
ДЕПРЕССИЯ И ТЕЛО

Ю.В. Олейников

КОНКРЕТНЫЙ ОПЫТ ПРЕОДОЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

Аннотация. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения в настоящее время депрессия вышла на второе место (после сердечно-сосудистой патологии) по количеству заболевших. Этот недуг плохо поддаётся лечению и сопровождается существенным ухудшением качества жизни, тяжёлыми социальными последствиями и не редко заканчивается суицидальными попытками избавления от страданий. Целью работы является стремление с помощью данных психологии, психиатрии и других достижений медицинской науки проанализировать классический анамнез, механизм и проявления депрессивных расстройств, дать их объяснение и показать пути их преодоления путём использования различных приёмов психотехники и воздействия на сопровождающие депрессию соматические изменения. Исследование строится на демонстрации собственного успешного опыта преодоления болезненных проявлений глубокой депрессии и подобного опыта, описанного в работах авторитетных исследователей. Критический анализ и сопоставление подходов к лечению депрессии, сложившихся в медицинской науке, народных методах целительства и восточных практиках йоги позволили вычлнить и предложить действенный комплекс самооздоровления, в который входят: психотехники релаксации и преодоления фобий, метод самоанализа и положительные примеры аэробных нагрузок. Успешный конкретный опыт преодоления депрессии может быть с успехом использован не только самими страдающими этим недугом для его облегчения и преодоления, но может быть полезен практикующим врачам и целителям. Используемые в исследовании новые наработки в области нейропсихологии помогут чётче осмыслить механизм развития и проявления этого психосоматического заболевания.

Ключевые слова: депрессия, невроз, психика, психотехника, сома, психосоматика, фобия, релаксация, самоанализ, аэробные нагрузки.

Abstract. According to the world health organization statistics at the present time depression comes in second (after cardiovascular disease) by the number of cases. This disease responds poorly to treatment and is accompanied by a significant deterioration in the quality of life, severe social consequences and frequently results in suicide attempts to end suffering. The aim of this research is to apply data of psychology, psychiatry and other achievements of medical science to analyze classical history, mechanism and manifestations of depressive disorders, to give their explanation and to show ways of overcoming them through the use of various psychotechnics and influence on somatic changes accompanying depression. The research is based on the demonstration of the author's own successful experience of overcoming the symptoms of depression and similar experiences described in the works of reputable researchers. Critical analysis and comparison of approaches to treatment of depression that has developed in medical science, folk healing methods and Eastern practices of yoga allowed the author to identify and offer an effective complex of self-improvement, which includes: psycho relaxation and overcoming phobias, the method of introspection and positive examples of aerobic activity. Specific successful experience of overcoming depression can be successfully used not only by those who suffer from this disease to facilitate and overcome depression, it can be also useful to practical psychologists and healers. The author used new developments in the field of neuroscience which can help better understand the mechanism of development and manifestations of this psychosomatic disease.

Key words: relaxation, phobia, psychosomatics, soma, psychotechnics, psyche, neurosis, introspection, depression, aerobic exercise.

Мало кому известный ещё пару десятков лет назад термин «депрессия» стал обыденным понятием в силу того, что им обозначают стремительно распространяющийся в настоящее время недуг, который согласно данным ВОЗ по количеству страдающих им, вышел на второе

место после сердечно-сосудистых заболеваний. Депрессия – серьёзное заболевание, способное парализовать человека, «...ежегодно более миллиона отчаявшихся кончают жизнь самоубийством» [1, с. 184]. В США депрессией страдает до 17% населения, а в России значительно больше [2, с. 419, 480].

Сухие цифры статистики мало трогают тех, кто не сталкивался на собственном опыте с этой напастью. Тот же, кто преодолел или страдает этим недугом, хотя бы и не в тяжёлой форме, не пожелает пережить это состояние даже заклтому врагу. И это не только потому, что депрессия чревата самоубийством. В самоубийстве больные видят «выход» из невыносимого состояния беспомощности, преодолеть системокомплекс различных душевных и телесных страданий, характерных для этого заболевания и тяжело поддающихся лечению. Депрессия может тянуться годами и десятилетиями, лишая человека радости бытия.

Шесть лет назад со мной случилось несчастье познакомиться на собственном опыте с этим страшным недугом. К счастью, в результате постоянных многолетних усилий мне в основном удалось справиться с этой напастью, и сегодня я чувствую себя практически здоровым. Но прежний недуг и страдания нескольких хорошо известных мне и миллионов неизвестных людей обязывает поделиться своим опытом преодоления депрессии. Этот опыт, может быть, окажется для кого-нибудь полезным или хотя бы даст надежду на возможность выйти из состояния депрессии, без чего её не победить.

Для преодоления депрессии чрезвычайно важно осознать, что происходит с каждым конкретным человеком, страдающим депрессией, и почему она поразила именно его. Для диагностирования и лечения нужен анамнез – сведения об условиях жизни, начале и развитии заболевания. В моём анамнезе отразились многие классические для депрессии факторы, краткое изложение которых может быть полезно для самодиагностики. Чтобы моё предприятие было полезным, я должен быть абсолютно откровенен и объективен. Ещё одна особенность этой публикации заключается в том, что пишет её не психолог, не невролог и не психотерапевт. Поэтому для подтверждения своих положений, я буду часто пользоваться материалами профессионалов, которые почерпнул из авторитетных источников.

Одним из важных факторов развития депрессии, – заболевания, связанного с физиологией высшей нервной деятельности, являются более или менее отдалённые последствия срывов индивидов в социальной жизнедеятельности [3, с. 245]. Я родился в семье военнослужащего и до 14 лет жил с родителями в воинских частях в разных регионах СССР. Особенностью воспитания в таких условиях было то, что дети там всё время общались в пространстве замкнутой территории, всегда были под наблюдением неработающих матерей. Наши мате-

ри и отцы в большинстве своём были участниками ВОВ – представителями того, исключительного во всей истории нашего Отечества поколения, для которых главной ценностью были мир и СССР. Поэтому и в семье, и в клубе воинской части наше воспитание проходило под лозунгом: «Раньше думай о Родине, а потом о себе».

Мы смотрели фильмы исключительно патристического содержания, читали книги о героях войны и, конечно же, русскую классику. После демобилизации отца мы переехали жить в небольшой подмосковный текстильный городок. Квартиру получили в доме, жильцами которого были переселенные из бараков работники текстильного комбината. Отцы и матери моих сверстников целыми днями пропадали на фабрике. Дети оставались предоставленными самим себе. Их воспитание разительно отличалось от моего. Многие из них уже не просто пробовали или баловались курением и алкоголем. Кроме того, в городе было много женских общежитий, в которых обитали ученицы текстильных ПТУ и молодые работницы из периферийных городов и деревень всего СССР, поэтому подростки и молодые ребята были развращены их присутствием и образом жизни. В таком окружении я сразу почувствовал себя не таким как все. А поскольку считал неправильным их образ жизни и так и не пристрастился к их порокам, то не стал среди них своим, чувствовал себя одиноким. Это чувство усугублялось тем, что все 11 лет учебы в школе я болел бронхиальной астмой. Не посещал школу по несколько месяцев в году. В силу этого считал себя в каком-то смысле ущербным. И хотя и преодолел этот недуг с помощью многолетнего моржевания и выполнил высокие нормативы по разным видам спорта, своё физическое развитие всегда считал слабым. Для этого были основания. Многолетний приём самых разных лекарств в больших дозах спровоцировал язву желудка. Несмотря на то, что занимаясь йогой, я научился, обходясь без врачей, самостоятельно с ней справляться, язва остаётся постоянной угрозой жизни и здоровью. Это чувство сохранялось и когда работал на заводе, учился в МГУ и после окончания учёбы стал работать в РАН.

