

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	
ОТ СТИВЕНА У. ПОРДЖЕСА	13
БЛАГОДАРНОСТИ.....	19
НАШЕ ВВЕДЕНИЕ	
В ПОЛИВАГАЛЬНУЮ ТЕОРИЮ	25

Раздел I. Построение здорового мозга как основы для будущего 33

Глава 1 БЕРЕМЕННОСТЬ, ВНУТРИУТРОБНАЯ СРЕДА И РОЖДЕНИЕ: ВОСПИТАНИЕ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ МОЗГА	35
Эволюционная биология закладывает основу	36
Эволюционно обусловленная иерархия поведения	36
Ощущение безопасности отражается в вентральной вагальной системе социального взаимодействия.....	38
Ощущение угрозы или опасности требует мобилизации симпатической системы.....	39
Когда ощущается угроза жизни, вы замираете на месте.....	40
Вегетативная нервная система. Плод и внутриутробная жизнь	41
«Кирпичики» и «раствор» плода. Центральная нервная система.....	41
Богатая сенсорная среда плода	42
Нейронная регуляция сердца плода.....	43
Гормональная регуляция и внутриутробная среда	44
Переход к ожидаемой среде	46
Нарушения ожидаемой среды.....	48
Недоношенный ребенок	50
Новорожденный, подвергшийся воздействию опиатов	54

Глава 2 БЕЗОПАСНОСТЬ, СПОКОЙСТВИЕ И НАДЕЖНОСТЬ: РОДИТЕЛЬСКАЯ СРЕДА КАК ВТОРАЯ МАТКА	57
Надежная привязанность: монета королевства	57

За пределами взаимодействия матери и ребенка	61
Несоответствие и исправление во взаимодействии матери и младенца	64
Разлука угрожает выживанию младенца	66
Эволюционная нейроанатомия ствола мозга млекопитающих.....	68
Измерение вагального тонуса как отражения нейроцептивного состояния	69
Гормональные влияния определяют безопасность и поведение, связанное с угрозой	71
Совместная регуляция между матерью и младенцем закладывает основу для последующей привязанности	72
Первичные опекуны и младенцы занимают свои места на вегетативной лестнице	75
Глава 3 ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА К ЖИЗНИ В СЕМЬЕ И МИРЕ	82
Младенец исследует мир	83
Мотивация детей младшего возраста к поиску нового	85
Социализация для понимания безопасности и опасности	87
Ранняя оценка опасности приводит к развитию неявных предубеждений.....	89
Играть — значит узнавать себя и мир	91
Смена парадигмы в содействии здоровому развитию	94
Контроль за обычными ситуациями создает платформу для жизнестойкости	95
Наука о жизнестойкости	97
Раздел II. Нарушения социальной связи и восстановление.....	101
Глава 4 БОРЬБА С НАРУШЕНИЯМИ В ДЕТСТВЕ: ТРАВМАТИЧНЫЕ РАЗЛУКИ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ДЕТСКИЙ ОПЫТ	103
Доступ к медицинской помощи не полностью объясняет состояние здоровья.....	104
Токсичные стрессы детства являются травматическими.....	106

Травматические потери являются наиболее распространёнными травматическими воздействиями на детей	107
Дети по-разному подвержены факторам риска	110
Стрессовый аллостаз вызывает износ мозга и других систем организма	111
История Джулии в контексте стрессового аллостаза	112
Травматические потери или утраты: принудительное разделение на границе и несовершеннолетние без сопровождения	115
Травматические потери или утраты: лишение родительских прав	117
Травматические потери или утраты: проблемы психического здоровья, которые влияют на эмоциональную близость	119
Ухудшение качества ухода: злоупотребление психоактивными веществами	123
Злоупотребление психоактивными веществами во время беременности влияет на развивающийся мозг	125

Глава 5 ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СВЯЗНОСТИ

С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПЕРСПЕКТИВЫ

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ	131
Программирование плода и развитие истоков здоровья и болезней	131
Эпигенетика и генетическая предрасположенность	133
Начало в предыдущих поколениях	136
Токсический стресс в раннем возрасте и неблагоприятный детский опыт	137
Как НДО влияет на здоровье младенцев, детей и взрослых	139
Устойчивая структурная стигматизация	142
Системный расизм влияет на здравоохранение на всех уровнях	143
Эпигенетика и системный расизм	145
Влияние психического здоровья родителей на стрессовую реактивность	146
Последствия ухудшения стрессовой реактивности	149

