

УДК 616.89:612.821

РЕСУРСЫ И НАПРАВЛЕНИЯ МЕНТАЛЬНОЙ ПРЕВЕНТОЛОГИИ

© 2014 г. П. И. Сидоров

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В статье обоснована приоритетная миссия ментальной превентологии в интеграции здорового образа и нравственного смысла жизни. Выделены инструменты и факторы ментального резильянса: нейропластичность и духовность, музыка- и вокалотерапия, танцотерапия и физическая активность, сомнология и сексуальный менеджмент. Предложена полимодальная «формула счастья» и многовариантная логистика «траектории судьбы» под аббревиатурой СИНАПС. Систематизированы основные направления ментальной превентологии.

Ключевые слова: ментальная превентология, ментальный резильянс, нейропластичность, «формула счастья», «траектория судьбы», Духовный иммунитет

Последнее десятилетие истории российского общества характеризуется стремительными изменениями — от почти полного пренебрежения к своему здоровью к осознанию здоровья как ведущей ценности. В настоящее время происходит смена парадигмы всей медицины — от нозоцентрической к здравоцентрической.

Еще в 2002 году Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации приняла Концепцию охраны здоровья здоровых, ознаменовавшую развитие нового направления деятельности — переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней. Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья здоровых в этой концепции являлось формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья и ответственности за сохранение собственного здоровья. Это запустило практическую реализацию новых подходов к укреплению здоровья здоровых и составило основу для создания методологической и идеологической основы превентологии.

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование основных направлений и ресурсов развития ментальной превентологии на синергетической биопсихосоциодуховной методологии ментальной медицины.

Ментальная превентология как инструмент интеграции здорового образа и нравственного смысла жизни

Общая превентология — это область знаний о путях формирования и поддержания оптимального уровня здоровья, его укрепления и профилактики заболеваний всеми возможными средствами с привлечением широкого круга специалистов. С нарастающей актуальностью сегодня осознается необходимость подготовки превентолога, имеющего в качестве ведущей мотивации деятельности задачу предупредить утрату здоровья.

Сферой профессиональной деятельности превентолога становится оценка ресурсов индивидуального и общественного здоровья, оценка влияния факторов среды (природной, социальной, производственной) на здоровье человека, организация и реализация профилактических программ и мероприятий, обучение технологиям и навыкам формирования и укрепления здоровья, профилактика конкретных заболеваний, индивидуальное консультирование по вопросам укрепления здоровья, преподавание превентологии в учебных заведениях всех форм и уровней, проведение профильных научных и маркетинговых исследований, и т. д.

Профессиональное поле превентологии составляют центры, кабинеты и отделения медицинской профилактики поликлиник, центры реабилитации и оздоровления, санатории и дома отдыха, медико-со-

циальные центры, образовательные учреждения, школы по профилактике конкретных заболеваний (школа «Диабет», астма-школа и др.), сообщества и ассоциации больных и их родственников, организации физической культуры и спорта, и т. д.

Ментальная превентология является частным разделом мультидисциплинарной превентологии, занимающимся предупреждением возникновения ментальных недугов и сохранением ментального благополучия человека, позволяющего реализовать собственный потенциал.

Объектом ментальной превентологии являются факторы и условия развития психической патологии; скрининг и прогнозирование ментальных расстройств; профилактические программы различной целевой направленности; воспитание и формирование само-сохраняющего поведения в семье и школе, образовательном учреждении и трудовом коллективе; превентивные ресурсы всех заинтересованных ведомств и структур; стратегии и механизмы преодоления психической патологии и т. п.

Основной особенностью ментальной превентологии является её широкий междисциплинарный подход, который стал возможным в связи со сменой нозоцентрической парадигмы на здравоохранительную.

В таблице представлены виды ментальной профилактики в разные фазы развития заболеваний. Ментальная медицина обеспечивает полное взаимопроникновение профилактики и лечения. Это медицина укрепления ментального здоровья и лечения ментальных недугов.

Главное отличие ментальной превентологии от традиционной психопрофилактики в том, что она основана на синергетической методологии и мультидисциплинарна.

Ментальная превентология существенно дальше продвинулась по донологическому полю, выделяя фазы не только предболезни, но и диатезов, и семейной предрасположенности. Это позволяет максимально рано прогнозировать угрозы нормативному биопсихосоциодуховному онтогенетическому развитию, разворачивая ранние вмешательства и превентивно-коррекционные программы.

Ментальный резильянс

Оставаться психически здоровым человеку помогают своевременные диагностические и превентивные, лечебные и реабилитационные мероприятия, а также его внутренние ресурсы. В зарубежных периодиче-

ских изданиях с 1973 года публикуются результаты научно-исследовательских работ о **ментальном резильянсе, который предполагает активное использование преимущественно внутренних ресурсов человека для совладания с различного рода неблагоприятными ситуациями.**

История изучения восстановления начинается в 1970-х годах, когда N. Garmezy [22] опубликовал первые результаты исследования, затронувшего эпидемиологический аспект, с целью раскрыть как вредоносные, так и защитные факторы, способствующие формированию резильянса. Одним из первых исследователей, использовавших термин «резильянс» в 1970-х годах, была также Эмми Вернер [54], изучавшая детей, растущих в неблагополучных семьях (алкогользависимые родители; родители, имеющие психические расстройства; бедные семьи и др.). По итогам исследования выяснилось, что 2/3 изученных детей демонстрировали деструктивное поведение в более позднем возрасте (хроническая безработица, внебрачные дети, аддикции), а 1/3 этой молодежи не обнаруживала таких форм. Данная группа в последующем была названа исследователем «эластичной» [40].

В 1980-х годах на предмет ментального резильянса изучались дети матерей с шизофренией [39]. По результатам этих исследований было установлено, что дети матерей с шизофренией получают меньше тепла и заботы по сравнению с детьми здоровых матерей. Данный факт оказывал влияние на развитие большинства детей, но некоторые дети больных шизофренией матерей развивались в достаточной мере, были социально компетентны и имели хорошие академические достижения, что требовало новых исследований для объяснения подобного явления [18].

Резильянс не принято считать характеристикой только индивида [45], он позволяет справиться с текущей ситуацией и является фактором, способствующим толерантности к подобному воздействию в будущем, а также психологическому благополучию индивида [41, 56]. По мнению зарубежных исследователей, развитию восстановления способствуют также стратегии совладания, хорошие семьи и школы, сообщества и социальная политика [33]. В резильянсе как процессе условно выделяют две составные части: риск (ситуация бедствия, стрессор) и положительная адаптация к нему [50].