Это были времена, когда потребление алкоголя на душу населения в стране приближалось к максимальным значениям. Тогда непьющий человек вызывал подозрения. Ситуация осложнялась и тем, что в своей научной работе я тоже долгое время оставался вне существовавшего мейнстрима, вне господствующей парадигмы, а имел собственную концепцию, которая и сейчас не находит должной, на мой взгляд, оценки. Отсутствие при-

знания результатов значимого для человека труда ощущается как своеобразное отчуждение. Состояние оторванности от группы, от общего мнения порождает сильный стресс, который провоцирует страх остаться в полном одиночестве, часто сопровождается плохим самочувствием, что является причиной невротических расстройств. Напротив, сотрудничество, конформизм активизирует в мозге человека центр удовольствия [4, с. 400-404]. Вот почему люди порой больше смерти боятся одиночества и вопреки своим интересам и убеждениям идут на компромисс – проповедуют конформизм [5, с. 335]. Я на компромисс не шёл и надеялся, что публикации одной, потом другой, третьей монографии позволят переломить ситуацию. Однако, как полагает Б. Рассел: «Убеждённость, что ваша работа необычайно важна – верный симптом приближающегося нервного срыва» [6, с. 556]. В. Франкл тоже считал, что «гиперинтенция и гиперрефлексия... с большой вероятностью порождают невротические паттерны поведения» [7, с. 56]. Невозможность достигнуть того, что от тебя не зависит, порождает неуверенность в себе, неудовлетворённость результатами своей работы, снижает самооценку и ухудшает общее эмоциональное состояние, а эмоции, рождённые собственной негативной, в конечном счёте, имеют негативную валентность [8, с. 157]. Словом, по разным причинам в своём социальном окружении я чувствовал себя маргиналом, среди которых всегда встречается много людей с различными симптомами депрессии [9, с. 103-104]. Если же человек пытается ещё и изменить неизменяемое, ему обеспечена фрустрация, разочарование и депрессия [10, с. 327]. Это чувство усилилось с началом перестройки и крушения СССР, которое для меня стало трагедией. Постоянным стрессогенным фактором явились и реалии постсоветского бытия: предательство истеблишментом национальных интересов, отказ людей от прежних идеалов, ценностей и приоритетов, падение нравов, инфантилизация населения и пр. По свидетельству психологов, нездоровое кризисное общество провоцирует разорванность сознания, аномию, фрустрацию, неврозы, депрессию и другие психические расстройства и болезни [11, с. 272-273]. По Гегелю, «разорванность» сознания есть некое мировоззренческое состояние, свойственное для переходного времени. Оно обуславливается социально-историческим кризисом, проявляющимися социальными переменами, несовместимыми с прежними представлениями о добре, праве и др., когда рушатся ориентиры. В результате чего человек теряет почву под ногами, чувствует свою беспомощность и вневремен-

ность [12, с. 277]. В периоды кардинальных исторических перемен наблюдается рост психических расстройств и депрессивных состояний.

В общих чертах выше изложен общий фон, на котором вызревало моё депрессивное расстройство. Хотя субъективно я никогда не чувствовал особого дискомфорта – жил полной жизнью и не сосредотачивался на подспудно зревших проблемах, которые существовали скорее в подсознании.

Непосредственной причиной срыва стали следующие обстоятельства. Лет за 20 до срыва я стал замечать за мамой, что она забывает то, что происходило буквально несколько минут назад. Эти симптомы в течение ряда лет усиливались, и я понял, что у неё развивается болезнь Альцгеймера. Скоро дело дошло до того, что её стало невозможно оставлять дома или на улице одну. Постепенно я оказался прикован к ней и к дому. Я стал реже бывать в институте. Сузился круг общения. От многого пришлось отказаться. Богатство связей и отношений свернулось как «шагреновая кожа». За пять лет до моей болезни скончался отец, а мама окончательно слегла, и я практически постоянно находился при ней. В этот период я интенсивно работал и очень мало спал. Мало бывал на свежем воздухе, и вся моя физическая активность ограничивалась недолгой утренней зарядкой. Понятно, что мои жизненные силы были не на высоте из-за постоянного психического стресса и физического переутомления. Не прибавляла оптимизма и моя работа над монографией, посвящённой проблемам экологии, инфантильного бытия общества и человека и перспективам их эволюции. Материал был очень мрачный.

Однако, как говорил В. Франкл, соглашаясь с Ницше: «У кого есть “зачем”, тот выдержит почти любое “как”» [13, с. 147]. Видимо, это и поддерживало мою витальность, которую Пауль Тиллих определял как состояние подвижного, но устойчивого равновесия или мужеством и способностью жить и противостоять физическим и невротическим невзгодам [14, с. 99-100]. И действительно, сильная направленность на смысл и ориентация на дело является важным фактором здоровья [7, с. 67]. Человек может заболеть тогда и только тогда, когда он недогружен или перегружен, а его дело не адекватно его силам и противоречит смыслу его деятельности. Если же у него есть стимул, его витальность – мужество быть – «оказывают “антипатогенное” действие, способствуя поддержанию здоровья» [15, с. 142].

Ситуация резко изменилась с кончиной мамы. Пропал смысл многих лет моей жизни – забота о её здоровье и уход за ней. Вдобавок за несколько

дней до этого я закончил большую книгу, которую считал итоговой, написание которой тоже считал важной частью жизни. Я остался один и как бы без дела. «Порвалась связь времён». Прошлое ушло, будущее неопределённо. Осознание этого усилило стресс от прошлых переживаний. Я оказался на перепутье: как дальше жить? чем заняться? Во весь рост встали коренные вопросы бытия. Такие проблемы требуют работы сознания. Здесь бессознательное не помогает. Судьбоносные проблемы всегда сопровождаются тревогой [16, с. 256-358]. Часто именно затянувшееся смятение перед проблемами и необходимость судьбоносного выбора делают людей невротиками. Предоставленный сам себе, я существенно увеличил физические нагрузки: много ездил на велосипеде, плавал, вновь начал заниматься йогой. Но всё это на фоне потери стимула жить, вероятно, привело к снижению большому переутомлению и витальности, и через 3 недели со мной случился сердечный приступ.