Раздел III. Как профессионалы укрепляют цепь безопасности при уходе за ребенком153

Глава 6 ИЗМЕРЬТЕ СВОЙ СОБСТВЕННЫЙ ПУЛЬС: САМОРЕГУЛЯЦИЯ ДЛЯ СОВМЕСТНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ С ДЕТЬМИ, СЕМЬЕЙ И КОЛЛЕГАМИ..... 155

Забота о детях и семьях, которым мы служим: что такое безопасность и где ее найти?	157
Безопасность – это больше, чем отсутствие опасности или риска получения травмы	159
Создание психологической безопасности снижает количество медицинских ошибок	162
Установление отношений между врачом и пациентом – это вмешательство.....	163
Потребность знать и быть понятым	165
Профессионалы передают безопасность пациентам, когда они открыты друг с другом.....	167
Истории привязанности. Отношения между провайдером и пациентом и поливагальная теория.....	169
Неявные предубеждения мешают усилиям профессионалов по созданию межличностной безопасности.....	172
Отношения с вегетативной нервной системой, которые меняют все.....	175
Воспитание себя: травма при работе с травмами других	180
Оптимальный ответ на кризис: снятие вагального тормоза и повышение социальной активности.....	185
Эффективная и действенная коммуникация способствует социально активной командной работе	189
COVID-19 переписывает все правила.....	191

Глава 7 ПОДДЕРЖКА РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА: ПОЛИВАГАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, УЧИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ 192

Поливагально-информированные медицинские работники: врачи, медсестры и другие необходимые специалисты	193
--	-----

Эмоции накаляются, когда ставки высоки.....	194
Истории и язык имеют значение.....	197
Работа с интенсивностью в отделении неотложной помощи.....	199
Сопутствующий ущерб: пациент и семейные травмы, связанные с присутствием.....	204
Поливагально-информированный психотерапевт.....	206
Работа со стыдом и гневом.....	210
Регулирование себя для регулирования других.....	216
Стать более настоящим: дети должны бороться, прежде чем они смогут участвовать.....	217
Поливагально-информированный учитель.....	220
Ресурсы всегда были внутри нас.....	227
Когда профессионалы объединяют мозг и душу.....	228

Глава 8 ПОЛИВАГАЛЬНО-ИНФОРМИРОВАННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ И ОПТИМАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА.....	230
Что такое поливагально-информированная организация?.....	231
Основы поливагально-информированной организации.....	238
Последовательные шаги для создания поливагально-информированной организации.....	240
Заключение.....	265

Раздел IV. Воплощение поливагальной теории

в жизни и в мире.....	267
------------------------------	------------

Глава 9 СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ В ЭПОХУ COVID-19.....	269
Перекалибровка вегетативной нервной системы.....	269
Установление эпистемического доверия в эпоху социального дистанцирования.....	272
Расовые различия в заболеваемости и исходах COVID-19.....	278
Обращаюсь к тебе через мои глаза.....	280
Признать влияние COVID-19 на повседневную жизнь и взаимоотношения.....	282

Уменьшить неопределенность путем проактивного предоставления информации об изменяющейся обстановке	283
Слышите ли вы мою улыбку?	283
Медицинские работники умирают	285
Поливагальное лидерство во времена COVID-19	287

Глава 10 ЧТО ДЕЛАТЬ БЕЗОПАСНО?

