждалось, что деменция – главная причина смерти австралийских женщин. У мужчин деменция заняла второе место в списке, уступив только сердечно-сосудистым заболеваниям. ABS предупредило, что по мере совершенствования методов лечения сердечно-сосудистых

заболеваний, когда мужчины смогут жить дольше и оставаться более здоровыми, деменция станет основной причиной смерти и для них [\[354\]](#).

Нам выпала честь жить в мире, где продолжительность жизни растет; старение населения, которое так беспокоит многих, на самом деле одно из величайших достижений человечества. Цена нашего долголетия – это деменция, которая стала для человечества серьезной проблемой здоровья мозга.

Деменция – проблема здоровья мозга для человечества

Во Всемирном отчете по болезни Альцгеймера, обнародованном в 2015 году и посвященном глобальному влиянию деменции, сказано, что каждый год во всем мире диагностируется свыше 9,9 миллиона новых случаев деменции, то есть по одному каждые 3,2 секунды. В 2015 году количество пациентов с деменцией составляло 22,9 млн человек в Азии, 10,5 млн человек в Европе, 4 млн – в Африке и 9,4 млн человек в обеих Америках. По мере достижения пожилого возраста представителями так называемого поколения бебибумеров (родившихся в 1946–1964 годах) численность пациентов с деменцией будет удваиваться каждые 20 лет^[355].

Эта статистика вызывает тревогу. Отчет ВОЗ 2015 года по деменции отражает наши чувства: «Деменция чрезвычайно стигматизирована и повсеместно внушает страх. Зачастую ее воспринимают как нормальный элемент старения, поэтому не предпринимают никаких действий, чтобы предотвратить или лечить ее»^[356].

Хотя статистика варьируется в зависимости от страны, абсолютный риск каждого из нас, вероятно, не так высок, как вы опасаетесь. В Великобритании на каждую сотню жителей в возрасте 65–69 лет приходится примерно двое больных (2 %) деменцией; эта цифра вырастает до каждого пятого (20 %) в возрастной группе 85–89 лет. В большинстве отчетов об исследованиях долгожителей указано, что распространенность деменции у очень старых людей держится на уровне где-то 45–65 %, Сиднейское исследование столетних подтверждает эти результаты. С другой стороны, 80 % людей старше 80 лет и примерно половина долгожителей старше 100 лет деменцией не страдают.

Не отчаивайтесь: вопреки распространенному мнению, деменция *не* является естественным или неизбежным следствием старения. Деменция – это болезнь, и, хотя

лечения для нее пока нет, существуют меры, которые можно принять, чтобы склонить чашу весов со здоровьем мозга в свою пользу.

В конце 2015 года международная группа ученых объединила данные 323 исследований с участием 5000 человек и оценкой 93 факторов, предположительно влияющих на риск БА, многие из которых также увеличивали риск сердечно-сосудистых болезней. Всего было обнаружено девять устранимых факторов риска как причина 66 % случаев БА во всем мире. Самым значительным из этих факторов оказалось интенсивное курение, а защиту обеспечивало правильное питание.

Для мужчин и женщин в число этих девяти устранимых факторов риска вошли: ожирение, курение, атеросклероз сонной артерии (сужение просвета артерий), диабет второго типа, низкий уровень образования, общий высокий уровень гомоцистеина, депрессия, высокое артериальное давление, болезненная слабость.

У женщин защитой от БА служила эстрогеновая терапия (прием противозачаточных таблеток или ЗГТ).

В статье был сделан неожиданный, но обнадеживающий вывод: из каждых трех случаев БА, выявляемых во всем мире, два можно предотвратить [\[357\]](#).

Что такое деменция? Чем она отличается от болезни Альцгеймера?

Деменция – собирательный термин для симптомов большой группы заболеваний, вызывающих прогрессирующий упадок функций человека. Существует более 100 заболеваний, вызывающих симптомы деменции, в том числе БА, лобно-височная деменция (ЛВД), сосудистая деменция, болезнь Паркинсона, деменция с тельцами Леви, болезнь Гентингтона, алкогольная деменция (синдром Корсакова) и болезнь Крейтцфельда – Якоба. БА – наиболее распространенная форма деменции, составляющая 50–70 % всех случаев, – вот почему этими

двумя терминами зачастую пользуются как взаимозаменяемыми [\[358\]](#).

Ранние признаки деменции малозаметны и неопределенны. Среди симптомов:

- прогрессирующая и частая потеря памяти;
- дезориентация;
- изменения личности;
- апатия и замкнутость;
- гнев и агрессия;
- потеря способности выполнять повседневные задачи.

Очевидно, что эти симптомы являются общими для ряда состояний, в том числе дефицита гормонов и витаминов, депрессии, инфекций и опухолей мозга и, как мы говорили в последней главе, менопаузы. Следовательно, важно, чтобы медицинский диагноз был поставлен на ранней стадии, когда симптомы только возникли, чтобы болезнь, поддающуюся лечению, выявили и приняли надлежащие меры.

Потеря памяти при старении – это нормально

Один из главных симптомов деменции – потеря памяти, но, как указывают материалы организации «Деменция в Австралии», есть разница между забывчивостью как нормальным элементом старения и как симптомом деменции, то есть болезни. У людей с деменцией наблюдается *стойкая* и *прогрессирующая* потеря памяти – вплоть до такого состояния, когда она влияет на способность выполнять обычные повседневные задачи^[359].

Еще одна разновидность потери памяти, которую обычно испытывают в связи со старением, – легкие когнитивные нарушения (ЛКН). Типичные жалобы пациентов с ЛКН – на сложности с запоминанием имен людей, с которыми они недавно познакомились, на потерю нити разговора, на все более частые потери вещей, положенных не на то место. Однако эти люди способны функционировать независимо и не проявляют других признаков деменции, таких как изменения личности, дезориентация, нарушения логического мышления или суждений^[360].

Важно понять, что даже самым молодым, адекватным и сообразительным из нас случается время от времени что-нибудь забывать. И это совершенно нормально. Так что те моменты, когда «слово вертится на языке, но не вспоминается», – самое обычное явление и не обязательно признак деменции. Как уже было сказано в главе 9, между обычной забывчивостью и деменцией есть разница. Всем случается терять ключи от машины. Беспокоиться следует лишь в том случае, если вы нашли их, но так и не смогли вспомнить, зачем они нужны.

У каждого из нас есть сугубо человеческое свойство уделять внимание таким моментам забывчивости и все сильнее тревожиться из-за них с возрастом. Порой мы ищем примеры, которые подтверждают наш самый сильный страх. Так, с недавних пор «минутки склероза»

у меня стали случаться чаще обычного. То забытое слово вертится на языке, то я, зайдя в комнату, не могу вспомнить, зачем туда пришла. Подумав, я вспомнила, что моя «забывчивость» началась примерно три недели назад, как раз в то время, когда я приступила к исследованиям деменции и начала писать о ней. Вот вам наглядный пример предвзятости подтверждения!

Застревание в настоящем при деменции

Нам свойственно заострять внимание на потере памяти как главном симптоме деменции. Однако пациенты с деменцией теряют не только способность вспомнить прошлое, но и представить будущее. Нейробиолог Муйрэнн Айриш, адъюнкт-профессор Сиднейского университета, вместе со своими коллегами решила выяснить, как системы мозга участвуют в таких когнитивных процессах, как память, воображение и социальные когнитивные функции, страдающих при деменции.

Еще во время учебы в дублинском Тринити-колледже Айриш обнаружила, что успокаивающая музыка, особенно «Весна» из «Времен года» Вивальди, способствует возвращению автобиографических воспоминаний у пациентов с БА. Проверка памяти о своей жизни, с целью которой пациентов просят рассказать о своих школьных годах, свадьбе, рождении детей, недавних праздниках или похоронах, – распространенный метод оценки потери памяти^[361].

По сравнению с тишиной при прослушивании Вивальди пациенты с БА заметнее расслаблялись и меньше волновались, и снятие стресса каким-то образом помогало им успешнее вызывать в памяти воспоминания. «Когда мы обращались к механизмам, благодаря которым музыка способствовала автобиографической памяти, выяснилось, что речь идет не об изменениях во внимании или возбуждении, – сообщила мне Айриш в телефонном разговоре. – Дело было в снижении тревожности пациентов».

Как объяснила мне Айриш, большинство людей считают погруженность в приятные размышления «бездельем», а не важной и плодотворной функцией мозга, влияющей на наше самоощущение, самочувствие и социальные когнитивные функции. «В ходе эволюции развились сложные нейронные сети, позволяющие нам грезить и размышлять. Это означает, что они обладают некой эволюционной адаптивной ценностью, – считает Айриш. – Спонтанное блуждание мысли может привести к значительным достижениям в творчестве, к инновациям, к более выраженной социальной эмпатии».

Айриш рассказала мне о недавнем исследовании, для участия в котором она пригласила к себе в лабораторию здоровых молодых людей и пациентов с деменцией и попросила их посмотреть на ряд ярко раскрашенных фигур, показанных на экране (определенно нудное задание). Время от времени участников спрашивали, о чем они думают. Здоровые молодые люди неизменно рассказывали в ответ довольно сложные истории о том, как желтая фигура навела их на мысли о солнце и песке на том острове, где они побывали в прошлый отпуск, о потрясающей еде, которую пробовали, а она, в свою очередь, напомнила им, что этим вечером надо зайти за покупками к ужину. «Несмотря на все старания сосредоточиться, они мысленно отдалялись от нудного задания», – пояснила Айриш.

Ответам пациентов с деменцией не доставало глубины и воображения, так как им было трудно позволить мыслям блуждать. «Они буквально застревали, причем самым конкретным образом, на раздражителе, находящемся перед ними. “Это был симпатичный желтый треугольник” – таким мог быть типичный ответ», – рассказывала Айриш.

«Для пациентов с деменцией мир привязан к настоящему. Их способность помнить прошлое постепенно размывается, от воспоминаний остаются лишь мелкие островки, – объяснила она. – Потеря способности вспоминать ключевые события прошлого лишает нас ощущения идентичности, так как мы не можем воскресить в памяти яркие, судьбоносные события, определяющие

нас как личность. И, хотя будущее у пациентов с деменцией есть, оно вне досягаемости, поскольку они не в состоянии представлять себе предстоящие события и с нетерпением ждать их».

Работа Айриш имеет значение потому, что доказывает: деменция – это не просто «потеря памяти», а потеря присущей нам сугубо человеческой способности погружаться в мысли и устанавливать связь не только с нашим прошлым, но и с нашим ощущением «я» и собственного будущего.

Рассмотрим стареющий мозг поближе

Когда мы стареем, наш мозг теряет объем, а наши желудочки (наполненные жидкостью пространства внутри мозга) увеличиваются. Начиная со студенческих лет мы теряем приблизительно 0,2 % веса мозга в год. Темпы потери возрастают до 0,5 % в год после 70 лет. Так что даже самый здоровый мозг в 90 лет выглядит совсем не так, как мозг человека, которому нет и 20.

Как ни удивительно, «нормальная усадка» вызвана не гибелью клеток, а скорее потерей богатства межнейронных связей. Если рассмотреть под микроскопом тонкий срез коры стареющего головного мозга, мы заметим, что более старые нейроны похожи на лиственные деревья зимой. Им недостает густой листвы, так как плотность их «веток», дендритов, снижается, они теряют нейриты и шипики.

Традиционные представления о том, что ежедневно мы теряем тысячи клеток головного мозга, ошибочны. Хотя свидетельства неоднозначны, вероятно, самым удивительным за последние 20 лет стало открытие нейрогенеза у взрослого человека, то есть выяснилось, что мы не только *не* теряем клетки мозга, но вместо этого приобретаем их.

На прозекторском столе мозг пациента с БА выглядит как утрированная версия старческого мозга. Расширенные борозды коры зияют, желудочки увеличены, подкорковые структуры, такие как гиппокамп, сморщены. Но БА – это не крайнее проявление старения, а болезнь, поэтому ей присущ патологический характер.

Хотя мозг пациента с БА можно изучить с помощью МРТ, точный диагноз удастся поставить лишь при вскрытии, рассматривая тонкие срезы мозга под микроскопом: БА подтверждается при наличии в мозге двух белков – амилоида и тау. Амилоидный белок образует липкие пятна, или «бляшки», густого вещества *снаружи* нейронов. Бляшки зачастую окружены погибшими или

погибающими нейронами, раздувшимися аксонами и дендритами, астроцитами и микроглией (маркером воспаления). Если сделать увеличение микроскопа еще больше, мы увидим крученые волокна тау-белка, скапливающиеся *внутри* сохранившихся нейронов.