Таким образом, **резильянс может быть рассмотрен как явление восстановления после длительной или внезапно возникшей травмы.**

Ментальная профилактика в разные фазы развития психосоматических заболеваний

	Фаза					Исход: соматоневрологические осложнения
	Предиспозиции: психосоматогенная семья	Латентный: психосоматогенный диатез	Инициальный: функциональное расстройство	Развернутой клинической картины заболевания	Хронизации: формы и типы течения заболевания	
Вид психопрофилактики	Первичная		Вторичная			Третичная
Состояние	Здоровье		Дебют и обострение заболевания			Исход заболевания

рующей ситуации [19, 24]. Под резильянсом также понимается способность индивида или сообщества находить путь к психологическим и социальным, культурным и физическим ресурсам, которые обеспечивают благополучие [47], это динамический процесс, заключающийся в положительной поведенческой адаптации [37], и это положительный исход в состоянии повышенного риска [40].

К синонимам понятия «резильянс» относятся выносливость, выученный оптимизм М. Селигмана; выученная изобретательность Розембаума; изобретательность, индивидуальное самооживление Г. Фридмана и др. [15]. Способность человека процветать и реализовывать собственный потенциал, несмотря на всевозможные негативные воздействия, является представлением резильянса в гуманистической психологии. Поэтому люди, имеющие достаточный уровень восстановления, более склонны рассматривать проблемы как возможности для своего роста и развития; в то время как лица с низким уровнем резильянса скорее будут воспринимать стрессовые ситуации с негативным и угнетающим оттенком.

Отношения, обеспечивающие заботу и поддержку, любовь и доверие, являются основными защитными факторами; к дополнительным аспектам относятся способность строить реалистические планы, уверенность в себе, развитые коммуникативные навыки, способность управлять сильными чувствами и импульсами [55].

D. Cicchetti et al. [18] выделяют три группы факторов резильянса, из которых отсутствие или полярное качественное их преобразование может привести к отсутствию резильянса или резко снизить способность к нему:

1. Коммуникабельность и положительное представление о себе.
2. Семья с наличием близких связей по крайней мере с одним членом семьи или эмоционально устойчивым родителем.
3. Сообщество как источник поддержки.

К индивидуальным особенностям лиц, проявляющих себя «гибкими» в неблагоприятных условиях, относят:

1. Способность «прийти в норму», оправиться от чего-либо.
2. Тенденция восприятия проблем как возможностей роста и развития.
3. Видеть даже небольшие положительные стороны ситуации и уметь максимально использовать их.
4. Наличие здоровой и прочной сети социальной поддержки.
5. Наличие прочной веры в систему смыслов.
6. Наличие знаний и умений обращаться с большим количеством различного рода ситуаций.
7. Наличие широкой зоны комфорта.

Резильянс не является какой-либо счастливой данностью, ему необходимо обучаться или тренировать. Тренировка может происходить стихийно или систематизированно и целенаправленно. Резильянс

возможно усилить через превентивные программы, которые позволяют свести к минимуму психологический ущерб и значительно экономят усилия, затрачиваемые на работу с лицами, не имеющими достаточной способности к восстановлению уже после воздействия травмирующих факторов. Развитие и рост ментального резильянса иллюстрируются формулой (рисунок)



Формула роста ментального резильянса

Исходя из этого, проблема любого масштаба и интенсивности может стать источником роста и развития индивида только в случае количественной и качественной поддержки, соотносящейся с проблемой. Если же поддержка полностью отсутствует или присутствует в недостаточной мере, то проблема обнаружится серьезным вредом здоровью человека [3].

Стержнем ментального резильянса является **аутентичность** — индивидуальная естественность и биопсихосоциодуховная уникальность человека, объединяющая все его существенные характеристики и фразы траектории судьбы.

Аутентичность как ресурс личностной самоорганизации через свою уникальность и целостность может проявляться в ситуационном аспекте, способствуя специфическому (не всегда адекватному с точки зрения стороннего наблюдателя) взаимодействию с социумом. С другой стороны, стараясь достичь социальной адаптации вопреки своей аутентичности, человек расплачивается психическими и соматическими проблемами [9].

Американская психологическая ассоциация предлагает 10 способов развития резильянса (10 СРР), которые необходимо задействовать в совокупности, потому что изолированно они не являются действенным орудием по развитию психологической «упругости» [30]:

1. Поддерживать хорошие отношения с близкими членами семьи, друзьями и др.
2. Избегать видение кризисов или стрессовых событий как невыносимых проблем.
3. Принятие обстоятельств, которые не могут быть изменены.
4. Развитие и достижение реалистических целей.
5. Принятие решительных действий в неблагоприятных ситуациях.
6. Поиск возможности самораскрытия после борьбы с потерей.
7. Развитие уверенности в себе.
8. Наличие долгосрочной перспективы; рассмотрение стрессовых событий в более широком контексте.
9. Поддержка обнадеживающей перспективы, позитивные ожидания, представление желаемого.

10. Забота об себе и когнициях, регулярные тренировки, внимание к собственным потребностям и чувствам, организация отдыха для получения удовольствия.

Результаты исследования подтвердили связь между резильянсом и особенностями эмоциональных проявлений индивида. Так, вдовы с высоким уровнем резильянса испытывают более положительные и более отрицательные эмоции, чем вдовы с низким уровнем резильянса. Первая группа показывает высокую эмоциональную сложность, которая является способностью поддерживать дифференцирование положительных и отрицательных эмоциональных состояний. Авторы предполагают, что адаптивное последствие резильянса — функция увеличения эмоциональной сложности (дифференциации эмоций) [44]. У лиц с высоким уровнем резильянса имеется низкий уровень депрессии и меньшая склонность к аддикциям (курению, например); в то время как для лиц с низкими показателями резильянса характерны трудности контроля негативных переживаний, чувствительность к бытовым стрессорам [17].

В литературе также отмечено *положительное влияние религии на способность к резильянсу*. Так, молодые люди, присоединяющиеся к церкви, обнаруживают улучшение академической успеваемости, которая, вероятно, обусловлена не верой, а общественной жизнью церкви, что, в свою очередь, учитывая факторы резильянса, положительно влияет на эмоциональное, социальное и отчасти физическое здоровье людей [31].

Изучение резильянса имеет, как видно из приведенных данных, 40-летнюю историю. Способность активного включения внутренних ресурсов личности в работу позволяет ей справиться с травмирующей ситуацией и научить ее правильному использованию собственных ресурсов в будущем, что даст возможность повысить психологическое и социальное, моральное и физическое благополучие как личности, так и определенного сообщества в целом. Понятие «резильянс» представляет качественно новый аспект восстановления ментального здоровья личности.

По мнению С. В. Маруняк [3], наиболее логично рассматривать особенности ментального резильянса в синергетическом ключе, опираясь на теорию катастроф В. И. Арнольда. А. Чуличков [11] описывает большое количество вариантов, когда научная мысль открыла множество примеров скачкообразного изменения системы при малых воздействиях. Было осознано, что любая система, развиваясь, проходит этапы перестройки, резкого изменения, во время которых происходит переустройство равновесия. Эти этапы характеризуются временным преобладанием одной из сил, что приводит к хаосу, разрушающему предыдущие структуры. В последующем происходит гармонизация, равновесие восстанавливается, но уже в новом, качественно ином состоянии. Одной из математических теорий, описывающих такие

резкие переходы, является теория катастроф. Важным достоинством этой теории является то, что она может определять ситуации не «количественно», а «качественно».