ЖИЗНЕУТВЕРЖДАЮЩАЯ СИЛА СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ	292
Разработать неявный и явный язык поливагально-информированного общения	294
Использовать понимание нашей вегетативной нервной системы для построения цепи безопасности	295
Обучение родителей поливагальной теории инициирует передачу вегетативной мудрости и опыта из поколения в поколение	298
Обеспечение сигналов безопасности и устранение сбоев в профессиональном образовании и подготовке	302
Обеспечение доступных, информированных с точки зрения поливагальной теории услуг для детей младшего возраста	309
В надежных руках: продвижение через социальную вовлеченность и связанность	314
Производительность поливагально-информированных сообществ	317
 ССЫЛКИ	 319
ОБ АВТОРАХ	345
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	346

ПРЕДИСЛОВИЕ

ОТ СТИВЕНА У. ПОРДЖЕСА

Я рад лично написать это предисловие. Авторы независимо друг от друга заинтересовались потенциалом внедрения поливагальной теории в клиническую практику помощи детям. Доктора Сандерс и Томпсон были страстными и проникательными авторами книги, которую я редактировал совместно с Деб Даной, под названием «Клиническое применение поливагальной теории: возникновение поливагально-информированных терапевтов*». Целью этого сборника было побудить клиницистов расширить свои модели и стратегии лечения, используя особенности и идеи поливагальной теории. Она заключалась не в конкретизации теории, а в адаптации ее к проблемам, с которыми практики постоянно сталкиваются в клинике. В соответствии с этим в своей книге авторы творчески подошли к вопросу о том, как поливагальные методы лечения и стратегии здоровья могут быть реализованы в уходе за развивающимся ребенком.

С моей точки зрения, доктора Сандерс и Томпсон являются важной частью расширяющейся «поливагальной семьи». Они активно и эффективно выполняют роль «суперкорректора», управляя пациентами и командами поддержки пациентов, и в своем клиническом взаимодействии понимают и уважают принципы безопасности в процессе обеспечения доступа к нервной системе своих пациентов.

* Слово «терапевт» здесь означает специалиста-психотерапевта, если в тексте не указано иное. – *Прим. пер.*

Доктора Сандерс и Томпсон владеют уникально сложным биобихевиоральным методом диагностики и лечения, о котором говорится в этой книге.

Хотя они работают в различных клинических дисциплинах, фокусируясь на разных фазах развития детей, их работа имеет общие черты, они оба пытаются оптимизировать результаты лечения, пытаясь привлечь нервную систему своих пациентов к сотрудничеству в совместном путешествии к выздоровлению. Они признают, что результаты лечения ухудшаются, когда нервная система ребенка начинает реагировать с целью защиты. Говоря терминами поливагальной теории, их работа заключается в устранении сигналов угрозы и предоставлении достаточного количества сигналов безопасности, чтобы обеспечить пациентам нейроцепцию* безопасности. Именно благодаря этому процессу их пациенты могут двигаться по позитивной траектории взросления, оптимизируя как психическое, так и физическое здоровье.

Авторы утверждают, что сигналы безопасности переводят вегетативную нервную систему в состояние, которое поддерживает связанные со здоровьем гомеостатические процессы и оптимизирует процессы социального взаимодействия, необходимые для обеспечения корегуляции и установления доверительных отношений с семьей, друзьями и другими значимыми людьми. С точки зрения поливагальной теории авторы дают представление о том, как этого достичь, подчеркивая три основных принципа, связанных с теорией: созревание, социальную вовлеченность и нейроцепцию.

Работа доктора Сандерс с недоношенными новорожденными из группы высокого риска иллюстрирует влияние взросления на способность новорожденного регулировать состояние и уязвимость к угрожающим сигналам. С точки зрения поливагального подхода

* Нейроцепция — термин, предложенный Стивеном Порджесом для описания того, как вегетативная нервная система реагирует на сигналы, свидетельствующие о безопасности, опасности или угрозе жизни, которые исходят от нашего тела, внешней среды и наших связей с другими людьми. — *Прим. ред.*

степень недоношенности влияет на нейронные ресурсы, доступные для успокоения, самоуспокоения, спонтанного поведения и в особенности вовлечения.