Каким образом амилоидные бляшки и путанные нити тау-белка взаимодействуют, вызывая симптомы БА, остается загадкой. Как правило, по мере прогрессирования БА отложения амилоидного и тау-белков распространяются по мозгу, хотя, что примечательно, патологическая картина этого заболевания не всегда коррелирует с симптомами. Например, симптомы могут быть очень легкими при обширном скоплении амилоида и гибели клеток, и наоборот. Один из факторов риска для формирования амилоидных бляшек – вариация гена АР0Е-е4. Но ее наличие само по себе не является основанием для прогнозирования или диагностирования БА. Лишь 40 % пациентов с БА – носители этого гена, а у многих носителей болезнь так и не развивается.

Этот парадокс привел некоторых ученых к предположению, что амилоид – *необходимое, но недостаточное условие* для БА. Согласно одной рабочей гипотезе, при появлении амилоида тау-белок ускоряет нанесенный им ущерб. В аналогии, которой обычно пользуются, амилоид сравнивают с пулей, а тау-белок – с ружьем^[362].

Несмотря на все свидетельства тому, что аккумуляция амилоида провоцирует «каскад» изменений, связанных с БА, методы лечения нам по-прежнему недоступны. Испытания вакцин и лекарственных препаратов, защищающих от амилоида, некогда такие многообещающие во время испытаний на грызунах и приматах, на людях провалились.

В основе изменений в ходе этого тяжелого заболевания лежат как минимум четыре взаимосвязанных биологических процесса: воспаление, окисление, дисрегуляция глюкозы и липидов – хорошо известные маркеры «заболеваний образа жизни». Если лечение для

тех, кто уже страдает БА, остается недостижимым, а о механизмах, приводящих к каскаду патологических изменений, по-прежнему ведутся споры, большинство ученых убеждено, что из каждых трех случаев деменции два можно предотвратить, изменив образ жизни.

Принцип действия: замедление болезни путем изменения образа жизни

«Каждому из нас сдали при зачатии нашу уникальную генетическую колоду карт. Важно то, как мы предпочтем разыграть ее». Эти мудрые слова произнес профессор Тони Ханнан, глава лаборатории эпигенетики и нейронной пластичности при Институте Флори в Мельбурне. В фокусе его внимания – представления о том, как гены (природа) и окружение (среда) вносят свой вклад в здоровье мозга и развитие специфических заболеваний мозга. «Мы пытаемся узнать чуть больше о сложном взаимодействии генов и среды и о том, как оно преобразуется в предрасположенность к неврологическим и психиатрическим состояниям».

Мы с Ханнаном познакомились в Оксфорде, где в период постдокторантуры он работал в комнате дальше по коридору, через несколько дверей от моей лаборатории. Наряду с признанным нейробиологом Колином Блейкмором он занялся также новым рубежом исследований в вопросе о природе, среде и пластичности мозга. В то время Ханнан работал с мышами, в ДНК которых был внедрен человеческий ген болезни Гентингтона (БГ). БГ у человека – заболевание мозга, передающееся от родителей к детям и вызывающее неконтролируемые танцевальные или отрывистые движения (хорею), деменцию и депрессию. «До сих пор болезнь Гентингтона считалась на 100 % наследственной, – напомнил мне Ханнан при недавней встрече, – но нам удалось отдалить ее дебют с помощью обогащения среды».

По сравнению с их родичами в дикой природе лабораторные животные довольствуются минималистической, отнюдь не стимулирующей жизнью, в которой есть доступ к еде, воде и материалам для гнезда. В дикой природе животные выживают, добывая пищу,

многим удается ловко избегать столкновений с хищниками и преуспевать в соперничестве за ресурсы. Так что логично будет назвать лабораторных животных «бездельниками», которые, по сравнению с их дикими собратьями, ведут сидячий образ жизни, сопряженный с дефицитом когнитивных стимулов^[363].

Для имитации жизни в дикой природе Ханнан разделил своих мышей с геном болезни Гентингтона на две группы. Половина мышей продолжала вести бездеятельное существование, а половине дали возможность жить в условиях обогащенной среды, с доступом к туннелям, лестницам, блокам, лабиринтам и вращающимся колесам. «Мы обнаружили, что это усиление сенсорной и когнитивной стимуляции, а также физической активности отдалило дебют болезни Гентингтона у мышей», – говорит Ханнан. Его поразительное открытие первым продемонстрировало преимущества обогащенного опыта и его влияния на прогрессирование БГ, некогда считавшейся «наглядным образцом генетических болезней мозга».

Ханнан указывает, что обогащенная среда для подопытных животных примерно эквивалентна образованию у людей. Ошеломляющее множество свидетельств доказывает, что у людей, учившихся в университете, упадок когнитивных функций в пожилом возрасте менее выражен, БА развивается у них с меньшей вероятностью, чем у тех, кто посвятил учебе меньше лет. Данные также указывают, что некоторые виды непростой работы (например, авиадиспетчер, финансовый аналитик, врач) потенциально защищают мозг. В одном исследовании 4182 участника, находящихся на пенсии и выполнявших ранее работу одного и того же типа, проходили обследование спустя примерно 25 лет после выхода на пенсию. Оценивались требования к интеллекту для каждого вида работы (например, умение анализировать данные, разрабатывать стратегии и цели, принимать решения, решать проблемы, оценивать информацию, мыслить творчески) наряду с когнитивным здоровьем и состоянием памяти каждого пенсионера^[364].

У пенсионеров, работа которых предъявляла больше требований к их интеллекту, с большей вероятностью память оказывалась более сохранной после отставки, **а также** с большей вероятностью ее упадок был более медленным после выхода на пенсию, чем у людей, занимавшихся менее интеллектуальным трудом. Работа, учеба или интеллектуальное обогащение среды любого типа, подразумевающее постоянное мышление, анализ, решение проблем, творчество и другие сложные умственные процессы, помогает нарастить «когнитивный резерв».

К такому когнитивному резерву относится устойчивость мозга или способность справляться с ситуацией, несмотря на ущерб или дегенерацию. Профессор Яков Стерн, один из первых сторонников этой идеи, объясняет: «У людей с большим “когнитивным резервом” патологические изменения БА возникают, однако им каким-то образом удается компенсировать этот ущерб. Они даже не желают, чтобы им диагностировали болезнь Альцгеймера, поскольку у них не наблюдается никаких симптомов, – говорит Стерн. – У некоторых людей количество нейронов и синапсов выше, и эти дополнительные структуры каким-то образом обеспечивают защиту»^[365].

Так что же остается вам, если вы не авиадиспетчер с университетским дипломом, подрабатывающий в сфере медицины? Неужели наращивать когнитивный резерв уже слишком поздно?

К счастью, ответ на этот вопрос – нет. Упадок когнитивных функций не является неизбежным, так как к интеллектуальному обогащению относится не только работа, которой заняты люди. В 2014 году в отчете Клиники Мэйо сказано, что помогает также участие в когнитивно-стимулирующей деятельности два-три раза в неделю в возрасте старше 65 лет – например, чтение книг и журналов, участие в играх, исполнение музыки, творческая, социальная и компьютерная деятельность, рукоделие. Если заниматься подобными делами два-три раза в неделю в старшем и пожилом возрасте, можно

отдалить дебют деменции и склонить чаши весов в вашу пользу^[366].

Открытие Ханнана, отчет о котором опубликовал журнал Nature в 2000 году, проложило путь сотням исследований, превозносящих достоинства физических упражнений и когнитивных задач для повышения нейропластичности и профилактики или лечения заболеваний и повреждений мозга. Ханнан надеется, что открытия в сфере нейропластичности вдохновят каждого из нас на старания защитить свой мозг от непрерывного угасания в связи с возрастом и болезнями.

Как позаботиться о здоровье мозга

Скорее всего, наши предки эволюционировали, сталкиваясь с такими же трудностями выживания, как и другие виды. Если потребность добывать еду была основной повседневной задачей на протяжении большей части истории нашей эволюции, то сегодня мы живем в условиях постоянного переизбытка пищи. Интеллектуальные потребности современной жизни сводятся к сидячей работе и учебе и связанным с ними задачам. «Регулярные интеллектуальные проблемы играют критическую роль в развитии мозга и успешной карьере, и недавние исследования дали возможность предположить, что чередование физической активности и ограничения энергии может сначала способствовать функциональным возможностям мозга, а затем поддерживать их в процессе старения», – пишет Марк П. Мэттсон в журнале *Ageing Brain Reviews*. Как животное в условиях дикой природы, наш интеллект эволюционировал, чтобы оптимально функционировать в условиях, когда мы мотивированы к достижению цели, слегка голодны и находимся в состоянии спешки. Его Мэттсон сравнил с «Голодными играми» – силой интеллекта в условиях внешней стимуляции^[367].

В 2017 году в опубликованной в журнале *Trends in Neurosciences* работе ученые из Аризонского университета Дэвид Райхлен и Джин Александер поддержали заявление Мэттсона о том, что наш мозг – продукт нашего эволюционного прошлого. Они утверждали, что люди перешли от сравнительно сидячего существования, как у обезьян, к более высоким физическим требованиям образа жизни охотника-собирателя и около двух миллионов лет назад начали заниматься сложными задачами по поиску пищи, тяжелыми одновременно в физическом и умственном отношении, – именно этим может объясняться неразрывная связь движения и мышления^[368].

Свидетельства современной науки и древней мудрости очевидны: то, как мы едим, двигаемся, спим, строим отношения и находим смысл, тесно связано с тем, как растет, мыслит, чувствует и в конечном итоге стареет наш мозг.

Лучшие упражнения для мозга – физические

Наш мозг и нервная система эволюционировали, чтобы помогать нам преодолевать препятствия, чувствовать мир и взаимодействовать с ним. Когнитивные способности и интеллект человека развивались, пока мы находились на ногах. Сталкиваясь с отсутствием физической активности, распространенной в нашей современной жизни, наш мозг реагирует на нее снижением способности к нейропластичности, вследствие чего ускоряется старение мозга.

Мы располагаем неопровержимыми доказательствами тому, что упражнения поднимают настроение и снижают риск возрастных болезней мозга. В опубликованном в 2013 году обзоре 24 рандомизированных контролируемых испытаний и 21 проспективного исследования групп подсчитано, что как минимум каждый седьмой случай БА можно было бы предотвратить, если бы неактивные в настоящее время люди занялись физической активностью^[369].

Какие виды физических упражнений лучше всех?

Жанна Кальман никогда не посещала занятия аэробикой или тренажерные залы, зато каталась на велосипеде до 100 лет и до 110 лет жила в квартире в трехэтажном доме без лифта. Жители «голубых зон» не бегают марафоны, не носят фитнес-трекеры и не тренируются по системе кроссфита. Вместо этого они живут в окружении, которое постоянно побуждает их двигаться и не задумываться об этом. Поездки на велосипеде до продуктового магазина, сбор урожая в саду, сметание листьев метлой вместо их

выдувания машиной, поза стоя вместо позы сидя, купания в море, ходьба до работы. Просто двигаться всем телом постоянно в течение дня, вместо того чтобы упражняться ради «поддержания формы» и «снижения веса», – лучший из известных нам способов поддерживать здоровье нашего *мозга*.

Ешьте настоящую пищу – но в меру и в основном растительную

Наши предки, обладатели развитого мозга, бродили по округе, занимаясь охотой, рыболовством и прибегая к другим способам добывания пищи. В процессе эволюции мы ели пищу из рек, лесов и с неба. Мы легко приспосабливаемся, так что варианты «правильного питания» варьируются в зависимости от страны и культуры (а в настоящее время – и от социальных сетей). Если что-то и отличает нас от долгожителей, то не мелкие особенности их рациона и баланс питательных веществ, к которым относятся жиры, белки и углеводы, а отсутствие продуктов, подвергшихся тщательной очистке и глубокой переработке.

Результаты эпидемиологических исследований, в том числе «голубых зон», а также клинических испытаний недвусмысленно указывают: средиземноморский рацион замедляет старение мозга. Совсем недавно клиническое испытание в Австралии подтвердило успешность лечения депрессии путем увеличения потребления овощей, фруктов, цельных злаков, бобовых, рыбы, нежирного красного мяса, оливкового масла и орехов и путем снижения потребления вредных для здоровья «дополнительных продуктов» – сладостей, рафинированных злаков, фастфуда и жаренных во фритюре продуктов, переработанного мяса и сладких напитков^[370].