Простое объяснение теории катастроф принадлежит английскому математику К. Зиману, приведенное в популярной книге В. Арнольда «Теория катастроф» [1]. Автор описывает творческий процесс ученого и характеризует его достижения в зависимости от увлеченности и владения техникой и навыками исследователя. Если увлеченность невелика, то достижения вяло и монотонно увеличиваются с ростом профессиональных навыков. Если же увлеченность высока, то наступают качественно новые явления: с ростом профессионализма достижения могут возрастать скачком. Область высоких достижений в этом случае называют словом «гении». Если же рост увлеченности не подкреплен соответствующим ростом профессионализма, то происходит катастрофа: достижения скачком падают, и получаются «маньяки». Согласно теории катастроф В. Арнольда, гений и маньяк при равной увлеченности различаются лишь уровнем достижений.

В определенных ситуациях — в точках катастроф или бифуркации — даже незначительные движения могут повлиять на ход развития. Можно найти косвенные признаки того, что изучаемая система находится вблизи точки катастрофы — установить так называемые «флаги катастроф», то есть особенности поведения системы, по которым можно судить о приближении критической точки:

- наличие нескольких различных (устойчивых) состояний;
- существование неустойчивых состояний, из которых система выводится слабыми «толчками»;
- возможность быстрого изменения системы при малых изменениях внешних условий;
- необратимость системы (невозможность вернуться к прежним условиям);
- гистерезис.

Сегодня на уровне математической теории утверждается, что любая достаточно сложная система, взаимодействующая со своим окружением, проходит в своем развитии определенные этапы. Вначале из неупорядоченных частей системы складываются и с колоссальной скоростью начинают расти множество структур — «новых форм». За счет противоположной, «разрушительной» тенденции скорость роста постепенно замедляется, некоторые формы исчезают, другие приобретают устойчивость. Эта тенденция рано или поздно одерживает верх, погружая все в изначальный хаос, и наступает кризис, порождающий структуры следующего этапа. Таким образом, математическая модель развивается по сценарию: нарушение гармонии — конфликт, необходимый для развития, — погружает систему в животворящий хаос, дающий ростки новой жизни.

Хаос — неизбежный, обязательный атрибут жизни любой достаточно сложной системы. Этап кризиса

характеризуется крайней неустойчивостью: малейшее движение в сторону от траектории может заставить систему сменить сценарий своего развития. Она может отправиться «на второй круг» своей эволюции, лишь немного отличающийся от предыдущего, а может ценой незначительного усилия перейти на принципиально иную, новую орбиту движения. Для изучения динамики систем необходимо знать, каким образом происходит «ответвление». Ответ на такие вопросы дает синергетика [11].

Математический аппарат теории катастроф, пригодный для описания многих процессов самоорганизации, разработан российским математиком В. И. Арнольдом и французским математиком Рене Томом.

Общим для всех эволюционирующих систем является неравновесность, спонтанное образование новых микроскопических (локальных) образований, изменения на макроскопическом (системном) уровне, возникновение новых свойств системы, этапы самоорганизации и фиксации новых качеств системы. При переходе от неупорядоченного состояния к состоянию порядка все развивающиеся системы ведут себя одинаково. Развивающиеся системы всегда открыты и обмениваются энергией и веществом с внешней средой, за счёт чего и происходят процессы локальной упорядоченности и самоорганизации. В сильно неравновесных состояниях системы начинают воспринимать те факторы воздействия извне, которые они не восприняли бы в более равновесном состоянии. В неравновесных условиях относительная независимость элементов системы уступает место корпоративному поведению элементов: вблизи равновесия элемент взаимодействует только с соседними, вдали от равновесия — «видит» всю систему целиком и согласованность поведения элементов возрастает. В состояниях, далеких от равновесия, начинают действовать бифуркационные механизмы — наличие кратковременных точек раздвоения перехода к тому или иному относительно долговременному режиму системы — аттрактору. Заранее невозможно предсказать, какой из возможных аттракторов займёт система. Фундаментальным принципом самоорганизации служит возникновение нового порядка и усложнение систем через флуктуации (случайные отклонения) состояний их элементов и подсистем. Такие флуктуации подавляются во всех динамически стабильных и адаптивных системах, но в более сложных открытых системах благодаря притоку энергии извне и усилению неравновесности отклонения со временем возрастают, накапливаются и приводят к «расшатыванию» прежнего порядка и через относительно кратковременное хаотическое состояние системы приводят либо к разрушению прежней структуры, либо к возникновению нового порядка. Флуктуации носят случайный характер, поэтому состояние системы после бифуркации обусловлено действием суммы случайных факторов.

Таким образом, в соответствии с эволюционно-синергетической парадигмой развитие понимается как

последовательность длительных периодов, соответствующих стабильным состояниям системы, которые прерываются короткими периодами хаотического поведения («бифуркациями»). После этого происходит переход к следующему устойчивому состоянию («аттрактору»), выбор которого определяется, как правило, флуктуациями в точке бифуркации.

Ментальный резильянс является биопсихосоциальным ресурсом ментальной превентологии, аккумулированным в качестве и стиле жизни, её здоровом образе и нравственном смысле. Факторами и инструментами ментального резильянса являются нейропластичность и сила личности, музыка- и вокалотерапия, танцетерапия и физическая активность, сомнология и сексуальный менеджмент, и др.

Нейропластичность. В 1990-х годах было обнаружено, что в головном мозге взрослых людей постоянно появляются новые нейроны. Это явление получило название *нейропластичность* — способность мозга изменяться под действием опыта. По существу, это стало биологическим обоснованием ментального резильянса и позволило совершить революционный прорыв в разработке новых уникальных методов нейрореабилитации.

Одной из новых технологий восстановления утраченных функций ЦНС явилась методика «BrainPort» («окно в мозг»), разработанная в 1960-х годах Полом Бач-и-Ритой [16] и в настоящее время используемая в клинической практике. Мобилизуя механизмы нейропластичности, методика позволяет восстанавливать функции ЦНС. Так, устройство «*BrainPort balance device*» (зарегистрировано в России, ЕС, Канаде и Бразилии) применяется для помощи пациентам, пережившим инсульт, черепно-мозговую травму, мозжечковую атаксию, менингоэнцефалит и др. Устройство помогает восстанавливать вестибулярную функцию. Уже после первой 20-минутной терапевтической сессии человек может самостоятельно вставать и ходить. Эффект сохраняется от 4 до 24 часов, а у некоторых пациентов до нескольких недель.