Я по «скорой помощи» попал в больницу в отделение кардиологии, в палату интенсивной терапии. Там я провёл 4 дня. К этому происшествию я отнесся спокойно. Я говорил себе: «Я сделал всё, что мог. Ухаживал за родителями. Написал итоговую книгу. Мне ничего уже не страшно». Однако за это время на моих глазах в палате умерло 5 человек. Со мной практически никто из врачей не говорил. Единственное, что мне сказали: «У тебя (там со всеми общались на “ты”) мерцательная аритмия. Вставать и ходить нельзя». На все процедуры возили на коляске. Затем меня перевели в общую палату. Несмотря на мои попытки рассказать мой анамнез и выяснить, что со мной произошло, никакой реакции не было. Врачам было достаточно данных анализов и других аппаратных обследований. Никто не говорил и какие лекарства я принимаю. На все попытки справиться о моём лечении и перспективах был один ответ: «Процесс пошёл. Надо беречься». Всё говорило о том, что наши медики, вопреки главному тезису клятвы Гиппократта: лечить человека, а не болезнь, поступают прямо наоборот. Узкая специализация обуславливает то, что каждый специалист лечит своё вне связи с целым организмом. Концентрация на одном органе не побуждает видеть целое – человека. И здесь, как и в США, практически исключается диалог с пациентом. «Отношения врача с пациентом похожи на отношения механика автосервиса и клиента» [17, с. 33]. Видимо, для врача при определённых симптомах важнее назначить соответствующую терапию, а не выяснять, чем эти симптомы обусловлены. Они пренебрегают и известным положением – оставшиеся без ответа вопросы провоцируют

неуверенность, страх, боязнь трагического исхода и все «радости» депрессии. Потом из выписки о пребывании в стационаре я узнал, что у меня якобы мерцательная аритмия уже 1,5 года. Что у меня гипертоническая болезнь II степени (хотя прежде всегда давление было 110/80), атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Что мне были прописаны и нужно постоянно принимать: статины, антиаритмические препараты, лекарства от гипертонии и др., которые, все без исключения, в качестве побочных эффектов могли вызвать депрессию. За две недели в больнице мне внушили беспокойство и страх за здоровье и жизнь. Домой я прибыл совсем подавленный, со всеми признаками депрессии: я боялся оставаться дома один, выходить на улицу, ездить на транспорте и вообще шевелиться, не мог слушать радио и смотреть телевизор, ни с кем не хотел общаться. У меня было лёгкое головокружение и шум в ушах, часто случались перебои в сердце, и я испытывал от этого слабость и страх. Но я продолжал принимать назначенные мне лекарства и искать помощи у медиков. Консультировался с кардиологами, неврологами, психиатрами. Все подтверждали диагноз, поставленный в стационаре, и прописывали медикаменты в разных вариациях, но с одинаковыми депрессантами. Моё состояние постепенно ухудшалось. Позднее я узнал, что моя депрессия ятрогенной природы, т.е. вызвана врачами, которые были уверены или делали вид, что меня лечат. Мой опыт борьбы с бронхиальной астмой и язвой желудка подсказывал, что помочь себе я смогу только сам, а для этого надо изучить то, что наработано в медицинской науке, но что не стало достоянием практикующих эскулапов. Я засел за изучение литературы о психических расстройствах, неврозах, депрессии и других медицинских проблемах. Однако, первый, к кому я обратился, был М. Зощенко и его повести «Возвращённая молодость» и «Перед восходом солнца». Там автор, сам долгое время страдавший сердечнососудистым неврозом, излагал историю, как он приобрёл этот невроз и, в конце концов, его одолел. Его метод исцеления представлял собой сочетание элементов психоанализа, идей И. Павлова об условных и приобретённых рефлексах и др. Однако главное, что я вынес из чтения Зощенко – это то, что я не кардиобольной, что у меня скорее сердечнососудистый невроз, осложнённый ятрогенной депрессией. Такая уверенность подтверждалась тем, что нарушение ритма и перебои в сердце чаще всего появлялись тогда, когда я сосредотачивал внимание на его работе или когда провоцировал их, думая о том, что то или иное действие может вызвать сердцебиение.

Я боялся аритмии и этот страх провоцировал её, а отсутствие стойких результатов лечения и приём депрессантов не позволяли выйти из депрессии. Сомнения в правильности лечения прибавила статистика, фиксирующая в США факт 1/3 смертей от приёма назначенных врачами лекарств и лечения в больницах [18, с. 470]. У нас, видимо, положение не лучше.

Первое, что я предпринял – начал постепенно снижать дозы принимаемых лекарств. Это надо было делать не спеша, поскольку организм уже несколько приспособился к ним.

Затем я понял, что надо возвращаться к нормальной жизни, жизни физически и психически здорового человека. Начинать надо было с физических нагрузок. Раньше я много ходил на лыжах, ездил на велосипеде, плавал, и я знал, что во время длительных физических аэробных нагрузок в равномерном темпе в организме вырабатываются эндогенные опеаты – эндорфины – тонизирующие вещества, которые называют витаминами радости. Такая физкультура не только отвлекает от мыслей о болезни, но и улучшает настроение, а преодоление страха перед нагрузками повышает уверенность в себе, улучшает качество жизни. Первым делом я поставил себе задачу постепенно наращивать физические нагрузки во время утренней зарядки, а потом стал увеличивать дистанцию и темп ходьбы на прогулках. Через несколько месяцев дошёл время утренней гимнастики до 1 часа, а количество разнообразных движений увеличил до 500-600, и мог проходить за час дистанцию в 5 км. Общий километраж пеших прогулок дошёл до 8-10 км в день.

Благодаря этому, я стал более мобильным, общительным, спокойным, уверенным в себе. Через полгода таких занятий я совсем отказался от приёма лекарств и довольно сносно перенёс погодные катаклизмы 2010 года, когда из-за пожаров и жары многие, даже здоровые, люди испытывали проблемы со здоровьем и были подвержены паническим атакам, поскольку ситуация на востоке Московской области, где я живу, была действительно страшной. Порой в 10 метрах не видно было людей, машин и пр., а воздух был насыщен горечью и имел то темно-серый, то чёрно-красный цвет. Такие результаты борьбы с недугом меня воодушевляли, но всё же в глубине души оставались сомнения и тревога. Я опасался увеличивать нагрузки. Я всё ещё компенсировал приём статинов жёсткой диетой – ограничением жиров, с целью поддержания низкого уровня холестерина в крови. Принимал различные БАДы, якобы регулирующие сердечный ритм и снижающие уровень беспокойства и тревожно-

сти. Чувствовал, что у меня развились симптомы ипохондрии – опасений за здоровье, и я со страхом и тревогой фиксировал всякие отклонения в самочувствии, связанные с изменением атмосферного давления, перепадами температуры или другими природными явлениями. Беспокойства вызывали обычная простуда, грипп или просто недомогание. Бывали и сбои сердечного ритма, как правило, связанные с волнением или возникавшие тогда, когда я пытался сделать то, что до болезни было обыденным делом, но которое нужно было осваивать как новое, ибо во время депрессии практически всё ранее привычное казалось делом крайне тяжёлым и невыполнимым.