Выживание для новорожденного заключается в реализации цепи «сосание-глотание-дыхание». Без ее эффективного функционирования младенец не сможет выжить. Поливагальная теория определяет нейронные механизмы и нейронные пути, лежащие в основе этой цепи и системы социальной активности. Оба поведенческих проявления требуют нейронной регуляции путей, известных как специальные висцеральные эфференты, которые регулируют поперечнополосатые мышцы лица и головы. Ствол мозга — анатомическая область, контролирующая эти пути, — интегрирован с вагальной регуляцией сердца и бронхов через вентральный вагальный путь. В целом вентральные вагальные пути у недоношенного новорожденного недостаточно миелинизированы, чтобы функционировать как эффективный «вагальный тормоз» для регуляции вегетативных защитных реакций. Если он отсутствует, сигналы угрозы будут вызывать дестабилизацию вегетативного состояния, вызывая метаболически затратный симпатический ответ, который наблюдается при тахикардии, или потенциально смертельную реакцию выключения, которая реализуется через дорсальные вагальные пути.

Вентральные вагальные пути начинают миелинизоваться примерно в 30 недель гестационного возраста. По мере приближения плода к сроку родов регуляция вентральных вагальных путей становится функционально интегрированной в анатомическую область в стволе мозга, которая также регулирует работу поперечнополосатых мышц лица и головы. Эта интегрированная система координирует регуляцию тонуса сердца и бронхов с процессами сосания, глотания, дыхания и вокализации. При рождении эта схема имеет решающее значение для выживания, поскольку обеспечивает проглатывание и координирует сосание с дыханием. После выполнения своих первичных обязанностей, связанных с глотанием, эта схема превращается в систему социального взаимодействия. Она позволяет младенцу и ухаживающим за ним лицам участвовать во взаимном общении, которое ведет к установлению

надежных социальных связей и доверительных отношений. Поскольку эта система недостаточно развита для функционирования у большинства недоношенных детей, взаимная связь между родителями и младенцем часто задерживается или нарушается. Без нейронной цепи, обеспечивающей выразительность лица и голосовые интонации, родитель/воспитатель может чувствовать, что его любовь и забота не воспринимаются. Они могут выражать чувство любви к своему ребенку, но при этом им будет казаться, что ребенок не любит их. Кроме того, система социального взаимодействия дает информацию для врача, знающего о поливагальной теории; такая информация позволит воздействовать на физиологическое состояние пациента, чтобы одновременно оптимизировать доступность лечения.

Если нервная система недоношенного ребенка обнаруживает угрозу жизни, то его вегетативная нервная система может сменить свое состояние и перейти в дорсальное вагальное состояние, при котором частота сердечных сокращений замедляется (т. е. возникает брадикардия), а дыхание может либо замедлиться, либо остановиться (т. е. происходит апноэ). Физиологически это состояние не обеспечивает достаточное количество кислорода для мозга, и если оно длительно, то может привести к повреждению мозга или смерти. К счастью, в этом случае вегетативное состояние (т. е. сердечный ритм и дыхание) таких уязвимых младенцев постоянно контролируется в клинике, и когда происходят описанные изменения, медицинский персонал немедленно вмешивается. В отделении интенсивной терапии новорожденных мониторинг жизненно важных показателей (сердцебиения, дыхания и насыщения крови кислородом) имеет наивысший приоритет и функционирует как система сигналов об угрозе не только для недоношенного ребенка, но и для медицинского персонала. Обнаружение этих признаков угрозы требует немедленной реакции для обеспечения оптимального исхода. Однако хроническое воздействие свидетельствующих об угрозе для жизни пациента сигналов может нарушить вегетативное состояние медицинского персонала и потенциально привести к эмоциональному выгоранию и связанным

со стрессом расстройствами здоровья. Подобные хронические нарушения происходят в психиатрических клиниках, когда персоналу трудно совладать с дисрегуляцией детей.

Нарушенная система социального взаимодействия часто является характерной чертой детей, которых доктор Томпсон наблюдает в своей клинике. Аналогично, когда ребенок находится в состоянии дисрегуляции или, как считается нейрофизиологически, в хроническом состоянии угрозы, его нервная система не будет поддерживать активное и взаимное социальное взаимодействие, способное подать сигнал родителям, что ребенок их любит. Это проявляется в плоском лицевом аффекте и отсутствии просодических голосовых интонаций. Кроме того, подобное притупление системы социального взаимодействия происходит с персоналом на рабочем месте во время хронических стрессовых нагрузок, которые приводят к тому, что коллеги не могут быть сорегулированы друг другу и неправильно воспринимают мимические сигналы как признаки отсутствия связи или заботы.