Второе устройство «*BrainPort vision device*» помогает слепым видеть через язык. Источником информации, посылаемой на язык, служит цифровая видеокамера, которую закрепляют у пациента на голове. После 2–10-часовой тренировки пациенты обучаются «видеть» контрастные предметы и распознавать лица, правильно оценивать направление и скорость движущихся объектов.

Новейшие технологии, воздействующие на контрольные связи, помогают не только восстанавливать утраченные функции, но и справляться с сильной болью. Так, американский профессор Hunter G. Hoffman [27], заведующий лабораторией виртуальной реальности Вашингтонского университета г. Сиэтла, разработал *систему иммерсивной виртуальной реальности* («immersive virtual reality»), которая погружает пациента в виртуальный мир, существенно облегчая болезненные процедуры и ощущения. Применение этой методики позволяет снизить бо-

лезненные ощущения пациента на 30–50 %, что сопоставимо с действием сильных обезболивающих препаратов, но при отсутствии побочных эффектов.

Для пациентов с тяжелыми ожогами был разработан вариант этой методики «Снежный мир» (Snowworld), имитирующий снежные пейзажи и реально снижающий температуру и остроту болевых ощущений у больных.

Ментальный резильянс предопределяет не только стиль и качество жизни, но и долголетие. Так, L. Watson et al. [52], проанализировав 68 тысяч историй болезни людей в возрасте от 35 лет, показали, что подвергающиеся стрессам и склонные к негативным переживаниям, умирают раньше положенного. Риск преждевременной смерти напрямую зависит от степени и продолжительности психологических и социальных, моральных и эмоциональных переживаний.

Миссию биологического медиатора ментального резильянса в существенной мере выполняет гормон мелатонин, регулирующий эмоциональный фон и уровень тревожности, вызываемые стрессом. Кроме того, мелатонин участвует в регуляции биологических ритмов организма, стимулируя иммунную систему, оказывая антиоксидантное действие, защищая клетки от разрушения свободными радикалами и обладая противоопухолевой активностью.

Если принять выработку мелатонина в 10 лет за 100 %, то в 25 лет она составит 50 %, в 45 лет — 10 %, а в 75 лет — 1–3 %. Снижение уровня мелатонина приводит к ослаблению защитных функций организма, снижению полового влечения и проявлению внешних признаков старения. Именно поэтому восполнять мелатонин рекомендуется в курсовом режиме уже с 25–30 лет. Принципиально важно, чтобы такая биологическая терапия сочеталась с гармоничной физической нагрузкой, интеллектуальным и моральным тренингом [38]. Как сказал поэт, «душа обязана трудиться».

Музыка- и вокалотерапия. Терапевтические эффекты музыки известны с древнейших времен. Об этом упоминается еще в Ветхом Завете. В библейской притче рассказывается о том, как Давид излечил израильского царя Саула от черной меланхолии своей игрой на гуслях. Эскулапы Древнего Египта советовали страдающим бессонницей слушать пение хора. Истории известны случаи, когда музыка помогала останавливать социальные эпидемии. Так, в XIV веке Западную Европу охватила эпидемия хореи или «пляски святого Витта». По улицам городов и селений бродили толпы неистово дергающихся бесноватых людей, которые выкрикивали нечленораздельные звуки и бились в припадках с пеной у рта. Эпидемия быстро прекращалась лишь там, где властям удавалось вовремя призвать музыкантов, игравших медленную и спокойную, мелодичную и умиротворяющую музыку.

По народным преданиям считалось, что каждая нота имеет особое воздействие на определенный орган человеческого тела. Так, нота «до» влияет

преимущественно на функции желудка и поджелудочной железы, нота «ре» — на желчный пузырь и печень, «ми» отвечает за органы зрения и слуха, «фа» оказывает влияние на мочеполовую систему, « соль » — на функции сердца, «ля» — на легкие и почки, а «си» — на функцию энерго- и теплообмена организма. Низкие звуки резонируют с нижней частью тела, высокие — с верхней.

Каждый четвертый пациент с депрессией вылечивается благодаря сочинению или исполнению музыки, в то время как терапия антидепрессантами помогает только каждому 7–16-му пациенту. Музыкальные произведения позволяют устранить тревожность и снять стресс даже у людей с тяжелой формой депрессии [20].

В ходе экспериментов на мышах японским исследователям Uchiyama M. et al. [49] удалось показать, что музыка снижает число случаев отторжения сердечных трансплантатов, положительно влияя на иммунную систему. Классическая музыка существенно увеличивала срок жизни пересаженного органа и предотвращала его отторжение, в то время как современная музыка не оказывала такого эффекта. Классическая музыка существенно понижала концентрацию интерлейкина-2 и гамма-интерферона в крови мышей, в то время как концентрация противовоспалительных интерлейкинов возрастала. Увеличивалась также концентрация клеток CD4+ и CD25+, которые регулируют периферический иммунный ответ. Все эти изменения замедляли процессы отторжения пересаженной ткани или вовсе подавляли их.

Музыка во время хирургических процедур уменьшает тревогу и беспокойство пациентов, а вокалотерапия излечивает заикание и невротические расстройства [28]. Более того, вокалотерапия может быть инструментом нейрореабилитации. Так, член конгресса США Габриэль Джиффрдс получила огнестрельное ранение головы с серьезным повреждением левого полушария мозга. Травма лишила ее возможности говорить, но с помощью своего музыкального терапевта она начала петь. От небольших фрагментов песен она постепенно перешла к серьезному репертуару. Затем научилась пропевать обычные разговорные фразы и в завершение научилась произносить их в обычном разговорном режиме (The Lancet, 2012, № 6).

Вокалотерапия является эффективной технологией нейрореабилитации постинсультных пациентов. Большая часть связей между участками мозга, отвечающими за движение и речь, расположены в левом полушарии. Американские исследователи показали, что когда пациенты учатся петь, активные связи начинают формироваться и справа [36], приводя к росту и изменению структуры аксонов [48]. Профессор Schhaug G. et al. [46] показали, что у детей, которые в течение 15 месяцев не реже двух с половиной часов в неделю занимались музыкой, объем мозолистого тела головного мозга — структуры, отвечающей за обмен информацией между полушариями, увеличился в среднем на 25 %. По-видимому, именно в

этом состоят биологические резонансные ресурсы музыкальной нейропластичности.

Л. С. Выготский [2], цитируя описание музыки Л. Н. Толстым в «Крейцеровой сонате», соглашается с ним: «Музыка заставляет забывать себя, она переносит в какое-то другое, не свое положение, под влиянием музыки я чувствую то, чего, собственно, не чувствую, понимаю то, чего не понимаю, могу то, чего не могу...». И развивая дальше: «...музыка непосредственно ни к чему не влечет нас, она создает только неопределенную потребность в каких-то действиях, она раскрывает путь и расчищает дорогу самым глубоко лежащим нашим силам; она действует подобно землетрясению, обнажая в жизни новые пласты...». Как говорила Анна Ахматова: «Оставь нас с музыкой вдвоем, мы сговоримся скоро».