Я стал понимать, что депрессия чрезвычайно сложное явление. Опыт одного моего знакомого убедил меня в том, что чем менее она запущена, тем легче от неё избавиться. И в этом случае могут помочь и убеждение, и лекарства. Случилось так, что он порезался и потерял много крови. Это произвело на него сильное впечатление. Он испугался и у него развился системокомплекс, как у меня. Состояние страха было настолько интенсивно, что практически каждый день к нему вызывали скорую помощь. Я ему посоветовал принимать антидепрессант – ладастен. И буквально через несколько дней ему стало лучше, вскоре он избавился от страхов и все симптомы депрессии исчезли. Два других моих знакомых уже давно (один 25 лет, другой лет 7) страдают депрессией. Жалуются буквально на всё. Ходят по врачам. Однако у нас многие врачи не придают значения психической и социальной реальности в жизнедеятельности, как части медицинской сферы, а фактически игнорируют их, сводя всё к соматике [19, с. 297-298]. Это же утверждает психиатр Дон Колберт. Многие врачи и медицинские школы не придают значения психическим процессам и придерживаются взгляда, что психосоматических болезней вообще не существует. Они всего лишь плод воображения. На самом деле многие болезни начинаются в мозгу. Они продукты мышления, воображения, восприятия, воспоминаний, эмоций. Но заканчиваются эти нарушения реальными физическими недугами. «Современные научные данные, – констатирует он, – весьма убедительно свидетельствуют, что психическая компонента, присуща не редким заболеваниям, а большинству болезней» [20, с. 42]. Вот и названные мной страдальцы годами обращаются к разным специалистам. Им часто, несмотря на нормальные анализы и аппаратные исследования, всё же назначают определённое лечение. Они горстями пьют разные лекарства. В начале в них появляется надежда на выздоровление, но в скором

времени они замечают, что всё остаётся без изменений, и обращаются к другим специалистам. И всё повторяется снова и снова. Их почему-то не направляют к психотерапевту или психиатру, а предпочитают лечить сами. Это скорее всего связано с тем, что в современных условиях, когда медицина стала бизнесом и фармакологи тесно связаны с практикующими врачами, на здоровье людей зарабатывают деньги [18, с. 364]. В результате болезнь прогрессирует, проявляется в новых симптомах, и мои знакомые, порой без особых показаний, а только по их настойчивым просьбам, попадали на операционный стол. Как правило, всякое лечение для них протекает с осложнениями. Видимо, страх и тревога препятствуют нормальной реабилитации после хирургического вмешательства: будь то лечение зубов, операция по замене хрусталика при катаракте или вживление водителя сердечного ритма. Видимо, прав исследователь сложных систем Э. Морен, полагающий, что всякая внутренняя угроза, открывает дверь для внешней угрозы, что «деградация, крах, дезинтеграция не происходит извне, они наступают также и изнутри. Случайная смерть, наступающая в результате влияния извне, приходит, чтобы позвать руку смерти, скрытой внутри самой организации» [21, с. 155].

Правоту этого мнения подтверждает история моей хорошей знакомой, которая лет 20 назад подверглась оперативному вмешательству по поводу онкологии, осложнённой диабетом. За это время ей сделали ещё ряд операций: на сосудах, по поводу катаракты и на сердце. Однако она каждый раз быстро восстанавливалась. Ей помогает осознание своей необходимости для детей и внуков, нормальная психика и жизнелюбие. Источником же неприятностей моих приятелей как раз являются социогенные факторы. Один из них выходец из Средней Азии. Он физик и долгое время работал в академгородке в Дубне. В начале перестройки вернулся на родину, а затем приехал в Подмоскowie, где никак не может адаптироваться. Не хватает солнца, а когда ездит домой к родственникам, детям и внукам чувствует себя гораздо лучше. Нет соответствующей работы, желаемого общения. Жизнь не задалась. Вот социогенная причина депрессии и связанных с ней соматических недугов. Другой знакомый – переводчик. Человек очень начитанный, развитый, амбициозный, работал на Шри-Ланке, но что-то не сложилось. Вернулся домой – в Подмоскowie, стал работать переводчиком на заводе. Возникли симптомы психостении, невротические расстройства и, наконец, затяжная депрессия. Никто пока помочь им не может. Состояние моих друзей ухудшается, а сами они не могут решиться

начать другую жизнь. Всё ещё верят врачам, и, как полагал О. Уальд, по-видимому, кончат плохо от того, что слишком большое значение придавали своим врачам.

Часто незнакомые с депрессией люди удивляются как так человек, знающий о том, что депрессия социогенной или психогенной природы, не могут изменить свою жизнь волевым усилием, сказав, что все страдания от нервов и социальных представлений и надо только изменить своё отношение к действительности, к своим социальным проблемам, чтобы состояние улучшилось. Почему многие не решаются на простые шаги по борьбе с депрессией, как стал это делать я, увеличив физические нагрузки и отказавшись от медикаментов, провоцирующих депрессию.

Дело в том, что почти всегда возникновению и протеканию депрессии сопутствует тревога, различные фобии – страхи. Это может быть страх смерти, боязни открытого или закрытого пространства, высоты, публичных выступлений, профессиональной несостоятельности и т.д. и т.п. Часто эти страхи не обоснованные, надуманные, воображаемые, но они не дают людям нормально жить и порой провоцируют реальные соматические недуги. Природу страхов важно знать, чтобы преодолеть депрессию и связанные с ней проблемы.

Более ста лет назад В.В. Вересаев, в молодые годы практикующий врач и сам страдающий сердечнососудистым недугом, исследуя истоки фобий Достоевского и Толстого, образно описал место, механизм и жизненную функцию страха. «Под нашим сознанием лежит тёмная и таинственная область, не озаряемая светом сознания. Там прячутся тёмные наши инстинкты, по-своему отзывающиеся на явлениях жизни; там залегает наше основное, органическое жизнечувствование – оценка жизни не на основании умственных соображений и рассуждений, а по живому, непосредственному ощущению жизни, там то “нутро и чрево”, которое одно лишь способно “жизнь полюбить больше, чем смысл её”, или, с другой стороны, – возненавидеть жизнь, несмотря на осознанный умом смысл её» [22, с. 284-285].