Когда мы едим, мы потребляем не только питательные вещества, но и энергию в виде калорий. Ученые, в том числе проводящие Данидинское исследование, в настоящее время изучают связь между калориями,

продолжительностью жизни, продолжительностью здоровой жизни и когнитивным здоровьем. Ограничение количества калорий (съедание меньшего количества еды) и периодические посты (временный отказ от определенных продуктов) увеличивают долголетие всех видов существ, за которыми до сих пор наблюдали ученые – от дрожжей до грызунов и приматов, значит, то же самое предположительно верно и для нас. Это предположение связано с концепцией «Голодных игр», согласно которой наш мозг эволюционировал с таким расчетом, чтобы функционировать оптимальным образом, когда мы голодны и находимся в поисках еды^[371]. Когда мы меньше едим, это идет на пользу нашему контролю уровня глюкозы и холестерина, а также создает легкий нейронный стресс, в котором задействованы сигнальные пути, повышающие способность мозга противостоять старению.

Советы по диете для здоровья мозга можно подытожить известным высказыванием Майкла Поллана: «Ешьте настоящую пищу – но в меру и в основном растительную»^[372].

Спите больше

Биологические ритмы у нас, землян, обусловлены восходами и заходами солнца. Наш режим сна, уровни гормонов, артериальное давление и температура тела меняются в соответствии со сменой дня и ночи.

Современная жизнь с ее искусственным освещением поздно ночью, будильниками, посменной работой, айфонами в постели и перелетами через часовые пояса как нельзя лучше подходит, чтобы вмешиваться в наш естественный режим сна. Сном как базовой биологической функцией пренебрегают, его недооценивают, во всем мире люди страдают хроническим недосыпанием. Депривация сна (даже несколько часов за ночь) влияет на когнитивные функции, настроение, память и обучение, а длительная депривация сна приводит к хроническим заболеваниям – депрессии, диабету, сердечно-сосудистым болезням, всем факторам риска для развития деменции.

Полноценный ночной сон каждую ночь должен быть приоритетом, а не роскошью. Моя личная слабость, которую я позволяю себе ежедневно, – короткий послеобеденный сон. Он укрепляет память, пробуждает креативность, сглаживает острые эмоциональные углы, помогает успешнее контролировать мысли и чувства.

Заставляйте свой разум трудиться

Лабораторные мыши, которых держат в пустых клетках без игрушек или новой среды, чтобы ее исследовать, демонстрируют более высокие темпы возрастного упадка когнитивных функций по сравнению со своими сородичами, которых держат в обогащенной среде с игрушками, туннелями и лабиринтами. Как мы уже говорили, у людей дело обстоит похожим образом.

Люди, занятые делами, требующими умственного напряжения, и постоянно побуждающие себя выходить из

зоны комфорта, имеют более низкий риск возрастного когнитивного упадка и деменции.

Детям от природы свойственно бегать и играть, в то время как взрослые обычно относятся к жизни более серьезно. С возрастом мы не утрачиваем потребность в новизне и развлечениях. Доказано, что игры, будь то видеоигры, традиционные настольные игры, танцы, командные или индивидуальные виды спорта, скрашивают скуку, приглушают тревожность, депрессию, чувство тоски, отчаяние и даже физическую боль. Как сказала мне Шарлен Левитан, «мы перестаем играть и учиться не потому, что стареем, а наоборот, стареем потому, что перестаем играть и учиться».

Найдите место и время для покоя

На протяжении всей книги мы обсуждаем, как стресс досаждают нам и влияет на наше психическое и физическое здоровье. Не всякий стресс плох, но хронический или токсический стресс, особенно травмирующие жизненные события, не поддающиеся нашему контролю, оказывают вредное воздействие. Для того чтобы приглушить стресс, необходимо найти способы улучшить свою воспринимаемую способность справляться со всеми испытаниями, перед которыми нас ставит жизнь.

Данные, полученные в поиске ответа на вопрос, *вызывает* ли стресс деменцию, неоднозначны. Однако ясно, что гормоны стресса влияют на риск развития тревожности, депрессии, ожирения, сердечно-сосудистых болезней, а они, в свою очередь, повышают риск деменции^[373].

В последние годы о практике осознанной медитации было сказано и написано больше, чем о любой другой практике снятия стресса. И не без причины: когда мы уделяем внимание своему дыханию, что является стержневым компонентом многих практик осознанности, тревожность и депрессия снижаются, вдобавок улучшается сон.

Жители «голубых зон» имеют в своем распоряжении разнообразные ежедневные ритуалы, которые уменьшают или приглушают влияние стресса в их жизни. К таким видам деятельности относятся молитва, дневной сон, общение с друзьями (я бы добавила еще прогулки с собакой и чтение хороших книг).

Ищите спокойствие среди хаоса. Найдите место и время, где вы обретете покой.

Поддерживайте связь с родными и друзьями

Мы разыскивали, собирали, ловили или выслеживали пищу, а потом поспешно возвращались в свое племя. Социальные связи с другими людьми защищают от стресса, и, поскольку в социализации участвуют многие когнитивные функции, такие как мышление, чувство, ощущение, рассуждение и интуиция, дружба вносит свой вклад в «когнитивный резерв».

Вместе с возрастом приходят «затраты на выживание». «Мы теряем людей, вместе с которыми приобрели немалый опыт, которые занимают центральное место для нашей личности, но уже не могут подтвердить или опровергнуть наши воспоминания или рассказы. Утрата такого рода также происходит со смертью старшего поколения по мере того, как мы поднимаемся по семейной лестнице и, достигнув верха, становимся сиротами во времени», – пишет один исследователь [\[374\]](#).

В 2010 году был опубликован метаанализ 148 исследований с участием 300 тысяч человек, за которыми наблюдали восемь лет. Вначале участники отвечали на вопросы, как часто они встречаются с родными и друзьями. Результаты показали, что те из участников, которые поддерживают социальные связи, живут дольше. С другой стороны, одиночество ассоциировалось с потерей когнитивных функций на поздних стадиях жизни, а также с повышенным артериальным давлением, депрессией и нарушениями сна. Неожиданным стал сделанный из этого отчета вывод о том, что воздействие

социальной изоляции на здоровье и риск смерти сравнимо с воздействием курения^[375].

Ищите смысл и цель

Вместе с целью и смыслом приходят позитивные эмоции – любовь, сочувствие, благодарность, – которые противодействуют стрессу и поддерживают здоровье мозга на протяжении всей жизни. Жители «голубых зон» состоят в общинах верующих, находят смысл и цель в социальных связях и духовности. Упоминание об осмысленной жизни выглядит не очень уместно в книге о мозге, однако в нейробиологии понятие «цель в жизни» связано с нормальным, здоровым мозгом и душевным здоровьем.

Целеустремленность, которой дают определение как склонности извлекать смысл из жизненного опыта, обладать чувством намерения и ориентированностью на цель, которая обуславливает поступки, можно определить количественно. В исследовании, опубликованном в журнале *Archives of General Psychiatry* в 2010 году, исследовалась связь цели в жизни с риском БА у более чем 900 людей преклонного возраста, живущих в доме престарелых. В течение семи лет наблюдений более выраженная цель в жизни ассоциировалась с существенно сниженным риском БА. Человек, набравший больше баллов при оценке цели в жизни, избегал развития БА с вероятностью более чем в 2,5 раза выше, чем человек, набравший меньше баллов по тому же пункту^[376].

Вы когда-нибудь задумывались, зачем вы здесь? Что служит вам путеводной звездой? В чем ваш *икигаи*? Ваш *plan de vida*? Существует множество мудрых стратегий поиска своего смысла жизни – где-то на пересечении увлеченности, набора навыков, возможности трудоустройства, обучения и служения людям. Американский психолог Уильям Джеймс в 1920 году сказал, что «самый глубинный принцип человеческой природы – стремление добиться признания».

Недавно мне попался упрощенный способ определиться с целью. Мне не раз доводилось выступать вместе с Полом Болдоком, специалистом по костным тканям из Института медицинских исследований Гарвана в Сиднее. Нас часто приглашают поделиться мудростью, целями и тем, чему мы научились, делая научную карьеру. Болдок разработал новую формулу для каждого решения, которое он принимает, будь то в лаборатории, в профессии или в жизни. Он просто задается вопросом: «Это классно? Это поможет?»

Бывает ли слишком поздно для перемен?

Впечатляя возможностями пластичности мозга, опыт, обогащающий жизнь, изменил мозг Жанны Кальман в возрасте 118 лет.

Для женщины ее поколения Кальман прожила удивительную жизнь. До 16 лет она посещала школу, закончила ее и получила аттестат. В 21 год она вышла замуж за богатого дальнего родственника, и, как она рассказывала биографам, после этого вела вместе с мужем активную жизнь, вращаясь в высших кругах Арля, увлекаясь фехтованием, велосипедом, альпинизмом, плаванием, охотой, игрой на фортепиано и живописью, а также поездками в марсельскую оперу. «Я развлекалась и продолжаю развлекаться», – говорила она^[377].

Когда Кальман было 118 лет, нейропсихолог Карен Ритчи посещала ее несколько раз за полгода с целью обследования и проведения ряда нейропсихологических тестов. Ритчи пишет: «До начала программы тестирования Ж. К. не поддерживала никаких контактов с внешним миром, разве что иногда здоровалась с медицинским персоналом да в день рождения ее навещали журналисты. Последние три года она проводила дни одна, сидя в кресле у себя в комнате». Согласно записям, Кальман согласилась внести вклад в исследование, вспомнив стихи, басни и песни, которые учила в детстве. «Я ни в чем не нуждаюсь. У меня есть все, что мне нужно. Я прожила хорошую жизнь. Я живу в своих снах, в своих воспоминаниях, прекрасных воспоминаниях».

Сканирование мозга Кальман показало атрофию коры. Однако ее общее когнитивное функционирование оказалось гораздо лучше, чем можно было предположить при виде таких обширных потерь мозговой ткани. «Никаких свидетельств старческой деменции... Исполнительные функции (в основном контролируемые лобными областями), хотя и снижены по сравнению с

уровнем молодых взрослых, выглядят сравнительно сохранными... Возникает вопрос, действительно ли изначальный высокий уровень интеллектуальных способностей может быть защитным фактором», – писала Ритчи^[378].

Примечательно, что за шесть месяцев, пока Ритчи проводила тестирование, результаты тестов Кальман *улучшились*. Ее воспоминание, в том числе нарративное, вербальная беглость и результаты математических тестов стали лучше по сравнению с исходными и теперь соответствовали в среднем уровню 75–80 лет. Обогащение среды – социальное взаимодействие с Ритчи и ее группой, а также интеллектуальная стимуляция программы тестирования активировали латентную пластичность этого удивительного долгожителя – мозга Кальман.

Несомненно, у Жанны Кальман имелись воспоминания, которыми она не стала делиться. Но один секрет она пожелала передать: «Всегда сохраняйте чувство юмора. Вот чему я обязана своей долгой жизнью. Думаю, я умру смеясь. Это часть моей программы»^[379].

Благодарности

По характеру я исследователь. Библиотеки – моя естественная среда обитания, монографии и научные публикации – мои инструменты. Но, несмотря на это, работа над книгой затянулась, заставляя меня подолгу сидеть в одиночестве перед экраном: не слишком полезно для долголетия и здоровья мозга! Однако процесс оказался на редкость увлекательным и целенаправленным. Собирая материал, я пришла к прекрасной мысли: наш жизненный опыт тесно сплетается с судьбами других людей – мы появляемся откуда-то и у кого-то. «История меня» на самом деле «история нас», и я просто обязана поблагодарить всех причастных.

Спасибо моему литературному агенту Джинн Рикменс – за то, что внезапно позвонила мне с предложением взяться за книгу и убедила меня, что это отличная мысль. Все время вы держали меня в напряжении и веселили своими забавными рассказами. Без Джинн эта книга не появилась бы. Спасибо редакции сиднейского издательства Hachette, особенно Софи Хэмли: вы пошли на риск, увидев всего лишь набросок главы на одной странице, водили меня как новичка за руку и отвечали на вопросы. Спасибо редакции лондонского издательства Orion Books, особенно Оливии Моррис – ваш энтузиазм пришелся как нельзя кстати. Благодарю Криса Кунца и Софи Мэйфилд за теплые комментарии и благожелательное редактирование рукописи.