Танцетерапия. Синтетическим вариантом биопсихосоциодуховной терапии является **танцевальная терапия**, в которой движения и музыка обеспечивают развитие социальной и духовной, психологической и физической жизни человека. Танцетерапия помогает людям с эмоциональными проблемами и зависимостями, тяжелыми хроническими заболеваниями и интеллектуальным снижением.

Основоположником этого вида терапии является американская танцовщица Мэрион Чейс, которая в 1940-х годах обратила внимание на то, что некоторые студенты интересуются не техникой танца, а чувствами и эмоциями, которые можно выразить через движение, улучшив свое психическое самочувствие. Чейс выделила лечебные и высвобождающие элементы танца и стала первым танцетерапевтом, работавшим на государственной службе. Среди ее пациентов были алкоголики и наркоманы, шизофреники и люди с посттравматическим стрессовым расстройством.

Развитие танцетерапии в купе с юнгианским анализом и когнитивной психотерапией привело к современной практике «аутентичного движения», когда пациенты протанцовывают внутренние образы и ощущения, избавляясь от страхов и тревог, стрессов и напряжения. Танец позволяет выразить эмоции, даже если человек не способен их вербализовать. Новое осознание возможностей тела и расслабления, эмпатия и творческое самовыражение — все это гармонично представлено в танцетерапии. Она позволяет преодолеть внутренние барьеры и увидеть новые перспективы развития личности.

Танцевальная терапия эффективна при психосоматических заболеваниях (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ревматоидный артрит). Применение краткосрочной танцевальной терапии позволило расширить двигательное пространство и коммуникативность больных, снизить выраженность астении и тревоги [5].

Впечатляющим клиническим достижением танцетерапии является трехмесячный эксперимент Английского национального балета и сотрудников университета Розмптон в Лондоне [29] по обучению балетным партиям из «Ромео и Джульетты» 24 ко-

лясочных пациентов с болезнью Паркинсона. Люди, страдающие дегенеративным заболеванием головного мозга, смогли встать на обе ноги и танцевать, расстались с депрессиями и комплексами, обрели чувство уверенности и видение перспективы жизни.

Физическая активность. По данным ВОЗ, продолжительность жизни человека и состояние его здоровья на 60 % определяет его образ жизни, и в первую очередь — адекватная физическая нагрузка как главный биологический ресурс ментального резильянса.

Мультицентровое и транскультуральное эпидемиологическое исследование [33] обнаружило, что отсутствие физической активности увеличивает риск заболевания сердечной недостаточностью на 6 %, раком груди — на 7 %, раком кишечника — на 10 %. Нездоровый образ жизни становится причиной 9 % преждевременных смертей ежегодно. В то же время даже небольшое повышение уровня физической активности может снизить уровень смертности на 10–25 %. Устранение только гиподинамии увеличивает среднюю продолжительность жизни населения Земли на 0,68 года. Наибольший уровень физической активности сохраняется в юго-восточной Азии, а наименьший — в Средиземноморье.

Обобщая огромную генерацию исследований образа жизни и риска развития заболеваний, можно сказать, что люди, которые более 10 лет провели на сидячей работе, в два раза чаще подвержены развитию опухолей в дистальной толстой кишке, у них на 44 % выше риск развития рака прямой кишки и на 30 % больше риск развития рака простаты.

Многочисленными исследованиями было доказано, что **регулярные физические упражнения** имеют во многом такой же эффект, как и антидепрессанты. Так, исследователи из Джорджийского университета [43] показали, что после курса физических упражнений продолжительностью в несколько недель в мозге повышается уровень галанина — пептида, регулирующего обмен серотонина и норадреналина, нарушение которого и приводит к депрессии. Ученые высказали предположение, что человеческий мозг эволюционно-генетически запрограммирован на определенный уровень физической активности, снижение которой приводит к системной ментальной декомпенсации.

Для того чтобы не допустить депрессии, исследователи рекомендуют не менее 5 раз в неделю заниматься 30-минутными физическими упражнениями, в том числе совершать пешие прогулки, или же 3 раза в неделю по 30 минут заниматься аэробикой с большим усилием.

Для преодоления депрессии преимущества физкультуры очевидны: 1) нет неблагоприятных последствий и осложнений как от лекарств; 2) самостоятельные занятия не требуют денежных затрат; 3) физическая нагрузка сразу же и стойко повышает настроение и тонус.

Исследование ученых из Абердинского университета [26] показало, что вовсе не обязательно изнурять

себя длинными и утомительными тренировками. Выяснилось, что те, кто ежедневно ходил по 30 минут, снижали уровень жира в крови на 11 % по сравнению с теми, кто не делал никаких упражнений. У тех же, кто практиковал интенсивные короткие упражнения (30 секунд на велотренажере, отдых 4 минуты, и так 4 раза), показатель жира в крови падал на 33 % — как от 90-минутного бега! При этом они употребляли жирную пищу, включающую майонез и сыр, на завтрак и обед.

Еще дальше пошли тайваньские исследователи [55], проанализировавшие анамнез 400 тысяч человек и обосновавшие, что 15 минут умеренно интенсивных ежедневных физических упражнений сокращают риск смертности на 14 %, продлевая жизнь на 3 года.

Практически все исследователи соглашаются с тем, что оптимальным рецептом для предотвращения старческого слабоумия является «золотой дуэт» интеллектуальной активности и спорта. Качество тренировки мозга, т. е. его ментального резильянса, должно коррелироваться с уровнем физической активности, обеспечивая гармоничный биопсихосоциодуховный баланс.

Ирония человеческой истории и любой личной судьбы состоит в том, что только отличная физическая форма в молодости может быть залогом хорошего самочувствия и ментального здоровья в старости.

Так, ученые из Гётеборгского университета [13] обнаружили, что независимо от силы мышц плохое функциональное состояние сердечно-сосудистой системы в 18 лет предопределяет увеличение риска развития депрессии с возрастом в 2 раза, и даже через 30–40 лет такая взаимосвязь сохраняется. Эти данные были получены в исследовании с участием миллиона человек и свидетельствовали о необходимости холистического подхода к изучению нейропластичности (способности клеток мозга изменяться), балансирующей на нелинейных и многомерных соматопсихических и психосоматических, социально-психологических и духовно-нравственных взаимоотношениях. Можно сказать, что на сегодня наиболее адекватной методологией изучения факторов и ресурсов ментального резильянса является биопсихосоциодуховная синергетическая методология ментальной медицины.

Сомнология. ВОЗ отнесла здоровый сон к одному из ведущих условий здорового образа жизни. Каждый третий человек, обратившийся за медицинской помощью, страдает нарушениями сна.