В век компьютерной томографии стал более понятен механизм формирования страха. Традиционно в неврологии считалось, что органы чувств передают воспринимаемые сигналы в таламус, откуда они направляются в неокортекс – позднее всего сформировавшуюся структуру мозга, занимающуюся обработкой сенсорной информации. Там сигналы сортируются по содержанию и смыслу. Так мозг осознаёт воспринимаемое. Затем сигналы из неокортекса направляются в лимби-

ческое тело (самую древнюю часть мозга), из которого соответствующая реакция распространяется по всему мозгу и организму. Однако теперь выяснилось, что некоторые чрезвычайно важные сигналы, требующие незамедлительной реакции, полученные от органов чувств, проходят в миндалевидное тело, минуя неокортекс, т.е. минуя осознание. Эмоциональные реакции миндалевидного тела заставляют действовать раньше, чем неокортекс сформирует свой тоньше проработанный план реагирования. Следовательно, эмоциональные реакции и воспоминания формируются совершенно бессознательно. Миндалевидное тело, отвечающее за реакции «сражайся или спасайся», определяя работу вегетативной нервной системы, отвечающей за частоту сердечных сокращений, кровяное давление, большие мышцы, способно хранить воспоминания и набор ответных реакций, которыми пользуется человек, не всегда понимая, почему мы так делаем. Таким образом, «эмоциональный мозг играет решающую роль в структуре нервной системы, являя собой корень, от которого рос новый мозг. Эмоциональные области сплетены со всеми отделами неокортекса меридианами соединительных цепей. Это даёт эмоциональным центрам безграничные возможности влиять на функционирование остального мозга, включая центры мышления» [20, с. 42]. В практической жизни, когда человеку угрожает реальная или воображаемая опасность, реакция эмоционального мозга моментальна. Она не принимает в расчёт никакие свидетельства в пользу другого варианта реакции. «Вот почему так трудно убедить в чём-нибудь человека, пребывающего в эмоциональном расстройстве: разумность наших доводов, с логической точки зрения, не имеет для него никакого значения» [20, с. 515]. Ситуация усугубляется тем, что состояние, вызывающее мгновенную реакцию, воспроизводится и тогда, когда в памяти возникают сопутствующие непосредственной угрозе моменты. Тревогу и неукротимый страх поэтому могут вызвать самые безобидные явления, которые трудно предвидеть и от которых нельзя предостеречься. Вот почему человек начинает бояться всего и самой жизни.

Интенсивный страх рождает эффект «тоннельного восприятия» – существенного ограничения способности осмысливать воспринимаемое и свободно реагировать на него. Из этого вырастает ощущение абсолютной незащищённости. Человек утрачивает над собой контроль и его доминирующим стремлением становится – избежать опасность [23, с. 311-312]. Это состояние порождает страх страха. Человек боится, что с ним может по-

вториться переживавшийся когда-то ужас. Тем самым он сам, воображая подобную ситуацию, провоцирует её развитие. Страх опасности становится сильнее самой опасности. Часто это сопровождается страхом смерти. Развитие болезни истощает физические и психические силы человека. Согласно трудам И. Павлова, в таких условиях повышается внушаемость. Тогда поведенческие модели легко прививаются и потом оказываются практически неискоренимыми. Такое обуславливание нельзя повернуть вспять. То, что было сформировано под воздействием сильного стресса остаётся навсегда. Эти эмоциональные воспоминания укрепляются в миндалевидном теле и могут вызвать известную реакцию в любое время. На этом основании строится психоанализ и теория бессознательного З. Фрейда. Постоянный страх и мысли о смерти превращают существование человека в кошмар, лишают сил противостоять ему и от него порой спасаются суицидом.

Однако, не всё так безнадежно. Есть прецеденты преодоления депрессии. Значит, есть выход. Реакции миндалевидного тела и вегетативной нервной системы оказывается можно контролировать. Ещё до Фрейда было известно, что осознание болезни и активное противостояние ей с помощью определённых методов психотехники способно обеспечить и даже преодолеть невротические состояния и депрессию. Фрейд полагал, что неадекватные психические состояния возникают и поддерживаются противостоянием бессознательного и сознательного. Бессознательное действует слепо, но человек с помощью определённых усилий может проникновением в собственные глубины психики избавиться от болезненных психических состояний [24, с. 134-137, 204]. Облегчить невротические страдания помогает психоанализ. Но, как правило, это лечение длительное, дорогостоящее и не распространённое в России. Проще практиковать самоанализ, рекомендуемый, кстати, во многих пособиях для страдающих депрессией [25, с. 133-180]. Когда я только чувствую нарастающую тревогу или ухудшение настроения, я стараюсь тут же сесть за стол, проанализировать и на бумаге или компьютере записать свои ощущения и с чем они связаны. Чаще всего они оказываются беспочвенными и воображаемыми, а потому не страшными. Всё встаёт на свои места и нормальная жизнь продолжается. Одно дополнение. Письменный анализ даёт лучшие результаты, чем эта деятельность в плане внутренней речи. Видимо, когда пишешь, в процессе задействовано больше нервных связей и конечный результат получается более эффективным.

Другой хорошей методикой является следующая. Тревога, страх, накатываясь внезапно, застают человека врасплох. Но если «предупреждён – значит вооружён». Когда человек сам сознательно призывает то, чего он страшится, то он заранее готов к отражению тревоги или страха. С обретением большей уверенности в себе, я стал периодически практиковать рекомендуемый А. Курпатовым метод сознательного приглашения тревоги или желания проявления страха [26, с. 191-219]. Как утверждал психотерапевт, эти состояния, действительно, никогда не приходили, и это придаёт уверенность, что их можно победить. Вообще, каждый успешный шаг в преодолении депрессивных состояний воодушевляет и стимулирует дальнейшие усилия на этом направлении.

На успех в борьбе с депрессией обнадеживают новые научные исследования механизмов работы мозга. Г. Бенсон и П. Майерс отмечают, что действительное наблюдение и его визуализация приводят к возбуждению одних и тех же клеток мозга. «Чтобы воспроизвести воспоминание..., мозг восстанавливает ту деятельность, которая сопутствовала непосредственному восприятию..., и активирует те же самые нервные клетки и синапсы. Этот образ активности мозга называется “нейрозаписью”. Все жизненные события и эмоции имеют свои нейрозаписи». Из этого можно заключить, что наша память телесна. Отдельные органы и организм в целом запечатлевают в своих структурах те состояния, в которых они когда-то пребывали. Проще говоря, при воспоминании сердце бьётся в унисон воспроизводимым в памяти визуальным или тактильным восприятием прошлого. У нас есть нейрозаписи для боли, страха, тревоги и мы в определённых условиях произвольно с помощью сознания или бессознательно можем включать их. Но у нас есть и нейрозаписи блаженства, спокойствия, удовлетворённости. И их мы тоже можем включать, вспоминая эти состояния [27, с. 287]. Эти нейрозаписи развёртываются как системная реакция поведения организма или цепной рефлекс, направленный на определённый разрешающий акт или доминанту поведения. Доминанта оставляет в центральной нервной системе прочный след и при определённых условиях разворачивается по привычному алгоритму. Но этот алгоритм, оказывается, можно произвольно менять, активируя другую нейрозапись. Свернув с привычного алгоритма, в следующий раз привычная доминанта не будет работать [28, с. 48].