Спасибо Кэрол Дин, Бриджитт Тодд, Мишель Жильмар, Дьяни Льюис, Кристи Гудвин, Сюзанне Ньютон, Айсии Маккимми, Рут Хэдфилд, Бьянке Ногради и Джослин Бруэр. Ваши редакторские замечания и предложения, профессиональные связи, цитаты, советы по публикации, дружба и виртуальный джин – все это очень помогало в работе.

Спасибо многим ученым, которые так охотно и искренне уделяли мне время за кофе, обедами,

созванивались по телефону и по Skype – и едва не убедили меня снова вернуться в лабораторию. Особенно – Ричи Полтону, Бронуин Грэм, Колину и Саре Экермен, Дейву Граттану, Кэтрин Лебел, Джессике Монг, Маргарет Маккарти, Кэтлин Либерти, Джорджу Пэттону, Саре Роменс, Джаяшри Кулькарни, Лиэнн Шмааль, Брендану Цитшу, Саре Уиттл, Джону Идену, Николь Жервез, Сью Дэвис, Соне Дэвисон, Тони Ханнану, Шарлен Левитан, Лайзе Манди, Лорен Роузворн, Муйрэнн Айриш и многим другим, с кем я не знакома. Ваши исследования, книги и статьи стали источниками информации и вдохновения для этой книги; все ошибки в упоминаниях о вашей работе – на моей совести.

Спасибо моим многочисленным и далеким родным, друзьям и соседям: ваши нескончаемые поддерживающие комментарии в Facebook и посиделки с вином решили исход дела.

Спасибо моему любящему, преданному и пушистому соавтору Джасперу – ты терпеливо слушал, пока я слово за словом зачитывала тебе книгу вслух. Ты поистине лучший друг женщины.

Особое спасибо папе – за то, что на каждый мой скулеж в Facebook отвечал постами о том, как ты мной гордишься.

Спасибо маме и Викс. Ваши истории тоже здесь.

И наконец, спасибо моим прекрасным сыновьям Гарри и Джейми и замечательному мужу Джеффу. И знаете что? Мама больше не пишет книгу! Хотя весь последний год она отнимала у вас мое внимание и время, но вы, все трое, всегда в моем сердце. Эта книга посвящается вам.

Доктор Сара Маккей

ЖЕНСКИЙ МОЗГ



18+

НЕЙРОБИОЛОГИЯ
ЗДОРОВЬЯ,
ГОРМОНОВ И СЧАСТЬЯ

Примечания

1

Kandel E. R., Schwartz J. H., Jessell T. M., Siegelbaum S. A., Hudspeth A. J. (eds). Principles of Neural Science. New York: McGraw Hill Medical, 2013. – *Прим. перев.*

[Вернуться](#)

2

Zucker I., Beery A. K. Males still dominate animal studies. Nature 2010; 465 (7299): 690.

[Вернуться](#)

3

Clayton J. A. Studying both sexes: a guiding principle for biomedicine. FASEB J 2016; 30 (2): 519–524.

[Вернуться](#)

4

Klein S. L. et al. Opinion: Sex inclusion in basic research drives discovery. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 2015; 112 (17): 5257–5258.

[Вернуться](#)

5

Beery A. K., Zucker I. Sex bias in neuroscience and biomedical research. Neurosci. Biobehav. Rev. 2011; 35 (3): 565–572.

[Вернуться](#)

6

Zucker I., Beery A. K. Males still dominate animal studies. Nature 2010; 465 (7299): 690.

[Вернуться](#)

7

Cahill L. An issue whose time has come. J. Neurosci. Res. 2017; 95 (1–2): 12–13.

[Вернуться](#)

8

Rippon G. Blame the brain: How Neurononsense joined Psychobabble to keep women in their place, in: Lecture to the Royal Institution. The Royal Institution: London, 2016.

[Вернуться](#)

9

Cahill L. An issue whose time has come. *J. Neurosci. Res.* 2017; 95 (1–2): 12–13.

[Вернуться](#)

10

Joel D. et al. Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2015; 112 (50): 15468–15473.

[Вернуться](#)

11

NAPLAN. 2016 NAPLAN National Report. Australia, 2016.

[Вернуться](#)

12

McCarthy M. M. Sex Differences in the Brain. *The Scientist*, 2015.

[Вернуться](#)

13

Fine C. Delusions of Gender. The Real Science Behind Sex Differences. London: Icon Books, 2010.

[Вернуться](#)

14

Eliot L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps – and what we can do about it. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2010.

[Вернуться](#)

15

Green E. R., Maurer L. The teaching transgender toolkit. A facilitator’s guide to increasing knowledge, decreasing prejudice & building skills. NY: Out for Health & Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes, 2015.

[Вернуться](#)

16

Green E. R., Maurer L. The teaching transgender toolkit. A facilitator’s guide to increasing knowledge, decreasing prejudice & building skills. NY: Out for Health & Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes, 2015.

[Вернуться](#)

17

Sex and Gender. It’s Not a Women’s Issue. *Scientific American*. New York: Springer Nature, 2017.

[Вернуться](#)

18

Ezkurdia I. et al. Multiple evidence strands suggest that there may be as few as 19.000 human protein-coding genes. *Hum. Mol. Genet.* 2014; 23 (22): 5866–5878.

[Вернуться](#)

19

Darlington C. L. *The Female Brain*. 2nd ed. Conceptual advances in brain research. Boca Raton, FL.: Taylor & Francis Group, 2009.

[Вернуться](#)

20

Vaitukaitis J. L. Development of the home pregnancy test. *Ann. NY Acad. Sci.* 2004; 1038: 220–222.

[Вернуться](#)

21

Bale T. L. The placenta and neurodevelopment: sex differences in prenatal vulnerability. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016; 18 (4): 459–464.

[Вернуться](#)

22

Blom H. J. et al. Neural tube defects and folate: case far from closed. *Nat. Rev. Neurosci.* 2006; 7 (9): 724–731.

[Вернуться](#)

23

Wilhelm D., Palmer S., Koopman P. Sex determination and gonadal development in mammals. *Physiol. Rev.* 2007; 87 (1): 1–28.

[Вернуться](#)

24

Graves J. Differences between men and women are more than the sum of their genes. *The Conversation*, 2015.

[Вернуться](#)

25

Фетальный – относящийся к периоду внутриутробного развития. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

26

De Mees C. et al. Alpha-fetoprotein controls female fertility and prenatal development of the gonadotropin-releasing hormone pathway through an antiestrogenic action. *Mol. Cell Biol.* 2006; 26

(5): 2012–2018.

[Вернуться](#)

27

Fine C. et al. Plasticity, plasticity, plasticity ... and the rigid problem of sex. Trends Cogn. Sci. 2013; 17 (11): 550–551.

[Вернуться](#)

28

Eliot L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps – and what we can do about it. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2010.

[Вернуться](#)

29

Sacks O. The man who mistook his wife for a hat. London: Picador Classic, 1985.

[Вернуться](#)

30

Сакс О. «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики / Пер. с англ. Григория Хасина и Юлии Численко. СПб.: Science Press, 2006. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

31

Eriksson P. S. et al. Neurogenesis in the adult human hippocampus. Nat. Med. 1998; 4 (11): 1313–1317.

[Вернуться](#)

32

Dennis C. V. et al. Human adult neurogenesis across the ages: An immunohistochemical study. Neuropathol. Appl. Neurobiol. 2016; 42 (7): 621–638.

[Вернуться](#)

33

Wu J. et al. Available evidence of association between Zika virus and microcephaly. Chin. Med. J. (Engl.) 2016; 129 (19): 2347–2356.

[Вернуться](#)

34

Wu K. Y. et al. Vertical transmission of Zika virus targeting the radial glial cells affects cortex development of offspring mice. Cell Res. 2016; 26 (6): 645–654.

[Вернуться](#)

35

Ekblad M., Korkeila J., Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (1): 12–18.

[Вернуться](#)

36

Ramsay H. et al. Smoking in pregnancy, adolescent mental health and cognitive performance in young adult offspring: results from a matched sample within a Finnish cohort. *BMC Psychiatry* 2016; 16 (1): 430.

[Вернуться](#)

37

Turner-Cobb J. M. Child health psychology: A biopsychosocial perspective. Los Angeles: Sage, 2014.

[Вернуться](#)

38

DiPietro J.A. et al. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Dev.* 2006; 77 (3): 573–587.

[Вернуться](#)

39

King S. et al. Using natural disasters to study the effects of prenatal maternal stress on child health and development. *Birth Defects Res. C Embryo Today.* 2012; 96 (4): 273–288.

[Вернуться](#)

40

Jernigan T. L. et al. Postnatal brain development: structural imaging of dynamic neurodevelopmental processes. *Prog. Brain Res.* 2011; 189: 77–92.

[Вернуться](#)

41

Jernigan T. L. et al. Postnatal brain development: structural imaging of dynamic neurodevelopmental processes. *Prog. Brain Res.* 2011; 189: 77–92.

[Вернуться](#)

42

Lebel C., Beaulieu C. Longitudinal development of human brain wiring continues from childhood into adulthood. *J. Neurosci.* 2011; 31 (30): 10937–10947.

[Вернуться](#)

43

Jernigan T. L. et al. Postnatal brain development: structural imaging of dynamic neurodevelopmental processes. *Prog. Brain Res.* 2011; 189: 77–92.

[Вернуться](#)

44

Stiles J., Jernigan T. L. The basics of brain development. *Neuropsychol. Rev.* 2010; 20 (4): 327–348.

[Вернуться](#)

45

Newby J. The new science of wisdom, in: *Catalyst*, Heywood L., ed. ABC, 2006.

[Вернуться](#)

46

Gopnik A. *How babies think*. *Scientific American* 2010 (July).

[Вернуться](#)

47

Takesian A. E., Hensch T. K. Balancing plasticity/stability across brain development, in: *Progress in brain research*. Elsevier, 2013.

[Вернуться](#)

48

Fagiolini M. et al. Specific GABAA circuits for visual cortical plasticity. *Science* 2004; 303 (5664): 1681–1683.

[Вернуться](#)

49

Hensch T. K. The Power of the infant brain. *Sci. Am.* 2016; 314 (2): 64–69.

[Вернуться](#)

50

Friedmann N., Rusou D. Critical period for first language: the crucial role of language input during the first year of life. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2015; 35: 27–34.

[Вернуться](#)

51

Kuhl P. K., Damasio A. R. Language, in: *Principles of neural science*, Kandel E. R., Schwartz J. H., Jessell T. M., Siegelbaum S. A., Hudspeth A. J., eds. N.Y.: McGraw Hill Medical, 2013.

[Вернуться](#)

52

Friedmann N., Rusou D. Critical period for first language: the crucial role of language input during the first year of life. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2015; 35: 27–34.

[Вернуться](#)

53

Preisler G. Development of communication in children with sensory functional disabilities, in: *The Wiley-Blackwell handbook of infant development.* Wiley Blackwell: Chichester, 2010.

[Вернуться](#)

54

Sonuga-Barke E.J. et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow – up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet* 2017.

[Вернуться](#)

55

Center on the Developing Child. Toxic Stress. 2017. URL: <http://developingchild.harvard.edu/science/keyconcepts/toxic-stress/>.

[Вернуться](#)

56

Caspi A. et al. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour* 2016.

[Вернуться](#)

57

Liberty K. et al. Behavior problems and post-traumatic stress symptoms in children beginning school: A comparison of pre- and post-earthquake groups. *PLOS Currents Disasters*; 2016.

[Вернуться](#)

58

Lupien S. J. et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (6): 434–445.

[Вернуться](#)

59

Krugers H. J. et al. Early life adversity: Lasting consequences for emotional learning. *Neurobiol. Stress* 2017; 6: 14–21.

[Вернуться](#)

60

Heetkamp T., deTerte I. PTSD and resilience in adolescents after New Zealand earthquakes. *New Zealand Journal of Psychology* 2015; 44 (1).

[Вернуться](#)

61

Lambert S. et al. Indigenous resilience through urban disaster: The Maori response to the 2010 and 2011 Christchurch Otautahi earthquakes. Proceedings of the International Indigenous Development Research Conference 2012; Auckland Ngā Pae o te Māramatanga.