Биологические ритмы человека являются ведущей характеристикой биогенеза, предопределяя качество ментального здоровья. В современном сингулярном мире базовые биологические ритмы постоянно нарушаются, приводя к хроническому стрессу и психоэмоциональному напряжению, развитию психосоматических и соматопсихических расстройств.

Основными природными биоритмами являются: смена дня и ночи, приливы и отливы, смена времен года, смены фаз солнца и луны, часовые пояса и

т. д. Чаще всего нарушение природных биоритмов проявляется инсомнией, которой страдает 10–20 % населения Европы.

Исследователи из Чикагского университета [36] обнаружили, что молодые мужчины, которые спят менее 5 часов в сутки, получают снижение тестостерона на 10–15 %. Это проявляется уменьшением мышечной массы и плотности костной ткани, снижением либидо, силы и энергии.

У страдающих бессонницей людей обнаружен в 6 раз более высокий риск развития диабета и сердечных заболеваний [51]. Механизм оказался связан с генетическим нарушением ежедневного запуска биологических часов: были обнаружены очень редкие мутации гена мелатонинового рецептора MT2, влияющего на риск развития диабета.

Исследователи из английского университета Суррея [42] обнаружили, что всего неделя недосыпа может вызвать сбой в работе 700 генов, повышая риск развития психосоматических заболеваний, снижение иммунитета и развитие воспалений.

Изучение гендерных особенностей недосыпа [14] обнаружило большую уязвимость женщин по развитию сердечных заболеваний и диабета 2-го типа.

Сбой биологических часов может привести не только к соматическим, но и психическим расстройствам. Исследователи из Оксфордского университета [23] выдвинули гипотезу, что шизофрения связана с нарушением суточного (циркадного) ритма организма, при котором происходит сбой в работе «центральных часов», расположенных в головном мозге, и «периферических часов», находящихся в других органах. Большинство пациентов с шизофренией имеют расстройства сна. В эксперименте на мышах с дефектом гена SNAP25 (связанного также с шизофренией у людей) удалось описать нарушения суточного ритма и психические расстройства у животных.

Сомнология как наука о сне имеет огромное значение для разработки стратегий обеспечения ментального здоровья и предупреждения ментальных недугов.

Сексуальный менеджмент. Концепция сексуального здоровья была принята ВОЗ в 1975 году, и базируется она на трех основных элементах:

1) способности человека к наслаждению и контролю сексуального и репродуктивного поведения в соответствии с социальной и личной этикой;

2) свободе от страха и стыда, чувства вины и ложных убеждений, подавляющих сексуальные реакции и ухудшающих сексуальное взаимодействие;

3) отсутствию органических расстройств, болезней и недостатков, наносящих ущерб сексуальным и репродуктивным функциям

Сексуальное здоровье — это нормативный биопсихосоциодуховный комплекс социального и репродуктивного поведения человека, обогащающий личность и повышающий коммуникабельность, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового просвещения, а также право на наслаждение. Эти права должны реализовываться в

гармонии и балансе с ответственностью, без которой невозможна взаимная любовь.

Сексуальный менеджмент — это эффективное достижение сексуальных и репродуктивных целей человека посредством планирования и организации, лидерства и контроля над обстоятельствами. Фрактальная динамика онтогенетического развития сексуального менеджмента представлена самопознанием и самообразованием, самовоспитанием и самоорганизацией, саморегуляцией и самоконтролем, самоопределением и менеджментом личности, ориентированной на достижение конкретных целей.

Сексуальный менеджмент представлен в биогенезе (биоритмы, генетические программы) и психогенезе (психология влюбленности и влечений), социогенезе (онтогенетическое развитие гендерных ролей и отношений) и анимогенезе (этика межличностных взаимодействий).

Для сексуального менеджмента характерны управление по слабым сигналам и ориентация на неожиданности. Он не ограничивается внутренними процессами, а включает видение внешней среды и перспективы развития, учет особенностей партнера и меняющихся обстоятельств.

Минимально перефразируя определение человека Жаном Полем Сартром, можно сказать, что «сексуальный менеджмент — это результат осуществления своего собственного проекта». Сексуальный менеджмент создает не закрытую и интровертную, а открытую и экстравертную личность. Вступая в область сексуальных отношений, человек не закичивается на самом себе. Только ориентируясь на партнеров, он способен понять и познать самого себя, организуя и реализуя свой жизненный проект с такими же проектами референтного окружения.

Сексуальный менеджмент — это выход на новые ресурсные уровни управления интимными межличностными отношениями, в нем на основе избранного способа организации жизни ставятся и решаются важнейшие проблемы человека. Его нельзя воспринимать только как элементарный набор тех или иных правил, тем более зафиксированных в фольклоре и анекдотах. Он — индивидуальная технология уникальной самоорганизации, интегрирующей в себе биопсихосоциодуховную индивидуальность человеческой жизни и судьбы [8].

Построенный на плюралистических системах ценностей, сексуальный менеджмент тесно сопрягается и с религиозным способом организации жизни, учитывает уникальный охват мировых религий и различных конфессий. В плане поиска новых возможностей и запуска механизмов саморазвития человека сексуальный менеджмент позволяет укреплять духовно-нравственную сферу, укрощать неадекватные желания и обогащать самооценку.

Сексуальный менеджмент позволяет человеку разумно и осмысленно включать все биопсихосоциодуховные ресурсы ментального здоровья личности, не подпадая под власть сложившейся ситуации или

психосоциальной сексуальной манипуляции. Именно поэтому сексуальный менеджмент — это творчество и импровизация, креативный и нестандартный подход к проблемам и ситуациям. Он всегда мультивариантен и многомерен, полимодален и междисциплинарен, именно поэтому эффективной оказывается в его изучении только синергетическая биопсихосоциодуховная методология ментальной медицины.

Сексуальный менеджмент — это опыт, в том числе иногда весьма травматичный. Он всегда связан с откровением, с осмыслением ошибок и пороков. Это творческая лаборатория, поиск истины и преодоления себя, когда зачастую «мои недостатки» оцениваются выше, чем «ваши достоинства».

Сексуальный менеджмент для современного человека не просто мода или утешение. Он наполнен и обогащен всеми знаниями интимных человеческих отношений, будучи обращен к самым широким кругам населения, стремящегося к саморазвитию и гармоничным отношениям с окружающими людьми и своими семьями.

К основным целям сексуального менеджмента или самоменеджмента относятся:

- развитие личности как основа успеха;
- рациональная организация сексуального стиля жизни;
- развитие собственных сексуальных возможностей;
- извлечение уроков и анализ ошибок, прогноз опасностей и потерь в сексуальной активности;
- проектирование важной сферы и преодоление трудностей, укрепление сексуального здоровья и самоутверждения.

Сексуальный менеджмент является одним из универсальных биопсихосоциодуховных ресурсов ментального резильянса.