Работа доктора Томпсона сосредоточена на доступе к системе социальной вовлеченности клиентов через глубокое понимание нейроцепции. В его работе подчеркивается, что траектория результата меняется тогда, когда вегетативная нервная система перенастраивается на спокойствие и движется к совместной регуляции через вентральные вагальные пути. Эта перенастройка в вегетативной регуляции состояния происходит, когда в диадическом обмене с пациентом выражаются сигналы безопасности. Способность слушать и наблюдать за пациентом с помощью мимических признаков доступности, а также используя голосовые сигналы поддержки, имеет решающее значение для успешной работы клинициста. В работе доктора Томпсона признается, что корегуляция предшествует саморегуляции. Таким образом, возможность для врача успокаивать пациента с помощью голоса, мимики лица и жестов признает силу системы социального взаимодействия в создании у пациента нейроцепции безопасности. Эта способность успокаивать и переводить пациента из состояния защиты в состояние доступности должна быть основополагающим требованием для всех медицинских работников.

В мире медицины, как правило, врачи стремятся к улучшению результатов, концентрируясь на функционировании конкретных органов. Такая ориентация на «конечный орган» отправляет медицину в путешествие по тестам и оценкам в поисках молекул или структурных аномалий. Этот путь привел врачей к стратегиям, которые, по их мнению, исправят и облегчат страдания. К сожалению, при этом переоценивается роль медицинских вмешательств (например, фармацевтических или хирургических) и недооценивается роль сотрудничества с пациентом в процессе исцеления. Предполагалось, что активным целителем является врач, а пациент пассивно воспринимает его участие.

Понимание того, как доктора Сандерс и Томпсон интегрировали принципы поливагальной теории в свою медицинскую практику, изменяет наше отношение к сложившейся ситуации. Подчеркивая важность стратегий социального взаимодействия как порталов физиологической регуляции, их лечение функционально приглашает пациентов и членов их семей стать активными партнерами в совместном путешествии к физическому и психическому выздоровлению. Их успехи отражают понимание того, что нейронные цепи, вовлеченные в социальное поведение, пересекаются с нейронными цепями, которые поддерживают здоровье, рост и восстановление.

Хотя поливагальная теория была предложена примерно 25 лет назад, клинические проблемы, обсуждаемые в книге, были в центре моих исследований с начала 1970-х годов. Читая ее, я размышлял о пяти десятилетиях моей работы, которые пересекались с клиническими областями доктора Сандерс и доктора Томпсона, и испытал чувство благодарности, так как у меня была возможность наблюдать за воплощением моих работ в клинической практике. Мне повезло, что поливагальная теория внесла свою лепту в творческий путь авторов, направленный на улучшение клинических показателей и результатов лечения развивающегося ребенка, и я с нетерпением жду их грядущего вклада.

БЛАГОДАРНОСТИ

От Мэрилин и Джорджа

В 2012 году личный и профессиональный путь, который привел к этой книге, начался с просьбы друга и коллеги Мэрилин, Джеффри Магнавита. Джеффри передал Мэрилин копию книги Стивена Порджеса «Поливагальная теория: нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, коммуникации и саморегуляции» с просьбой просмотреть ее. Просьба Джеффри привела в движение серию удачных событий, в результате чего появилась книга, которую вы читаете сегодня.

Вскоре после публикации рецензии Мэрилин встретила Стивена Порджеса на конференции. Они встречались еще несколько раз в течение последующих лет. Стив предложил ей написать главу для готовящейся книги, которую он редактировал в соавторстве с Деб Даной. Так началась дружба, полная тепла, юмора, любопытства, совместных поисков и взаимного уважения.

Джордж узнал о поливагальной теории Стива Порджеса тоже в 2012 году, когда начинал обучение у Дэна Хьюза, создателя Диадической развивающей психотерапии (ДРП). Вскоре он применил ПВТ в своей работе с травмированными детьми, а также при обучении студентов-медиков. Когда Джордж встретил Стива на одной из конференций, тот пригласил его в гости.