Суть этого явления в том, что если толчком к депрессии послужили субъективные причины или некие социогенные или социоплагенные

факторы и на этой основе развились симптомы тревоги и страха, то патологические явления в психике индуцированы извне. Но так же можно провоцировать и обратные симптомы, индуцировать оздоровление. Ведь известно, что пессимист с низкой самооценкой излечивается хуже, чем оптимист, а то и вовсе погибает от воображаемых несмертельных недугов, только от мыслей о них. А оптимист – выбирается из критических состояний. Видимо, прав академик Г.Н. Сытин со своими оптимистическими настроениями, и мысль материализуется в нейрозаписях [29, с. 15-23]. Поэтому нельзя все отклонения в здоровье приписывать генетике, как это делает Д. Свааб [30, с. 544], или считать сугубо соматическими.

Указывая на низкую результативность психоанализа и других методов психотерапии, пытающихся изменить сознание больных, многие авторы предлагают более простые и более эффективные способы воздействия на вегетативную нервную систему. Давно известно, что влиять на людей легче не с помощью рациональных доводов и убеждений, а путём воздействия на их эмоции. Это знали все демагоги, политики, вожди, манипуляторы сознанием. Сейчас после долгих лет узкой специализации и ориентации на лечение отдельных органов, среди медиков всё больше утверждают идеи интегральной или холической медицины, представлений о том, что наш организм являет собой огромную систему, где каждая функция взаимодействует со всеми остальными [31, с. 400]. Из-за тесной связи эмоционального мозга с телом, зачастую, проще воздействовать на него именно через тело, а не посредством речи. Телесные пути к эмоциональному мозгу являются более прямыми и часто более действенными, чем мышление и речь [31, с. 38-39].

Западная медицина начинает активно изучать и использовать древние знания Востока. Ведь мысль о том, что регуляция внутренних психических состояний человека возможна путём воздействия на его внешнее поведение, высказывал ещё Авиценна. Но ещё раньше индийские йоги практиковали для достижений целей управления эмоциональной сферой расслабление, то, что теперь называют релаксацией. Сами йоги довольно смутно описывают механизм релаксации. С точки зрения современной науки, её суть в следующем.

Как мы видели выше, ещё совсем недавно в западной медицине преобладало мнение, что работа вегетативной нервной системы носит автоматический характер и за исключением процесса дыхания, не поддаётся сознательному контролю. Но практика йогов свидетельствует об обратном.

Они могут сознательно контролировать автоматические функции организма: повышать и понижать температуру тела, менять частоту сердцебиений и дыхания и т.п. Вегетативная нервная система разделяется на две ветви. Симпатическая нервная система мобилизует активность организма; парасимпатическая тормозит физиологические процессы. Первая – своего рода – «педал газ», а вторая – «тормоз». Эти системы управляют эмоциями и настроением: уверенностью в собственной безопасности и защищённости либо ощущениями угрозы и опасности. Оказывается, что простые техники релаксации замедляют сердцебиение, частоту дыхательных движений, снижают артериальное давление. Эти реакции, «индуцированные состоянием физиологического покоя», снимают ощущение тревоги и страха и облегчают состояние депрессии. Кроме того, выяснилось, что практика йоги способствует повышению содержания гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в мозгу, которая является важнейшим нейромедиатором и регулятором деятельности центральной нервной системы человека. ГАМК способствует уменьшению тревожности и снижению проявлений депрессии [1, с. 170-188]. Йога с её техникой релаксации являются, таким образом, эффективным антидепрессантом.

Но самым сильным средством против неврозов и депрессии, который стал главным средством в моём опыте преодоления депрессии, я считаю, волевое усилие, которое заставляет невротика совершить те действия и поступки, которых он страшится. Как помнит читатель, через полгода практики физических тренировок я чувствовал себя довольно сносно в стрессовый период во время и после аномальной жары и пожаров 2010 года. Однако я всё ещё много боялся и не отваживался делать то, что до болезни было делом обыденным. И только через год после этого я решился совершить, то от чего, казалось, отказался навсегда – сделал пробный прокат на велосипеде, с небольшой скоростью, на пару километров. Через неделю я уже проехал 10 км, а через две взял корзину и один поехал на велосипеде в лес за грибами. При этом мобильник нарочно оставил дома. Весь путь до места сбора грибов и обратно составил более 20 км и это был чрезвычайно трудный маршрут. Во время пожаров пожарные бессистемно валили лес, поэтому более 5 км мне пришлось тащить велосипед на себе, а на обратном пути ещё и корзину с грибами. Всё это было во время сильной жары и в практически безлюдном месте. Но я всё это проделал намеренно. А потом дома ещё в течение почти трёх часов занимался переработкой грибов: отваривал

и сушил их. Практически весь день я занимался тяжёлым трудом и за это время преодолел уйму страхов, преследовавших меня на протяжении почти 2-х лет. После этого деяния я почувствовал себя полноценным человеком, способным жить так, как жил прежде, делать то, что делал легко всегда. Я начал быстро преодолевать сложившиеся во время болезни комплексы: стал по 20–30 км в день ездить на велосипеде, один ходить в лес, свободно общаться с людьми, много работать по своей специальности. Мог в течение дня, со многими пересадками на железнодорожном транспорте, метро и автобусах проехать более 500 км в другой город, выступить там на конференции и вернуться домой, не испытывая при этом ни физической, ни психической усталости. В прошлом году успешно преодолел такое «стихийное бедствие», как капитальный ремонт квартиры, откладывающийся годами из-за опасений, что не выдержу связанных с ним стресса и нагрузок. Всё, казалось бы, встало на свои места. Однако что-то всё-таки не позволяло быть уверенным в окончательной победе.

В глубине души всё ещё таился червь сомнений, который не позволял взять билет на самолет и полететь к морю. Всё ещё думалось «а вдруг?»

Мало было осознавать, что я уверен в себе. Сомнение было в теле, в исправности организма. Дело в том, что депрессия, особенно затянувшаяся, затрагивает не только психическую сторону функционирования человека. Она бывает не только социально, но и соматически обусловленной, т.е. возникать на фоне и как следствие соматических расстройств, и в своей развитой фазе имеет как психо-, так и соматический компонент, который сам себя воспроизводит и невроз, как и депрессия, – «это не духовное заболевание и это не заболевание человека в плане только его духовности, скорее, это всегда заболевание человека в его единстве и целостности» [15, с. 93].

Современная медицина и биология отрицают существование функциональных болезней и всегда находят морфологический субстрат, адекватный любому нарушению функций [32, с. 113]. Это наглядно подтверждают 70000 томограмм головного мозга, на которых видно, какие изменения происходят в мозге во время психосоматических болезней. Депрессия сопровождается его морфологическими повреждениями [33]. Если не исправлять эти повреждения, они могут вновь спровоцировать весь комплекс психосоматических симптомов. Значит нужно восстановить и этот сегмент патологии. К примеру, работа нервной системы зависит от потребления жиров (преимущественно холестерина в частности), из которого

строятся миелиновые оболочки нервных волокон и состоит большая часть тканей мозга. Качество и количество потребляемых жиров обеспечивают нормальную работу мозга и нервной системы. Снижение уровня холестерина, которого мы добиваемся с помощью статинов, затрудняет попадание серотонина в клетки. Серотонин же является одним из важнейших нейротрансмиттеров, вовлечённых в формирование настроения. Он оказывает огромное влияние на наше ощущение расслабленности, благополучия и удовлетворения. Снижение уровня холестерина в крови провоцирует неврозы и депрессию [34, с. 198, 214].