[Вернуться](#)

62

Pasterski V., Golombok S., Hines M. Sex differences in social behaviour, in: The Wiley Blackwell handbook of childhood social development, Smith P. K. and Hart C. H., eds. Wiley Blackwell: Chichester, 2014.

[Вернуться](#)

63

Hines M. et al. Prenatal androgen exposure alters girls' responses to information indicating gender-appropriate behaviour. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 2016; 371 (1688): 20150125.

[Вернуться](#)

64

Eliot L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps – and what we can do about it. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2010.

[Вернуться](#)

65

Kuiri-Hanninen T., Sankilampi U., Dunkel L. Activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in infancy: minipuberty. Horm. Res. Paediatr. 2014; 82 (2): 73–80.

[Вернуться](#)

66

Eliot L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps – and what we can do about it. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2010.

[Вернуться](#)

67

Lonsdorf E. V. Sex differences in nonhuman primate behavioral development. J. Neurosci. Res. 2017; 95 (12): 213–221.

[Вернуться](#)

68

Robles de Medina, P.G., et al. Fetal behaviour does not differ between boys and girls. Early Hum Dev. 2003. 73(1–2): 17–26.

[Вернуться](#)

69

Aznar A., Tenenbaum H. R. Gender and age differences in parent-child emotion talk. *Br. J. Dev. Psychol.* 2015; 33 (1): 148–155.

[Вернуться](#)

70

Eliot L. Pink brain, blue brain: How small differences grow into troublesome gaps – and what we can do about it. New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2010.

[Вернуться](#)

71

Tenenbaum H. R., Ford S., Alkhdairy B. Telling stories: gender differences in peers' emotion talk and communication style. *Br. J. Dev. Psychol.* 2011; 29 (pt. 4): 707–721.

[Вернуться](#)

72

Leman P. J., Tenenbaum H. R. Practising gender: children's relationships and the development of gendered behaviour and beliefs. *Br. J. Dev. Psychol.* 2011; 29 (pt. 2): 153–157.

[Вернуться](#)

73

Maney D. L. Just like a circus: the public consumption of sex differences. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 2015; 19: 279–296.

[Вернуться](#)

74

von Stumm S., Chamorro-Premuzic T., Furnham A. Decomposing self-estimates of intelligence: structure and sex differences across 12 nations. *Br. J. Psychol.* 2009; 100 (pt. 2): 429–442.

[Вернуться](#)

75

Bian L., Leslie S. J., Cimpian A. Gender stereotypes about intellectual ability emerge early and influence children's interests. *Science* 2017; 355 (6323): 389–391.

[Вернуться](#)

76

Goodwin K. Raising your child in a digital world. Sydney: Finch Publishing, 2016.

[Вернуться](#)

77

Oberfield S. E., Sopher A. B., Gerken A. T. Approach to the girl with early onset of pubic hair. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2011; 96 (6): 1610–1622.

[Вернуться](#)

78

Mundy L. K. et al. Adrenarche and the emotional and behavioral problems of late childhood. *J. Adolesc. Health* 2015; 57 (6): 608–616.

[Вернуться](#)

79

Delany F. M. et al. Depression, immune function, and early adrenarche in children. *Psychoneuroendocrinology* 2016; 63: 228–234.

[Вернуться](#)

80

Whittle S. et al. Associations between early adrenarche, affective brain function and mental health in children. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2015; 10 (9): 1282–1290.

[Вернуться](#)

81

Klauser P. et al. Reduced frontal white matter volume in children with early onset of adrenarche. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52: 111–118.

[Вернуться](#)

82

Byrne M. L. et al. A systematic review of adrenarche as a sensitive period in neurobiological development and mental health. *Dev. Cogn. Neurosci.* 2017; 25: 12–28.

[Вернуться](#)

83

Australian Institute of Family Studies. The Longitudinal study of Australian children annual statistical report 2015. Commonwealth of Australia: Melbourne, 2016.

[Вернуться](#)

84

Seminara S. B., Crowley W. F. Jr. Kisspeptin and GPR 54: discovery of a novel pathway in reproduction. *J. Neuroendocrinol.* 2008; 20 (6): 727–731.

[Вернуться](#)

85

de Roux N. et al. Hypogonadotropic hypogonadism due to loss of function of the KiSS 1–derived peptide receptor GPR 54. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2003; 100 (19): 10972–10976.

[Вернуться](#)

86

Herman-Giddens M.E. et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. *Pediatrics* 1997; 99 (4): 505–512.

[Вернуться](#)

87

Biro F. M. et al. Onset of breast development in a longitudinal cohort. *Pediatrics* 2013; 132 (6): 1019–1027.

[Вернуться](#)

88

Greenspan L., Deardorff J. *The New Puberty. How to navigate early development in today's girls.* New York: Rodale, 2014.

[Вернуться](#)

89

Akslae L. et al. Age at puberty and the emerging obesity epidemic. *PLoS One* 2009; 4 (12): e8450.

[Вернуться](#)

90

Greenspan L., Deardorff J. *The New Puberty. How to navigate early development in today's girls.* New York: Rodale, 2014.

[Вернуться](#)

91

Balzer B. W. et al. The effects of estradiol on mood and behavior in human female adolescents: a systematic review. *Eur. J. Pediatr.* 2015; 174 (3): 289–298.

[Вернуться](#)

92

Rosewarne L. *Periods in pop culture: Menstruation in film and television.* London: Lexington Books, 2012.

[Вернуться](#)

93

Angier N. *Woman. An intimate geography.* London: Virago, 2014.

[Вернуться](#)

94

Toffoletto S. et al. Emotional and cognitive functional imaging of estrogen and progesterone effects in the female human brain: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 50: 28–52.

[Вернуться](#)

95

Sundström-Poromaa I., Gingnell M. Menstrual cycle influence on cognitive function and emotion processing – from a reproductive perspective. *Front. Neurosci.* 2014; 8: 380.

[Вернуться](#)

96

Ferree N. K., Kamat R., Cahill L. Influences of menstrual cycle position and sex hormone levels on spontaneous intrusive recollections following emotional stimuli. *Conscious Cogn.* 2011; 20 (4): 1154–1162.

[Вернуться](#)

97

McCarthy M. M. Multifaceted origins of sex differences in the brain. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 2016; 371 (1688): 20150106.

[Вернуться](#)

98

Bramble M. S. et al. Effects of chromosomal sex and hormonal influences on shaping sex differences in brain and behavior: Lessons from cases of disorders of sex development. *J. Neurosci. Res.* 2017; 95 (1–2): 65–74.

[Вернуться](#)

99

Irwing P., Lynn R. Sex differences in means and variability on the progressive matrices in university students: a meta-analysis. *Br. J. Psychol.* 2005; 96 (pt. 4): 505–524.

[Вернуться](#)

100

Blinkhorn S. Intelligence: a gender bender. *Nature* 2005; 438 (7064): 31–32.

[Вернуться](#)

101

Direkvand-Moghadam A. et al. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS): A Systematic review and meta-analysis study. *J. Clin. Diagn. Res.* 2014; 8 (2): 106–109.

[Вернуться](#)

102

Romans S. et al. Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gend. Med.* 2012; 9 (5): 361–384.

[Вернуться](#)

103

Romans S. E. et al. Mood and the menstrual cycle. *Psychother. Psychosom.* 2013; 82 (1): 53–60.

[Вернуться](#)

104

Ussher J. The myth of premenstrual moodiness. *The Conversation*, 2012.

[Вернуться](#)

105

Ussher J. The myth of premenstrual moodiness. *The Conversation*, 2012.

[Вернуться](#)

106

Ussher J. The myth of premenstrual moodiness. *The Conversation*, 2012.

[Вернуться](#)

107

Kulkarni J. PMS is real and denying its existence harms women. *The Conversation*. 2012.

[Вернуться](#)

108

Gehlert S. et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. *Psychol. Med.* 2009; 39 (1): 129–136.

[Вернуться](#)

109

Comasco E., Sundström-Poromaa I. Neuroimaging the menstrual cycle and premenstrual dysphoric disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17 (10): 77.

[Вернуться](#)

110

Romans S. E. et al. Crying, oral contraceptive use and the menstrual cycle. *J. Affect. Disord.* 2017; 208: 272–277.

[Вернуться](#)

111

Skovlund C. W. et al. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry* 2016; 73 (11): 1154–1162.

[Вернуться](#)

112

Wise J. Hormonal contraception use among teenagers linked to depression. *BMJ* 2016; 354: i5289.

[Вернуться](#)

113

Zethraeus N. et al. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertil. Steril.* 2017; 107 (5): 1238–1245.

[Вернуться](#)

114

Iversen L. et al. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017.

[Вернуться](#)

115

Zethraeus N. et al. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertil. Steril.* 2017; 107 (5): 1238–1245.

[Вернуться](#)

116

Pletzer B. A., Kerschbaum H. H. 50 years of hormonal contraception – time to find out, what it does to our brain. *Front. Neurosci.* 2014; 8: 256.

[Вернуться](#)

117

Angier N. *Woman. An intimate geography.* London: Virago, 2014.

[Вернуться](#)

118

Choudhury S., McKinney K. A., Merten M. Rebellious against the brain: public engagement with the “neurological adolescent”. *Soc. Sci. Med.* 2012; 74 (4): 565–573.

[Вернуться](#)

119

Walhovd K. B. et al. Through thick and thin: a Need to reconcile contradictory results on trajectories in human cortical development. *Cereb. Cortex* 2017; 27 (2): 1472–1481.

[Вернуться](#)

120

Giedd J. N. The amazing teen brain. Scientific American 2015 (June).

[Вернуться](#)

121

Peper J. S. et al. Sex steroids and brain structure in pubertal boys and girls: a mini-review of neuroimaging studies. Neuroscience 2011; 191: 28–37.

[Вернуться](#)

122

Ladouceur C. D. et al. White matter development in adolescence: the influence of puberty and implications for affective disorders. Dev. Cogn. Neurosci. 2012; 2 (1): 36–54.

[Вернуться](#)

123

Damour L. Untangled: Guiding teenage girls through the seven transitions into adulthood. New York: Penguin Random House, 2016.

[Вернуться](#)

124

Damour L. Untangled: Guiding teenage girls through the seven transitions into adulthood. New York: Penguin Random House, 2016.

[Вернуться](#)

125

Cooke K. Girl stuff. A full-on guide to the teen years. Australia: Penguin Random House, 2013.

[Вернуться](#)

126

Purdue University. Pain of ostracism can be deep, long-lasting. Science Daily 2011; 6 June 2011.

[Вернуться](#)

127

Sebastian C. L. et al. Developmental influences on the neural bases of responses to social rejection: implications of social neuroscience for education. Neuroimage 2011; 57 (3): 686–694.

[Вернуться](#)

128

Berns G. S. et al. Neural mechanisms of the influence of popularity on adolescent ratings of music. Neuroimage 2010; 49 (3): 2687–2696.

[Вернуться](#)

129

Eisenberger N. I. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat. Rev. Neurosci.* 2012; 13 (6): 421–434.

[Вернуться](#)

130

Dewall C. N. et al. Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence. *Psychol. Sci.* 2010; 21 (7): 931–937.

[Вернуться](#)

131

Stephanou K. et al. Hard to look on the bright side: Neural correlates of impaired emotion regulation in depressed youth. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2017.

[Вернуться](#)

132

Guyer A. E., Silk J. S., Nelson E. E. The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2016; 70: 74–85.

[Вернуться](#)

133

Poulton R., Moffitt T. E., Silva P. A. The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: overview of the first 40 years, with an eye to the future. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2015; 50 (5): 679–693.

[Вернуться](#)

134

Nelson J. A. The power of stereotyping and confirmation bias to overwhelm accurate assessment: the case of economics, gender, and risk aversion. *Journal of Economic Methodology* 2014; 21 (3): 211–231.

[Вернуться](#)

135

Fine C. *Testosterone Rex: Unmaking the myths of our gendered minds.* Sydney: Icon Books, 2017.

[Вернуться](#)

136

Somerville L. H. Special issue on the teenage brain: Sensitivity to social evaluation. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2013; 22 (2): 121–127.

[Вернуться](#)

137

Gardner M., Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Dev. Psychol.* 2005; 41 (4): 625–635.

[Вернуться](#)

138

Blakemore S. J. Adolescent brain development, Costandi M., ed. The Wellcome Trust, 2014.

[Вернуться](#)

139

Giedd J. N. The amazing teen brain. Scientific American 2015 (June).