Так, исследователи из Принстонского университета [34] обнаружили, что секс стимулирует рост нервных клеток в гиппокампе, отвечающем за память и обучение. Эксперимент был проведен на мышках двух групп: одни самцы имели доступ к самкам, а другие нет. В ходе исследования у грызунов измеряли уровень глюкокортикоидов — гормонов стресса. Выяснилось, что у мышечек в сексуально активной группе в гиппокампе отмечался рост количества нейронов прямо пропорционально увеличению сексуальных контактов. Уровень тревожности у сексуально активных самцов был ниже, чем у менее активных. По мнению исследователей, эксперимент показал негативное влияние стресса на мозг и позитивную роль секса.

Это подтвердили исследования [25], показавшие, что процесс регенерации нервных клеток (нейропластичность) намного интенсивнее протекает у влюбленных во время занятия сексом. Кроме того, сексуальная активность на 30 % увеличивает уровень иммуноглобулина, повышающего резистентность организма. Особое значение имеет гормональный всплеск во время секса, повышающий уровень

окситоцина в 5 раз, способствуя тем самым улучшению настроения и релаксации, нормализуя сон и самочувствие.

Обезболивающее действие секса связано с выбросом во время оргазма эндорфинов. Evans B. C., Couch R. [21] показали, что из числа женщин, занимавшихся сексом во время приступа мигрени, 61 % отметили снижение интенсивности головной боли и 20 % полностью купировали приступ. Правда, надо оговориться, что сама мигрень может быть маркером сексуальной дисгармонии или абстиненции.

Одно несомненно — сексуальный менеджмент это всегда искусство открывания себя в мире и нового мира в себе, а значит, всегда тайна, прикосновение к которой бесконечно увлекательно и полезно для ментального здоровья и самосовершенствования.

Нравственно-ценностные основы жизненной стратегии

Изучая уровень счастья людей с различной нравственной направленностью, И. В. Нехорошева [4] опросила 407 респондентов, из которых всего 18 % характеризовались *положительной нравственной направленностью* и лишь 4 % из всей выборки обладали высокими нравственными качествами. Людей с *отрицательной нравственной направленностью* оказалось в два раза больше — 36 %. Остальные респонденты были отнесены к группе с *невыраженной нравственной направленностью*, хотя у половины (45 %) из них были сформированы одно или два отрицательных нравственных убеждения — допустимость присваивать чужое и брать взятки (!). Отнесение воровства и мздоимства к невыраженной нравственной направленности является свидетельством катастрофической моральной деградации российского общества. Подтверждением этому служит и то, что люди с отрицательной нравственной направленностью более счастливы, а с положительной — менее, особенно люди с высокими нравственными качествами. У общества счастливых, но безнравственных людей нет будущего. Именно поэтому духовно-нравственное воспитание и развитие личности становится сегодня важнейшим государственным приоритетом.

В моральной психодиагностике эффективно используется методика формирования перспективной жизненной стратегии, основанная на методе ценностных ориентаций М. Рокича и позволяющая проводить прямое ранжирование терминальных и инструментальных ценностей клиента [7].

При изучении психологии и этики делового общения студенты в Северном государственном медицинском университете (СГМУ, г. Архангельск) в тренинговом режиме осваивают следующие техники «укрепления личного счастья».

1. Гармоничное распределение времени и сил, умение уделять равное время работе и своему здоровью, общению и саморазвитию, что повышает стрессоустойчивость.

2. Создание и поддержание хорошего настроения, которое зависит только от нас самих, и его нужно культивировать (ежедневные маленькие подарки себе, любимая музыка утром, веселые фотографии на рабочем столе и т. д.)

3. Умение наслаждаться текущим моментом. Как говорится в древней поговорке: «Прошлого уже нет, а будущего может и не быть. Живи настоящим». Важно получать удовольствие от каждого, пусть даже рутинного, момента жизни.

4. Умеренность в ответственности, которая бывает объективная и субъективная. Всегда важно определить границу, что в жизни действительно от вас зависит, по поводу остального беспокоиться бессмысленно.

5. Правильное планирование, требующее ставить цели, достижение которых действительно зависит от самого человека и конкретных шагов по их достижению. Завышенные и недостижимые цели приводят к ощущению неудачи.

6. Общение с близкими. Просите о помощи, если это нужно, и рассказывайте близким, что они для вас значат.

Для работы в ментальной превентологии нами сконструирована полимодальная «формула счастья» и многовариантная логистика траектории судьбы, интегрирующая нравственный смысл и здоровый образ жизни под аббревиатурой СИНАПС, где С — сохранять, И — использовать, Н — находить, А — активировать, П — помнить, С — строить. Ведь именно синапсы обеспечивают архитектуру и дизайн каскадов зеркальных нейронов коры головного мозга, являющихся возможными рецептурными матрицами ментальных репрезентаций, из которых соткана траектория человеческой судьбы.

Сохраняйте:

- оптимизм и конструктивность
- открытость новизне
- критичность к миру
- практичность к себе
- гибкость и пластичность
- принципы и убеждения
- честность и мудрость
- самооценку и самоопределение
- реалистичность ожиданий
- веру в Бога, семью и себя

Используйте:

- системную стратегию
- ресурсное планирование
- концентрацию на приоритетах
- тренинг и коучинг
- подсобные материалы
- обязательность и ответственность
- настойчивость и последовательность
- осторожность и осмотрительность
- рассудительность и взвешенность
- дерево цели как дерево жизни

Находите:

- радость жизни

- цель и задачи роста
- смыслы и образы будущего
- поводы для улыбки и юмора
- способы канализации стресса
- возможности и новые ресурсы
- время для себя и семьи
- иронию истории и шутки судьбы

Активируйте:

- резервы и ресурсы
- видение перспектив жизни
- восприятие новых вызовов
- любовь и уважение к себе
- адаптивность и толерантность
- поиск позитивных альтернатив
- прогнозирование и предвидение
- компетентность и востребованность
- опыт для новых открытий

Помните:

- жизнь это миг — все проходит
- побеждать не всегда обязательно
- дружба важнее денег
- зависть — глупость
- самоедство — тупость
- добрые дела не афишируют
- время не взять в кредит
- счастье в ощущениях
- самооценка важнее факта
- свои корни, родителей и друзей

Стройте:

- команду друзей и сподвижников
- себя и свою семью
- успех без иллюзий
- профессию как призвание
- идентичность и ментальность
- духовный иммунитет
- на моральном фундаменте
- свою дорогу к Храму по личному генплану
- свою траекторию Судьбы по компасу Души
- свою позитивную реальность

Психологи считают, что можно стать счастливее, если применять метод «рандомизированных добрых дел». Он заключается в том, чтобы каждый день делать маленькое доброе дело, за которое точно никто не похвалит и не наградит. Только тогда может появиться шанс почувствовать добрую руку судьбы на собственном плече...