Подобный эффект возникает от приёма многих других продуктов [35] и особенно лекарственных препаратов. Вмешиваться в процесс нормализации работы мозга и других органов и функций особой экосистемы – человеческого организма, нужно чрезвычайно осторожно. Лучше сразу вести здоровый образ жизни и заниматься профилактикой нарушения гомеостаза: поддерживать оптимальные показатели жизнедеятельности, которые свойственны зрелому здоровому человеческому организму, который складывается к 18-20 годам. Это – вес тела, уровень сахара, холестерина и гемоглобина в крови, показатели температуры, артериального давления, кислотно-щелочной баланс и др. [36].

Если же сбой уже произошёл и человеческий организм, как целостная экосистема, перешёл на новый уровень гомеостаза (равновесия со средой), его коррекция требует комплексного подхода. При лечении психосоматических недугов надо четко различать, что является самой болезнью, а что откликом или противодействием организма на болезненные повреждения, физиологической реакцией против болезни. Тут работает механизм с обратной связью. Ответом на повреждение является реакция восстановления. И здесь важно установить, чему надо помогать, что усиливать, а что подавлять. В этом и проявляется вся суть

медицинской помощи. В традициях восточной медицины её задача как раз и видится в обеспечении равновесия, гомеостаза организма за счёт балансировки повреждающих и восстанавливающих факторов. При узкой специализации наших медиков, к сожалению, каждый специалист видит только свой объект, а не всего человека. Воздействия на этот объект вне связи с целым могут вредить последнему, поскольку перестройка отдельного органа или его функции обусловлена перестройкой всего организма. Так лечат не только рядовых граждан. Так залечили и миллиардера Стива Джобса [37]. Это подтвердил и один из лечивших его врачей [38]. Поэтому надо учитывать все, случившиеся и могущие возникнуть из-за вмешательства, трансформации. Общие ответы на вопросы: что делать и как поступить в такой ситуации, – можно найти в цитируемой выше литературе. Но это уже тонкая доводка организма после преодоления основных психологических симптомов депрессии, а их я довольно успешно преодолеваю с помощью нескольких несложных приемов, перечисленных выше: регулярные упражнения по релаксации; довольно значительные аэробные нагрузки; самоанализ; воспроизведение состояний, которые вызывали страх и тревогу. Но главное – делать то, чего боишься, что вызывает страх и тревогу, преодолевать страх страха. Победив боль и страх, человек, по Достоевскому, «сам станет Богом». На этом пути вы будете обретать уверенность в себе, расширится круг ваших возможностей, интересов, общения, повысится работоспособность, продуктивность и креативность, выносливость. Перед вами будут открываться новые горизонты бытия, вы обретёте новые смыслы и цели жизни и почти забудете о депрессии. Забывать о ней совершенно нельзя, поскольку без известных усилий она может вернуться. В этом её коварство. Но и благо – быть всегда начеку и в форме, т.е. жить в полную силу в любом возрасте при любых обстоятельствах.

Список литературы:

1. Бруд У. Научная йога. Демистификация. М.: РИПОЛ классик, 2013. С. 184.
2. Викторов А.Ш. Введение в социологию безопасности. М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2008. С. 419, 480.
3. Ильенков Э.В. Об идолах и идеалах. М.: Политиздат, 1968. С. 245.
4. Амен Д.Дж. Великолепный мозг в любом возрасте. М.: Эксмо, 2012. С. 400-404.
5. Софрански Р. Хайдеггер: германский мастер и его время. М.: Молодая гвардия, 2002. С. 335.
6. Золотая энциклопедия мудрости. М.: РООССА, 2007. С. 556.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. М.: Прогресс, 1990. С. 56, 67.
8. Эльстер Ю. Объяснение социального поведения: ещё раз об основах социальных наук / Пер с англ. И. Кушнаревой. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2011. С. 157.
9. Тощенко Ж.Т. Парадоксальный человек. М.: Гардарики, 2001. С. 93, 103-104.
10. Хок Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2010. С. 327.
11. Фромм Э. Искусство быть. М.: АСТ, 2014. С. 272-273.
12. Гегель Г.В.Ф. Соч.: в 14 т. Т. IV. 1959. С. 277.

13. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере. М.: Альпина конпликшен, 2013. С. 147.
14. Тиллих П. Мужество быть. М.: Модерн, 2011. С. 99-100.
15. Франкл В. Теория и терапия неврозов. СПб.: Речь, 2001. С. 142.
16. Юнг К.Г. Дух в человеке, искусстве и литературе. Мн.: Харвест, 2003. С. 256-358.
17. Мясников А.Л. Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине. М.: Эксмо, 2013. С. 33.
18. Кемпбелл К. Китайское исследование. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. С. 470.
19. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ / Пер. с англ. А.П. Исаевой. М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2013. С. 297-298.
20. Колберт Дон. Смертельные эмоции / Пер. с англ. М.: Триада, 2013. С. 42.
21. Морен Э. Метод, Природа Природы / Пер. с франц. Е.Н. Князевой. М.: Прогресс-Традиция, 2005. С. 155.
22. Вересаев В.В. Живая жизнь: Ф. Достоевский и Л. Толстой: Аполлон и Дионис (О Ницше). М.: Политиздат, 1991. С. 284-285.
23. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000. С. 311-312.
24. Фрейд З. Семейный роман невротиков: сборник / Пер. с нем. Р. Додельцева. СПб.: Азбука-Аттикус, 2014. С. 134-137, 204.
25. Смит Л.Л., Эллиот Ч.Г. Депрессия для «чайников» / Пер. с англ. Е.А. Черненко. М.: ИД «Вильямс», 2006. С. 133-180.
26. Курпатов А.В. Счастлив по собственному желанию. 12 шагов к душевному здоровью. СПб.: ИД «Нева», 2005. С. 191-219.
27. Бенсон Г., Майерс П. Излечение разума и духовности // Херман Р. Бог, наука и покорность: 10 учёных о теологии смирения / Пер. с англ. С.В. Зубкова. М.: АСТ: Астрель, 2007. С. 287.
28. Ухтомский А.А. Доминанта. СПб.: Питер, 2002. С. 48.
29. Сытин Г.Н. Животворящая сила. Помоги себе сам. М.: Энергоатомиздат, 1990. С. 15-23.
30. Свааб Д. Мы – это наш мозг: от матки до Альцгеймера / Пер. с англ. Д.В. Сильвестрова. СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. 544 с.
31. Серван-Шрейбер Д. Антирак. Новый образ жизни. М.: РИПОЛ классик, 2013. С. 400.
32. Парахновский А.П. Диалектика как основа медицинских знаний // Образование и эпоха (актуальная научная парадигма) / Под ред. О.И. Кирикова. Житомир: ЖГУ; М.: Наука информ; Воронеж: ВГПУ, 2014. С. 113.
33. Амеан Д. Дж. Измени свой мозг – изменится и возраст / Пер. с англ. И.В. Антипкиной. М.: Эксмо, 2013. 384 с.
34. Боуден Д., Синатра С. Вся правда о холестерине или что на самом деле вызывает заболевания сердца и сосудов / Пер. с англ. А.С. Сердюка. М.: Эксмо, 2014. С. 198, 214.
35. Перлауттер Д. Еда и мозг: что углеводы делают со здоровьем, мышлением и памятью / Пер. с англ. Г. Федорова, С. Чигрипец. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015. 240 с.
36. Дильман В.М. Большие биологические часы (Введение в интегральную медицину). М.: Знание, 1981. 208 с.
37. Айзексон У. Стив Джобс. М.: Астрель: CORPUS, 2012. 688 с.
38. Агус Д. Правила здоровой и долгой жизни. М.: Эксмо, 2013. 384 с.