[Вернуться](#)

140

Blakemore S. J. Adolescent brain development, Costandi M., ed. The Wellcome Trust, 2014.

[Вернуться](#)

141

Lewinsohn P. M. et al. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 47 (5): 548–555.

[Вернуться](#)

142

North B., Gross M., Smith S. Study confirms HSC exams source of major stress to adolescents. The Conversation, 2015.

[Вернуться](#)

143

Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? Lancet Psychiatry 2016; 4 (2): 146–158.

[Вернуться](#)

144

Solomon A. Depression: the secret we share. TED Talk, 2013.

[Вернуться](#)

145

Beyondblue: the facts. 2017. URL: <https://www.beyondblue.org.au/the-facts>.

[Вернуться](#)

146

Craske M. G. et al. Anxiety disorders. Nat. Rev. Dis. Primers 2017; 3: 17024.

[Вернуться](#)

147

Beyondblue. Types of Anxiety: PTSD. 2017.

[Вернуться](#)

148

Schaefer J. D. et al. Enduring mental health: Prevalence and prediction. *J. Abnorm. Psychol.* 2017; 126 (2): 212–224.

[Вернуться](#)

149

Beyondblue. Youth beyondblue: stats and facts. 2017. URL: <https://www.youthbeyondblue.com/footer/stats-and-facts>.

[Вернуться](#)

150

Schmaal L. et al. Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. *Mol. Psychiatry* 2016; 21 (6): 806–812.

[Вернуться](#)

151

Anthes E. Depression: A change of mind. *Nature* 2014; 515 (7526): 185–187.

[Вернуться](#)

152

Solomon A. Depression: the secret we share. TED Talk, 2013.

[Вернуться](#)

153

Jorm A. F. et al. A guide to what works for depression. Beyondblue: Melbourne, 2013.

[Вернуться](#)

154

Gressier F., Calati R., Serretti A. 5-HTTLPR and gender differences in affective disorders: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2016; 190: 193–207.

[Вернуться](#)

155

Caspi A. et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biol. Psychiatry* 2005; 57 (10): 1117–1127.

[Вернуться](#)

156

Belsky J., Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol. Bull* 2009; 135 (6): 885–908.

[Вернуться](#)

157

Caspi A. et al. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am. J. Psychiatry* 2010; 167 (5): 509–527.

[Вернуться](#)

158

Culverhouse R. C. et al. Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression. *Mol. Psychiatry* 2017.

[Вернуться](#)

159

Riecher-Rossler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psychiatry* 2017; 4 (1): 8–9.

[Вернуться](#)

160

Riecher-Rossler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psychiatry* 2017; 4 (1): 8–9.

[Вернуться](#)

161

Kulkarni J. Hormones actually a great protector of women’s health. *The Conversation*, 2011.

[Вернуться](#)

162

Li S. H., Graham B. M. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry* 2017; 4 (1): 73–82.

[Вернуться](#)

163

Beyondblue. Types of Anxiety: PTSD. 2017.

[Вернуться](#)

164

Merz C. J., Wolf O. T. Sex differences in stress effects on emotional learning. J. Neurosci. Res. 2017; 95 (1–2): 93–105.

[Вернуться](#)

165

Bryant R. A. et al. The association between menstrual cycle and traumatic memories. J. Affect. Disord. 2011; 131 (1–3): 398–401.

[Вернуться](#)

166

Ferree N. K., Wheeler M., Cahill L. The influence of emergency contraception on post-traumatic stress symptoms following sexual assault. J. Forensic. Nurs. 2012; 8 (3): 122–130.

[Вернуться](#)

167

Mordecai K. L. et al. Cortisol reactivity and emotional memory after psychosocial stress in oral contraceptive users. J. Neurosci. Res. 2017; 95 (1–2): 126–135.

[Вернуться](#)

168

Персонаж популярного телесериала «Сайнфилд», гротескный невротик и неудачник. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

169

Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? Lancet Psychiatry 2016; 4 (2): 146–158.

[Вернуться](#)

170

Merz C. J., Wolf O. T. Sex differences in stress effects on emotional learning. J. Neurosci. Res. 2017; 95 (1–2): 93–105.

[Вернуться](#)

171

Oldehinkel A. J., Bouma E. M. Sensitivity to the depressogenic effect of stress and HPA-axis reactivity in adolescence: a review of gender differences. Neurosci. Biobehav. 2011; 35 (8): 1757–1770.

[Вернуться](#)

172

Dantzer R., Kelley K. W. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. Brain Behav. Immun. 2007; 21 (2): 153–160.

[Вернуться](#)

173

Raison C. L. et al. A randomized controlled trial of the tumor necrosis factor antagonist infliximab for treatment-resistant depression: the role of baseline inflammatory biomarkers'. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (1): 31–41.

[Вернуться](#)

174

Pariante C. M. Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2017; 27 (6): 554–559.

[Вернуться](#)

175

World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence. 2010.

[Вернуться](#)

176

Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry* 2016; 4 (2): 146–158.

[Вернуться](#)

177

Chen Y. Y. et al. Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Soc. Sci. Med.* 2005; 60 (1): 49–60.

[Вернуться](#)

178

Van de Velde S. et al. Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociol. Health Illn.* 2013; 35 (5): 682–698.

[Вернуться](#)

179

Suleiman A. B. et al. Becoming a sexual being: The “elephant in the room” of adolescent brain development. *Dev. Cogn. Neurosci.* 2017; 25: 209–220.

[Вернуться](#)

180

Wedekind C. et al. MHC-dependent mate preferences in humans. *Proc. Biol. Sci.* 1995; 260 (1359): 245–249.

[Вернуться](#)

181

Ober C. HLA and fertility. *Am. J. Hum. Genet.* 1995; 57 (5): 1242–1243.

[Вернуться](#)

182

Durante K. M. et al. Ovulation leads women to perceive sexy cads as good dads. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2012; 103 (2): 292–305.

[Вернуться](#)

183

Brooks R. Round 2: Ovulatory cycles and shifting preferences. *The Conversation*, 2014.

[Вернуться](#)

184

Roney J. R., Simmons Z. L. Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Horm. Behav.* 2013; 63 (4): 636–645.

[Вернуться](#)

185

Dennerstein L. et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil. Steril.* 2002; 77 (suppl. 4): 42–48.

[Вернуться](#)

186

Pastor Z., Holla K., Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* 2013; 18 (1): 27–43.

[Вернуться](#)

187

Meston C. M., Buss D. M. Why humans have sex. *Arch. Sex. Behav.* 2007; 36 (4): 477–507.

[Вернуться](#)

188

Whipple B., Brash-McGreer K. Management of female sexual dysfunction, in: *Sexual function in people with disability and chronic illness: a health professional's guide*, Sipski M. L. and Alexander C. J., eds. Gaithersburg: Aspen, 1997.

[Вернуться](#)

189

What you need to know. *Female Sexual Response*. <http://www.arhp.org/Publications-and-Resources>, A.o.R.H. Professionals, ed., 2008.

[Вернуться](#)

190

What you need to know. Female Sexual Response. <http://www.arhp.org/Publications-and-Resources>, A.o.R.H. Professionals, ed., 2008.

[Вернуться](#)

191

Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet. Gynecol.* 2001; 98 (2): 350–353.

[Вернуться](#)

192

Nagoski E. *Come as you are: the surprising new science that will transform your sex life.* New York: Simon & Schuster, 2015.

[Вернуться](#)

193

Нагоски Э. Как хочет женщина: мастер-класс по науке секса / пер. с англ. Н. Брагиной и В. Степановой. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2016. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

194

Georgiadis J. R., Kringelbach M. L., Pfaus J. G. Sex for fun: a synthesis of human and animal neurobiology. *Nat. Rev. Urol.* 2012; 9 (9): 486–498.

[Вернуться](#)

195

Goldstein I. et al. Hypoactive sexual desire disorder: international society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Mayo Clin. Proc.* 2017; 92 (1): 114–128.

[Вернуться](#)

196

Kingsberg S. A., Clayton A. H., Pfaus J. G. The female sexual response: Current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *CNS Drugs* 2015; 29 (11): 915–933.

[Вернуться](#)

197

Goldstein I. et al. Hypoactive sexual desire disorder: international society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Mayo Clin. Proc.* 2017; 92 (1): 114–128.

[Вернуться](#)

198

По данным на апрель 2020 года, в России препарат не зарегистрирован. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

199

Lucke J. Weekly Dose: fibanserin, the drug that gives women one extra sexually satisfying experience every two months. *The Conversation*, 2016.

[Вернуться](#)

200

Female Sex Drive, in: *Catalyst*, Newby D. J., ed. ABC, 2015.

[Вернуться](#)

201

Basson R. Testosterone therapy for reduced libido in women. *Ther. Adv. Endocrinol. Metab.* 2010; 1 (4): 155–164.

[Вернуться](#)

202

Dennerstein L. et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil. Steril.* 2002; 77 (suppl. 4): 42–48.

[Вернуться](#)

203

University of Melbourne. Menopause dashes sex life. Melbourne: Eureka Alert. 2002.

[Вернуться](#)

204

Бергнер Д. Чего хотят женщины? Наука о природе женской сексуальности / пер. с англ. А. Степановой. М.: Эксмо, 2015. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

205

Перель Э. Право на «лево». Почему люди изменяют и можно ли избежать измен / пер. с англ. З. Мамедьярова. М.: Бомбора, 2018. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

206

Bergner D. What do women want? Adventures in the science of female desire. N.Y.: HarperCollins, 2014.

[Вернуться](#)

207

Perel E. Mating in captivity: Sex, lies and domestic bliss. London: Hodder & Stoughton, 2007.

[Вернуться](#)

208

Dickson N. et al. Stability and change in same-sex attraction, experience, and identity by sex and age in a New Zealand birth cohort. Arch. Sex. Behav. 2013; 42 (5): 753–763.

[Вернуться](#)

209

Chantry K. The transgender bathroom controversy: four essential reads. 2017. URL: <https://theconversation.com/the-transgender-bathroom-controversy-four-essential-reads-72635>.

[Вернуться](#)

210

Fusion. Massive Millennial Poll. 2015. URL: <http://fusion.net/story/42216/half-of-young-people-believe-gender-isnt-limited-to-male-and-female/>.

[Вернуться](#)

211

Zeki S., Romaya J. P. The brain reaction to viewing faces of opposite- and same-sex romantic partners. PLoS One 2010; 5 (12): e15802.

[Вернуться](#)

212

Meston C. M., Levin R. J., Sipski M. L., Hull E. M., Heiman J. R. Women's Orgasm'. Annu. Rev. Sex. Res. 2004; 15 (1): 173–257.

[Вернуться](#)

213

Нагоски Э. Как хочет женщина: мастер-класс по науке секса / пер. с англ. Н. Брагиной и В. Степановой. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2016. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

214

O'Connell H.E., Sanjeevan K. V., Hutson J. M. Anatomy of the clitoris. J. Urol. 2005; 174 (4 pt. 1): 1189–1195.

[Вернуться](#)

215

Sample I. Female orgasm captured in series of brain scans. The Guardian, 2011.

[Вернуться](#)

216

Kontula O., Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016; 6: 31624.

[Вернуться](#)

217

Kontula O., Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016; 6: 31624.

[Вернуться](#)

218

Coria-Avila G.A. et al. The role of orgasm in the development and shaping of partner preferences. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016; 6: 31815.

[Вернуться](#)

219

King R., Dempsey M., Valentine K. A. Measuring sperm backflow following female orgasm: a new method. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016; 6: 31927.

[Вернуться](#)

220

King R., Dempsey M., Valentine K. A. Measuring sperm backflow following female orgasm: a new method. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016; 6: 31927.

[Вернуться](#)

221

Earp B. D. et al. Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? Philos. Psychiatr. Psychol. 2017; 24 (1): 77–92.

[Вернуться](#)

222

Fisher H. E. et al. Intense, passionate, romantic love: a Natural addiction? How the fields that investigate romance and substance abuse can inform each other. *Front. Psychol.* 2016; 7: 687.

[Вернуться](#)

223

Acevedo B. P. et al. Neural correlates of long-term intense romantic love. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2012; 7 (2): 145–159.

[Вернуться](#)

224

Carter C. S., Porges S. W. The biochemistry of love: an oxytocin hypothesis. *EMBO reports* 2013; 14 (1).

[Вернуться](#)

225

Pedersen C. A., Prange A. J., Jr. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1979; 76 (12): 6661–6665.