Джордж написал главу о ПВТ и общении врача с пациентом в книге, в подготовке которой уже принимала участие Мэрилин. Деб Дана, в свою очередь, познакомила его с Мэрилин.

В ходе ряда бесед мы обнаружили, что работа неонатолога/педиатра и детского психиатра имеет больше сходства, чем различий. Когда Мэрилин искала соавтора, она обратилась к Джорджу. Написание этой книги отражает нашу общую страсть к работе с детьми и их семьями. Эта страсть заложена как в нашем стремлении не навредить, так и в использовании принципов поливагальной теории для развития уникального партнерства с младенцами, подростками детьми и их семьями, с которыми мы работаем.

Публикация книги в издательстве W. W. Norton отражает нашу общую профессиональную мечту. Большое спасибо редактору Деборе Мальмуд и редактору проекта Мэрайе Эппес. Вы сопровождали эту книгу от исходного предложения и принятия до готовой рукописи и ее выпуска твердой рукой, с изяществом и поддержкой по мере необходимости.

От Мэрилин

Я благодарна Джорджу за его превосходное мастерство психиатра, его терпение, теплоту и чувство юмора. Мы разделяем стремление написать книгу, которая одновременно познакомит специалистов по работе с детьми с поливагальной теорией и даст основу для ее практического применения, а также советы тем, кто хочет применить данную теорию в своей жизни и работе.

В моей жизни было много других людей, которые внесли свой вклад в наш успех по отдельности и вместе — ряд сообществ друзей и коллег, чья мудрость и опыт запечатлены в моем сознании и отражены в моей работе.

Большое спасибо моим коллегам по исследованию психического здоровья, включая Джеффри Магnavиту, Анну Шапиро, Лизу Намероу, Мэри Химельштейн, Джона Сантопьетро и Лори Калабрезе. Ваша мудрость и руководство поддерживали меня и мою семью на пути исследования, поиска и получения удовольствия от процесса работы. А Энн Халселл Аппельбаум, которая скончалась в 2015 году, спасибо за то,

что познакомила меня с Джоном Боулби в 1970-х годах. Это наложило неизгладимый отпечаток на мою жизнь и карьеру.

Все это было бы невозможно без моих дорогих друзей, чье ежедневное общение, смех и готовность делиться радостями обогащают мою жизнь, особенно в это трудное время, когда свирепствует COVID-19. Мардж Джулиан, Карен О'Брайен, Стефани Макгуайр и Барб Теуркауф, я снимаю шляпу перед вами и всем, что вы делаете для того, чтобы сделать повседневную жизнь и мир вокруг нас лучше. И ты, Изабелла Нокс, — лучший друг навеки для женщины, мать и врач. Уже прошло тридцать шесть лет нашей дружбы, и мы все еще движемся вперед.

Глубочайшая благодарность Детскому медицинскому центру Коннектикута, где я тружусь вот уже много лет. Детское отделение интенсивной терапии Коннектикута остается местом применения моего опыта работы с уязвимыми младенцами, их семьями и персоналом мирового класса, состоящим из коллег-врачей, практикующих специалистов, медсестер, специалистов по развитию и лактации, социальных работников и других сотрудников. Большое спасибо двум моим руководителям, Джиму Муру и Вику Херсону. Оба они предоставили мне возможность написать эту книгу и всецело поддержали концепцию и важность улучшения результатов и опыта младенцев и их семей с помощью интеграции в работу травмоориентированного ухода и поливагальной теории.

И, конечно, не последнюю роль сыграла нерушимая преданность моей семьи. В 1921 году моя бабушка вместе со своей семьей уплыла из Польши в Америку в поисках лучшей доли. Жизнь бабушки и дедушки складывалась вполне предсказуемо с раннего детства и до зрелого возраста. Моя мать подарила мне надежды на то, что я добьюсь всего, что задумаю, в том числе стану врачом.

Она привила мне любовь к книгам и музыке и постоянно присутствовала в жизни моих детей, хотя жила далеко. От своего отца я узнала, что чувство юмора помогает в трудную минуту на долгом жизненном пути; еще от него я узнала о ценности трудовой этики, которая остается со мной и сегодня. Я благословлена четырьмя братьями