References (transliterated):

1. Broud U. Nauchnaya ioga. Demistifikatsiya. M.: RIPOL klassik, 2013. S. 184.
2. Viktorov A.Sh. Vvedenie v sotsiologiyu bezopasnosti. M.: «Kanon+» ROOI «Reabilitatsiya», 2008. S. 419, 480.
3. Il'enkov E.V. Ob idolakh i idealakh. M.: Politizdat, 1968. S. 245.
4. Amen D.Dzh. Velikolepnyi mozg v lyubom vozraste. M.: Eksmo, 2012. S. 400-404.
5. Sofranski R. Khaidegger: germanskii master i ego vremya. M.: Molodaya gvardiya, 2002. S. 335.
6. Zolotaya entsiklopediya mudrosti. M.: ROOSSA, 2007. S. 556.
7. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla: Sbornik. M.: Progress, 1990. S. 56, 67.
8. El'ster Yu. Ob'yasnenie sotsial'nogo povedeniya: eshche raz ob osnovakh sotsial'nykh nauk / Per s angl. I. Kushnarevoi. M.: Izd. dom GU VShE, 2011. S. 157.
9. Toshchenko Zh.T. Paradoxal'nyi chelovek. M.: Gardariki, 2001. S. 93, 103-104.
10. Khok R. 40 issledovaniy, kotorye potryasli psikhologiyu. SPb.: Praim-EVROZNAK, 2010. S. 327.
11. Fromm E. Iskustvo byt'. M.: AST, 2014. S. 272-273.
12. Gegel' G.V.F. Soch.: v 14 t. T. IV. 1959. S. 277.
13. Frankl V. Skazat' zhizni «Da!»: psikholog v kontslagere. M.: Al'pina konplikshen, 2013. S. 147.
14. Tiliikh P. Muzhestvo byt'. M.: Modern, 2011. S. 99-100.
15. Frankl V. Teoriya i terapiya nevrozov. SPb.: Rech', 2001. S. 142.
16. Yung K.G. Dukh v cheloveke, iskustve i literature. Mn.: Kharvest, 2003. S. 256-358.
17. Myasnikov A.L. Kak zhit' dol'she 50 let: chestnyi razgovor s vrachom o lekarstvakh i meditsine. M.: Eksmo, 2013. S. 33.
18. Kempbell K. Kitaiskoe issledovanie. M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2014. S. 470.
19. Goulman D. Emotsional'nyi intellekt. Pochemu on mozhet znachit' bol'she, chem IQ / Per. s angl. A.P. Isaevoi. M.: Mann, Ivanov i Farber, 2013. S. 297-298.
20. Kolbert Don. Smertel'nye emotsii / Per. s angl. M.: Triada, 2013. S. 42.
21. Moren E. Metod, Priroda Prirody / Per. s frants. E.N. Knyazevoi. M.: Progress-Traditsiya, 2005. S. 155.
22. Veresaev V.V. Zhivaya zhizn': F. Dostoevskii i L. Tolstoi: Apollon i Dionis (O Nitsse). M.: Politizdat, 1991. S. 284-285.
23. Izard K. Psikhologiya emotsii. SPb.: Piter, 2000. S. 311-312.

24. Freid Z. Semeiny roman nevrotykov: sbornik / Per. s nem. R. Dodel'tseva. SPb.: Azbuka-Attikus, 2014. S. 134-137, 204.
25. Smit L.L., Elliot Ch.G. Depressiya dlya «chainikov» / Per. s angl. E.A. Chernenko. M.: ID «Vil'yams», 2006. S. 133-180.
26. Kurpatov A.V. Schastliv po sobstvennomu zhelaniyu. 12 shagov k dushevnomu zdorov'yu. SPb.: ID «Neva», 2005. S. 191-219.
27. Benson G., Maiers P. Izlechenie razuma i dukhovnosti // Kherman R. Bog, nauka i pokornost': 10 uchenykh o teologii smireniya / Per. s angl. S.V. Zubkova. M.: AST: Astrel', 2007. S. 287.
28. Ukhtomskii A.A. Dominanta. SPb.: Piter, 2002. S. 48.
29. Sytin G.N. Zhivotvoryashchaya sila. Pomogi sebe sam. M.: Energoatomizdat, 1990. S. 15-23.
30. Svaab D. My – eto nash mozg: ot matki do Al'tsgeimera / Per s angl. D.V. Sil'vestrova. SPb.: Izd-vo Ivana Limbakha, 2014. 544 s.
31. Servan-Shreiber D. Antirak. Novyi obraz zhizni. M.: RIPOL klassik, 2013. S. 400.
32. Parakhnovskii A.P. Dialektika kak osnova meditsinskikh znaniy // Obrazovanie i epokha (aktual'naya nauchnaya paradigma) / Pod red. O.I. Kirikova. Zhitomir: ZhGU; M.: Nauka inform; Voronezh: VGPU, 2014. S. 113.
33. Amean D.Dzh. Izmeni svoi mozg – izmenitsya i vozrast / Per. s angl. I.V. Antipkinoi. M.: Eksmo, 2013. 384 s.
34. Bouden D., Sinatra S. Vsya pravda o kholesterine ili chto na samom dele vyzyvaet zabolevaniya serdtsa i sosudov / Per. s angl. A.S. Serdyuka. M.: Eksmo, 2014. S. 198, 214.
35. Perlamutter D. Eda i mozg: chto uglevody delayut so zdorov'em, myshleniem i pamyat'yu / Per. s angl. G. Fedorova, S. Chigripets. M.: Mann, Ivanov i Ferber, 2015. 240 s.
36. Dil'man V.M. Bol'shie biologicheskie chasy (Vvedenie v integral'nyu meditsinu). M.: Znanie, 1981. 208 s.
37. Aizekson U. Stiv Dzhobs. M.: Astrel': CORPUS, 2012. 688 s.
38. Agus D. Pravila zdorovoi i dolgoi zhizni. M.: Eksmo, 2013. 384 s.