[Вернуться](#)

226

Carter C. S., Porges S. W. The biochemistry of love: an oxytocin hypothesis. *EMBO reports* 2013; 14 (1).

[Вернуться](#)

227

Churchland P. S., Winkielman P. Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? What does it mean? *Horm. Behav.* 2012; 61 (3): 392–399.

[Вернуться](#)

228

Patoine B. One molecule for love, trust, and morality? Separating hype from hope in the oxytocin research explosion. The Dana Foundation, 2013.

[Вернуться](#)

229

McGonigal K. How to make stress your friend. TED Talk, 2013.

[Вернуться](#)

230

Carter C. S., Porges S. W. The biochemistry of love: an oxytocin hypothesis. *EMBO reports* 2013; 14 (1).

[Вернуться](#)

231

Kosfeld M. et al. Oxytocin increases trust in humans. *Nature* 2005; 435 (7042): 673–676.

[Вернуться](#)

232

Damasio A. Brain trust. *Nature* 2005; 435 (2 June): 571–572.

[Вернуться](#)

233

Churchland P. S., Winkelman P. Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? What does it mean? *Horm. Behav.* 2012; 61 (3): 392–399.

[Вернуться](#)

234

Kemp A. H., Gustella A. The dark side of the love drug – oxytocin linked to gloating, envy and aggression. *The Conversation*, 2011.

[Вернуться](#)

235

Churchland P. S., Winkelman P. Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? What does it mean? *Horm. Behav.* 2012; 61 (3): 392–399.

[Вернуться](#)

236

Shen H. Neuroscience: The hard science of oxytocin. *Nature* 2015; 522 (7557): 410–412.

[Вернуться](#)

237

Hoekzema E. et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat. Neurosci.* 2017; 20 (2): 287–296.

[Вернуться](#)

238

Pereira M., Ferreira A. Neuroanatomical and neurochemical basis of parenting: Dynamic coordination of motivational, affective and cognitive processes. *Hormones and Behavior* 2016; 77: 72–85.

[Вернуться](#)

239

Levy F., Gheusi G., Keller M. Plasticity of the parental brain: a case for neurogenesis. *J. Neuroendocrinol.* 2011; 23 (11): 984–993.

[Вернуться](#)

240

Hrdy S. B. Variable postpartum responsiveness among humans and other primates with “cooperative breeding”: A comparative and evolutionary perspective. *Horm. Behav.* 2016; 77: 272–283.

[Вернуться](#)

241

Hrdy S. B. Variable postpartum responsiveness among humans and other primates with “cooperative breeding”: A comparative and evolutionary perspective. *Horm. Behav.* 2016; 77: 272–283.

[Вернуться](#)

242

Brunton P. J., Russell J. A. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat. Rev. Neurosci.* 2008; 9 (1): 11–25.

[Вернуться](#)

243

Russell J. A., Douglas A. J., Ingram C. D. Brain preparations for maternity – adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation. An overview. *Prog. Brain Res.* 2001; 133: 1–38.

[Вернуться](#)

244

Grattan D. R., Kokay I. C. Prolactin: a pleiotropic neuroendocrine hormone. *J. Neuroendocrinol.* 2008. 20(6): 752–763.

[Вернуться](#)

245

Pereira M., Ferreira A. Neuroanatomical and neurochemical basis of parenting: Dynamic coordination of motivational, affective and cognitive processes. *Hormones and Behavior* 2016; 77: 72–85.

[Вернуться](#)

246

Grattan D. R. 60 years of neuroendocrinology: The hypothalamo-prolactin axis. *J. Endocrinol.* 2015; 226 (2): 101–122.

[Вернуться](#)

247

Brunton P. J., Russell J. A. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat. Rev. Neurosci.* 2008; 9 (1): 11–25.

[Вернуться](#)

248

Grattan D. R. 60 years of neuroendocrinology: The hypothalamo-prolactin axis. *J. Endocrinol.* 2015; 226 (2): 101–122.

[Вернуться](#)

249

NICE. NICE public health guidance 27: Weight management before, during and after pregnancy. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010.

[Вернуться](#)

250

Committee to Reexamine Institute of Medicine Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington DC: National Academies Press, 2009.

[Вернуться](#)

251

de Jersey S. J. et al. A prospective study of pregnancy weight gain in Australian women. *Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol.* 2012; 52 (6): 545–551.

[Вернуться](#)

252

Torner L. et al. Anxiolytic and anti-stress effects of brain prolactin: improved efficacy of antisense targeting of the prolactin receptor by molecular modeling. *J. Neurosci.* 2001; 21 (9): 3207–3214.

[Вернуться](#)

253

Gustafson P., Bunn S. J., Grattan D. R. The role of prolactin in the suppression of Crh mRNA expression during pregnancy and lactation in the mouse. *J. Neuroendocrinol.* 2017; 29 (9).

[Вернуться](#)

254

Buckwalter J. G., Buckwalter D. K., Bluestein B. W., Stanczyk F. Z. Pregnancy and postpartum: changes in cognition and mood, in: *The Maternal brain. Progress in brain research.* Elsevier, 2001.

[Вернуться](#)

255

Logan D. M., Hill K. R. et al. How do memory and attention change with pregnancy and childbirth? A controlled longitudinal examination of neuropsychological functioning in pregnant and postpartum women. *Clin. Exp. Neuropsychol.*; 36 (5): 528–539.

[Вернуться](#)

256

Christensen H., Poyser C., Pollitt P., Cubis J. Pregnancy may confer a selective cognitive advantage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1999; 17 (1): 7–25.

[Вернуться](#)

257

Casey P. A longitudinal study of cognitive performance during pregnancy and new motherhood. *Archives of Women's Mental Health* 2000; 3 (2): 65–76.

[Вернуться](#)

258

Эллисон К. Мамин интеллект. Как рождение детей делает нас умнее / пер. с англ. А. Казаковой. М.: Альпина Паблишер, 2017. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

259

Ellison K. The mommy brain: How motherhood makes us smarter. N.Y.: Basic Books, 2005.

[Вернуться](#)

260

Stern D. N., Brusweiler-Stern N. The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever. N.Y.: Basic Books, 1998.

[Вернуться](#)

261

Kim P., Strathearn L., Swain J. E. The maternal brain and its plasticity in humans. *Horm. Behav.* 2016; 77: 113–123.

[Вернуться](#)

262

Moore E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 11: CD 003519.

[Вернуться](#)

263

Rosenblatt J. S. Nonhormonal basis of maternal behavior in the rat. *Science* 1967; 156 (3781): 1512–1514.

[Вернуться](#)

264

Lingle S., Riede T. Deer mothers are sensitive to infant distress vocalizations of diverse mammalian species. *The American Naturalist* 2014; 184 (4): 510–522.

[Вернуться](#)

265

Feldman R. The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving. *Horm. Behav.* 2016; 77: 3–17.

[Вернуться](#)

266

Gordon I. et al. Testosterone, oxytocin, and the development of human parental care. *Horm. Behav.* 2017; 93: 184–192.

[Вернуться](#)

267

Krol K. M. et al. Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers. *Sci. Rep.* 2014; 4: 7006.

[Вернуться](#)

268

Hahn-Holbrook J. et al. Maternal defense: breast feeding increases aggression by reducing stress. *Psychol. Sci.* 2011; 22 (10): 1288–1295.

[Вернуться](#)

269

Donato J., Jr., Frazao R. Interactions between prolactin and kisspeptin to control reproduction. *Arch. Endocrinol. Metab.* 2016; 60 (6): 587–595.

[Вернуться](#)

270

Patton C. C. Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *Lancet* 2015; 386 (9996): 875–883.

[Вернуться](#)

271

Loxton D., Lucke J. Reproductive health: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. Australian Government Department of Health, 2009.

[Вернуться](#)

272

Stern D. N., Bruschweiler-Stern N. The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever. N.Y.: Basic Books, 1998.

[Вернуться](#)

273

Weaver J. J., Ussher J. M. How motherhood changes life – a discourse analytic study with mothers of young children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2007; 15 (1): 51–68.

[Вернуться](#)

274

Cooke K. Women's stuff. London: Penguin Random House, 2011.

[Вернуться](#)

275

Campbell K. E. et al. The trajectory of negative mood and depressive symptoms over two decades. *Maturitas* 2017; 95: 36–41.

[Вернуться](#)

276

Brinton R. D. et al. Perimenopause as a neurological transition state. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2015; 11 (7): 393–405.

[Вернуться](#)

277

Brent L. J. et al. Ecological knowledge, leadership, and the evolution of menopause in killer whales. *Curr. Biol.* 2015; 25 (6): 746–750.

[Вернуться](#)

278

Rettberg J. R., Yao J., Brinton R. D. Estrogen: a master regulator of bioenergetic systems in the brain and body. *Front. Neuroendocrinol.* 2014; 35 (1): 8–30.

[Вернуться](#)

279

Rettberg J. R., Yao J., Brinton R. D. Estrogen: a master regulator of bioenergetic systems in the brain and body. *Front. Neuroendocrinol.* 2014; 35 (1): 8–30.

[Вернуться](#)

280

Freedman R. R. Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.* 2014; 142: 115–120.

[Вернуться](#)

281

Hardy J. D., Du Bois E. F. Differences between men and women in their response to heat and cold. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1940; 26 (6): 389–398.

[Вернуться](#)

282

Charkoudian N., Stachenfeld N. S. Reproductive hormone influences on thermoregulation in women. Compr. Physiol. 2014; 4 (2): 793–804.

[Вернуться](#)

283

Freedman R. R. Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. J. Steroid. Biochem. Mol. Biol. 2014; 142: 115–120.

[Вернуться](#)

284

Charkoudian N., Stachenfeld N. S. Reproductive hormone influences on thermoregulation in women. Compr. Physiol. 2014; 4 (2): 793–804.

[Вернуться](#)

285

Prague J. K. et al. Neurokinin 3 receptor antagonism as a novel treatment for menopausal hot flashes: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2017; 389 (10081): 1809–1820.

[Вернуться](#)

286

Freedman R. R. et al. Cortical activation during menopausal hot flashes. Fertil. Steril. 2006; 85 (3): 674–678.

[Вернуться](#)

287

Berecki-Gisolf, J., Begum N., Dobson A. J. Symptoms reported by women in midlife: menopausal transition or aging?. Menopause 2009; 16 (5): 1021–1029.

[Вернуться](#)

288

Ciano C. et al. Longitudinal study of insomnia symptoms among women during perimenopause. J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 2017; 46 (6): 804–813.

[Вернуться](#)

289

Grandner M. A. Sleep, health, and society. *Sleep. Med. Clin.* 2017; 12 (1): 1–22.

[Вернуться](#)

290

Mong J. A., Cusmano D. M. Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 2016; 371 (1688): 20150110.

[Вернуться](#)

291

Allmen T. Menopause confidential. A doctor reveals the secrets to thriving through midlife. New York: HarperCollins, 2016.

[Вернуться](#)

292

Gervais N. J., Mong J. A., Lacreuse A. Ovarian hormones, sleep and cognition across the adult female lifespan: An integrated perspective. *Front. Neuroendocrinol.* 2017; 47: 134–153.

[Вернуться](#)

293

Adan A., Natale V. Gender differences in morningness-eveningness preference. *Chronobiol. Int.* 2002; 19 (4): 709–720.

[Вернуться](#)

294

Baker F. C. et al. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 60: 96–104.

[Вернуться](#)

295

Baker F. C. et al. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 60: 96–104.

[Вернуться](#)

296

de Zambotti M. et al. Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women. *Fertil. Steril.* 2014; 102 (6): 1708–1715.

[Вернуться](#)

297

Kulkarni J. There’s no “rushing women’s syndrome” but hormones affect mental health. *The Conversation*, 2014.

[Вернуться](#)

298

Campbell K. E. et al. Impact of menopausal status on negative mood and depressive symptoms in a longitudinal sample spanning 20 years. *Menopause* 2017; 24 (5): 490–496.

[Вернуться](#)

299

Weber M. T., Maki P. M., McDermott M. P. Cognition and mood in perimenopause: a systematic review and meta-analysis. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 2014; 142: 90–98.

[Вернуться](#)

300

Alzheimer's Australia. About dementia and memory loss. URL: <https://www.fightdementia.org.au/aboutdementia/memory-loss/memory-changes>.

[Вернуться](#)

301

The Jean Hailes Foundation. *Menopause Management*, 2017.

[Вернуться](#)

302

The Jean Hailes Foundation. *Menopause Management*, 2017.

[Вернуться](#)

303

Pinkerton J. V. Changing the conversation about hormone therapy. *Menopause* 2017; 24 (9): 991–993.

[Вернуться](#)

304

The North American Menopause Society. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017; 24 (7): 728–753.

[Вернуться](#)

305

Wilson R. A., Wilson T. A. The basic philosophy of estrogen maintenance. *The Journal of the American Geriatrics Society* 1972; 20 (11): 521–523.

[Вернуться](#)

306

Wilson R. A., Wilson T. A. The basic philosophy of estrogen maintenance. *The Journal of the American Geriatrics Society* 1972; 20 (11): 521–523.

[Вернуться](#)

307

Wilson R. A., Wilson T. A. The basic philosophy of estrogen maintenance. The Journal of the American Geriatrics Society 1972; 20 (11): 521–523.

[Вернуться](#)

308

Hersh A. L., Stefanick M. L., Stafford R. S. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. JAMA 2004; 291 (1): 47–53.

[Вернуться](#)

309

WHI. URL: <http://www.whi.org/>.

[Вернуться](#)

310

Million Women Study. URL: <http://www.millionwomenstudy.org/>.

[Вернуться](#)

311

Nurses' Health Study. URL: <http://www.nurseshealthstudy.org/>.

[Вернуться](#)

312

Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. The Writing Group for the PEPI Trial. JAMA 1995; 273 (3): 199–208.

[Вернуться](#)

313

Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). URL: <http://www.swanstudy.org/>.

[Вернуться](#)

314

The North American Menopause Society. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2017; 24 (7): 728–753.

[Вернуться](#)

315

Shumaker S. A. et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study:

a randomized controlled trial. JAMA 2003; 289: 2651–2662.

[Вернуться](#)

316

Million Women Study, C. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003; 362 (9382): 419–427.

[Вернуться](#)

317

The North American Menopause Society. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2017; 24 (7): 728–753.

[Вернуться](#)

318

The Jean Hailes Foundation. Menopause Management, 2017.

[Вернуться](#)

319

Cancer Council Australia. Breast cancer, 2017. URL: <http://www.cancer.org.au/about-cancer/types-of-cancer/breast-cancer/>.

[Вернуться](#)

320

Barbieri R. L. Patient education: Menopausal hormone therapy (beyond the basics), in: UpToDate, Martin K. A., ed., 2017.

[Вернуться](#)

321

Cintron D. et al. Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: systematic review and meta-analysis. Endocrine 2017; 55 (3): 702–711.

[Вернуться](#)

322

Martin K. A., Barbieri R. L. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy', in: UpToDate, Martin K. A., ed., 2017.

[Вернуться](#)

323

Davison S. L. et al. Testosterone improves verbal learning and memory in postmenopausal women: Results from a pilot study. Maturitas 2011; 70 (3): 307–311.

[Вернуться](#)

324

The North American Menopause Society. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017; 24 (7): 728–753.

[Вернуться](#)

325

Manson J. E. et al. Menopausal hormone therapy and longterm all-cause and cause-specific mortality: The Women’s Health Initiative Randomized Trials. *JAMA* 2017; 318 (10): 927–938.

[Вернуться](#)

326

Shumaker S. A. et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women’s Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 2651–2662.

[Вернуться](#)

327

MacLennan A.H., Henderson V. W., Paine B. J., Mathias J., Ramsay E. N., Ryan P., Stocks N. P., Taylor A. W. Hormone therapy, timing of initiation, and cognition in women aged older than 60 years: the REMEMBER pilot study. *Menopause* 2006; 13: 28–36.

[Вернуться](#)

328

Daniel J. M., Witty C. F., Rodgers S. P. Long-term consequences of estrogens administered in midlife on female cognitive aging. *Horm. Behav.* 2015; 74: 77–85.

[Вернуться](#)

329

Jung C. G. *Modern man in search of a soul* 1933 New York, NY: Harcourt, Brace & World.

[Вернуться](#)

330

Pew Research Center. *Growing Old in America: Expectations vs. Reality*, 2009.

[Вернуться](#)

331

Jeune B., Robine JM., Young R., Desjardins B., Skyttthe A., Vaupel J. W. Jeanne Calment and her successors. Biographical notes on the longest living humans, in: *Supercentenarians*, Maier H., ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010.

[Вернуться](#)

332

На момент написания книги Наби Тадзима еще была жива. Она скончалась в 2018 году в возрасте 118 лет. – *Прим. ред.*

[Вернуться](#)

333

Buettner D. 5 Easy steps to “Blue zone” your 2017. 2017. URL: <https://bluezones.com/2017/01/blue-zone-2017/>.

[Вернуться](#)

334

Ritchie K. Mental status examination of an exceptional case of longevity J. C. aged 118 years. Br. J. Psychiatry 1995; 166 (2): 229–235.

[Вернуться](#)

335

Evert J. et al. Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers, and escapers. J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. 2003; 58 (3): 232–237.

[Вернуться](#)

336

Settersten R. A., Jr. Relationships in time and the life course: the Significance of linked lives. Research in Human Development 2015; 12 (3–4): 217–223.

[Вернуться](#)

337

Mather M. The emotion paradox in the aging brain. Annals of the New York Academy of Sciences 2012; 1251 (1): 33–49.

[Вернуться](#)

338

Belsky D. W., Caspi A. et al. Impact of early personal – history characteristics on the Pace of Aging: implications for clinical trials of therapies to slow aging and extend healthspan. Aging Cell 2017; 16 (4): 644–651.

[Вернуться](#)

339

Jeune B., Robine JM., Young R., Desjardins B., Skytthe A., Vaupel J. W. Jeanne Calment and her successors. Biographical notes on the longest living humans, in: Supercentenarians, Maier H., ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010.

[Вернуться](#)

340

Okinawan Centenarian Study. Okinawa Centenarian Study. 2017. URL: <http://www.okicent.org/>.

[Вернуться](#)

341

NECS. Why Study Centenarians? An Overview. New England Centenarian Study. 2017.

[Вернуться](#)

342

Perls T. F., Fretts R Why women live longer than men. Sci. Am. 1998.

[Вернуться](#)

343

Ostan. R. et al. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. Clin. Sci. (Lond.) 2016; 130 (19): 1711–1725.

[Вернуться](#)

344

Ostan. R. et al. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. Clin. Sci. (Lond.) 2016; 130 (19): 1711–1725.

[Вернуться](#)

345

Camus M. F., Clancy D. J., Dowling D. K. Mitochondria, maternal inheritance, and male aging. Curr. Biol. 2012; 22 (18): 1717–1721.

[Вернуться](#)

346

Sun F. et al. Extended maternal age at birth of last child and women's longevity in the Long Life Family Study. Menopause 2015; 22 (1): 26–31.

[Вернуться](#)

347

Barclay K., Grundy K. E., Kolk M., Myrskylä M. Reproductive history and post-reproductive mortality: A sibling comparison analysis using Swedish register data. Social Science & Medicine 2016; 155: 82–92.

[Вернуться](#)

348

Barclay K., Grundy K. E., Kolk M., Myrskylä M. Reproductive history and post-reproductive mortality: A sibling comparison analysis using Swedish register data. Social Science & Medicine 2016; 155: 82–92.

[Вернуться](#)

349

Grundy E., Kravdal O. Do short birth intervals have long-term implications for parental health? Results from analyses of complete cohort Norwegian register data. *J. Epidemiol. Community Health* 2014; 68 (10): 958–964.

[Вернуться](#)

350

Manson J. E. et al. Menopausal hormone therapy and longterm all-cause and cause-specific mortality: The Women’s Health Initiative Randomized Trials. *JAMA* 2017; 318 (10): 927–938.

[Вернуться](#)

351

Boston University Medical Center. Reproduction later in life is a marker for longevity in women. *EurekAlert!* 2014

[Вернуться](#)

352

Neu S. C. et al. Apolipoprotein E genotype and sex risk factors for Alzheimer disease: a Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2017; 74 (10): 1178–1189.

[Вернуться](#)

353

Alzheimer’s Association. 2017 Alzheimer’s disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2017: 325–373.

[Вернуться](#)

354

Australian Bureau of Statistics. Causes of death, Australia, 2016. Canberra, 2017.

[Вернуться](#)

355

Prince M., Wimo A., Guerchet M. et al. On behalf of Alzheimer’s Disease International (ADI). The World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London, 2015.

[Вернуться](#)

356

World Health Organization. First WHO ministerial conference on global action against dementia: meeting report. Switzerland, 2015.

[Вернуться](#)

357

Xu W. et al. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2015; 86 (12): 1299–1306.

[Вернуться](#)

358

Dementia Australia. About Dementia. 2017. URL: <https://www.dementia.org.au/information/aboutdementia>.

[Вернуться](#)

359

Alzheimer's Australia. About dementia and memory loss. URL: <https://www.fightdementia.org.au/aboutdementia/memory-loss/memory-changes>.

[Вернуться](#)

360

Dementia Australia. About Dementia. 2017. URL: <https://www.dementia.org.au/information/aboutdementia>.

[Вернуться](#)

361

Irish M. et al. Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2006; 22 (1): 108–120.

[Вернуться](#)

362

Buckley R. L., Lim Y. Y. What causes Alzheimer's disease? What we know, don't know and suspect. 2017. URL: <https://theconversation.com/what-causes-alzheimersdisease-what-we-knowdont-know-and-suspect-75847>.

[Вернуться](#)

363

van Dellen A., Blakemore C., Deacon R., York D., Hannan A. J. Delaying the onset of Huntington's in mice. *Nature* 2000; 404 (6779): 721–722.

[Вернуться](#)

364

Fisher G. G. et al. Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning. *J. Occup. Health Psychol.* 2014; 19 (2): 231–242.

[Вернуться](#)

365

Stern Y. Build your cognitive reserve: an Interview with Dr. Yaakov Stern, in: *The sharpbrains guide to brain fitness*, Fernandez A., Goldberg E., ed. San Francisco: Sharp Brains, 2009.

[Вернуться](#)

366

Vemuri P. et al. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in the older population. *JAMA Neurol.* 2014; 71 (8): 1017–1024.

[Вернуться](#)

367

Mattson M. P. Lifelong brain health is a lifelong challenge: from evolutionary principles to empirical evidence. *Ageing Res. Rev.* 2015; 20: 37–45.

[Вернуться](#)

368

Raichlen D. A., Alexander G. E. Adaptive capacity: an Evolutionary neuroscience model linking exercise, cognition, and brain health. *TINS* 2017; 40 (7): 408–421.

[Вернуться](#)

369

Ontario Brain Institute. The role of physical activity in the prevention and management of Alzheimer's disease – implications for Ontario, 2013.

[Вернуться](#)

370

Jacka F. N. et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the “SMILES” trial). *BMC Med.* 2017; 15 (1): 23.

[Вернуться](#)

371

Wahl D. et al. Nutritional strategies to optimise cognitive function in the aging brain. *Ageing Res. Rev.* 2016; 31: 80–92.

[Вернуться](#)

372

Pollan M. In defence of food. London: Penguin, 2008.

[Вернуться](#)

373

Johansson L. et al. Common psychosocial stressors in middle-aged women related to longstanding distress and increased risk of Alzheimer's disease: a 38-year longitudinal population study. *BMJ Open.* 2013; 3 (9): e003142.

[Вернуться](#)

374

Settersten R. A., Jr. Relationships in time and the life course: the Significance of linked lives. *Research in Human Development* 2015; 12 (3–4): 217–223.

[Вернуться](#)

375

Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010; 7 (7): e1000316.

[Вернуться](#)

376

Boyle P. A. et al. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67 (3): 304–310.

[Вернуться](#)

377

Jeune B., Robine JM., Young R., Desjardins B., Skytthe A., Vaupel J. W. Jeanne Calment and her successors. Biographical notes on the longest living humans, in: *Supercentenarians*, Maier H., ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010.

[Вернуться](#)

378

Ritchie K. Mental status examination of an exceptional case of longevity J. C. aged 118 years. *Br. J. Psychiatry* 1995; 166 (2): 229–235.

[Вернуться](#)

379

Jeune B., Robine JM., Young R., Desjardins B., Skytthe A., Vaupel J. W. Jeanne Calment and her successors. Biographical notes on the longest living humans, in: *Supercentenarians*, Maier H., ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010.

[Вернуться](#)