Наконец, достижение счастья возможно только при нахождении смысла жизни и его деятельном воплощении. Не случайно в экзистенциальном анализе В. Франкла принцип наслаждения и гедонистическая мотивация не относятся к нормативному целеполаганию человеческих устремлений. Они являются только результатом и побочным эффектом достижения цели, структурирующей смысл жизни: «...если есть причина для счастья, счастье вытекает из нее автоматически и спонтанно» [10, с. 56]. Гедонистическая ментальная ловушка состоит в том, что, делая счастье предметом своих желаний и устремлений, человек неизбежно

теряет из виду причины, его создающие, и счастье ускользает.

Наиболее емко и лаконично формула самоактуализации в траектории человеческой судьбы сформулирована Карлом Ясперсом [12], сказавшим: «Человек становится тем, что он есть, благодаря делу, которое он делает своим».

Основные направления ментальной превентологии

К основным направлениям ментальной превентологии можно отнести [6]:

1. **Педагогическое направление.** При разработке первичной профилактики важным является развитие положительного внутреннего нравственного и психического потенциала человека, что достигается пропагандой и рекламой здорового образа жизни. Большую роль здесь играет воспитание в семье и школе ценности здоровья. Необходимо внедрение здоровьесберегающих подходов в учебные заведения.

2. **Медицинское направление.** Заключается в превентивных аспектах деятельности системы здравоохранения. Значительная роль в превенции отводится общей врачебной практике и учреждениям общемедицинской сети. Семейный врач, знающий условия жизни семьи и взаимоотношения между ее членами, может быть основной фигурой в проведении профилактических мер в семье. Помимо обычной работы врачей, направленной на выявление тех или иных проблем здоровья пациентов, достаточно новым методом ментальной превентологии является раннее вмешательство. В задачи семейного врача входят выявление во время медицинских осмотров на приеме и при обслуживании на дому групп повышенного риска по психическим и психосоматическим расстройствам; направление их для дальнейшего обследования к психиатру, психотерапевту, медицинскому психологу; ведение наблюдения за терапией расстройств; активное участие в профилактических программах.

3. **Социальное направление.** При формировании психических расстройств может развиваться процесс социально-трудовой декомпенсации, когда нарушаются взаимоотношения в семье, на работе, происходит потеря работы, семьи. Развивающаяся социальная дезадаптация у пациентов требует проведения реабилитации и восстановления социального статуса больного человека. Поэтому цель социальной работы в ментальной превентологии — это восстановление нарушенной социальной сети пациента и создание для него социальной поддержки.

4. **Психологическое направление.** Одним из критериев психических нарушений является отсутствие адаптации к ежедневной жизни, что связано с общественной культурой, к основным ценностям которой относится и качество жизни. Под психологической помощью в ментальной превентологии понимают обеспечение эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человеку или группе в трудных ситуациях, возникающих в ходе их личностного или социального

бытия. Одна из задач превенции — дестигматизация пациентов и их родственников со стороны общества с целью повышения качества лечения.

5. Инфокоммуникативное направление. Расширяющееся в геометрической прогрессии мировое информационное пространство требует унификации информационных и телекоммуникационных технологий, обеспечения гармоничного развития рынка информационных услуг. Синергетическая медико-психосоциодуховная методология ментальной медицины позволяет во всем многообразии оценивать и прогнозировать, предупреждать и коррегировать клинически и поведенчески-значимые эффекты виртуальной «ментальной вирусологии». Своевременно останавливать в ранних донологических фракталах угрозы развития деструктивных социальных эпидемий можно лишь ранней «ментальной вакцинацией», формирующей вполне измеримый Духовный иммунитет к любым социальным недугам и ментальным токсикантам. Более того, методология ментальной медицины в существенной мере выросла из синергетики управляемого хаоса информационно-психологических войн. Не случайно лечебно-реабилитационные технологии ментальной медицины, по существу, являются конверсионными версиями ментального оружия современных террористических войн (например, система иммерсивной виртуальной реальности и др.).

6. Культуральное направление. На развитие психической и психосоматической патологии большое влияние оказывают и этнические различия, так как они обеспечивают особое отношение к материальным (пища, одежда), социальным (организация и структура общества) явлениям, а также индивидуальное поведение. Имеются различия в формировании непсихотической психической патологии в разных этнических популяциях. Построение превентивной политики, безусловно, опирается на знание истории, культуры и этноэкологических особенностей, что дает возможность наиболее полно учитывать психологические особенности личности и поведения людей, живущих в данном регионе.

7. Административно-правовое направление. Основным принципом политики правового регулирования в сфере здравоохранения должны стать социальные приоритеты, способствующие увеличению продолжительности жизни и ее качества.

8. Духовно-нравственное направление. Духовно-нравственное воспитание и развитие личности — важнейшее условие эффективного формирования ментального здоровья, предопределяющее успешную самореализацию и адаптивный профессиогенез, способность противостоять стрессам и активно участвовать в развитии общества. Современные формы общественно-государственного партнерства позволяют продуктивно сотрудничать с религиозными организациями. Любая мировая религия содержит в своих канонах обязательную заботу о нравственном и физическом здоровье. Духовные методы являются альтернативными способами помощи. Тем не менее

это очень важный и серьезный аспект реабилитации, и духовная реабилитация направлена на восстановление высших ценностей человека — неповторимости жизни и любви, веры и терпения. Учреждения и организации системы здравоохранения имеют уникальную возможность использовать в духовно-нравственном обеспечении ментального здоровья инфраструктуры этических комитетов, расширенный мандат которых позволяет не только прогнозировать и предупреждать конфликтные ситуации, проводить медиацию, но и санировать моральный климат коллектива в рамках системного мониторинга ментального здоровья.

В настоящее время российское общество переживает духовно-нравственный кризис. Сложившееся положение является отражением перемен, произошедших в общественном сознании и государственной политике. Сведенными к минимуму оказались духовно-нравственные обучающие и воспитательные функции действующей системы образования. Следствием этого стало то, что совокупность ценностных установок, присущих массовому сознанию (в том числе молодежному), во многом деструктивна и разрушительна с точки зрения развития личности, семьи и государства. Самая большая опасность, подстерегающая наше общество сегодня, — не в развале экономики, не в смене политической системы, а в разрушении личности. У молодого поколения утрачен главный фактор развития — воспитание духа. Материальные ценности доминируют над духовными, поэтому искажены представления о доброте, милосердии, великодушии, справедливости, гражданственности и патриотизме. Высокий уровень преступности вызван общим ростом агрессивности и жестокости в обществе. Продолжается разрушение института семьи: формируются внесупружеские, антиродительские и антисемейные установки. Постепенно утрачиваются формы коллективной деятельности. Практически разрушена эффективно работавшая в советское время стройная система духовно-нравственного воспитания в школах и вузах.

В системе высшего образования происходит ориентация образования на рынок труда. Приоритетной тенденцией в реформировании современного университетского образования является профессиональная направленность, но содержание образования не может исчерпываться лишь профессиональной подготовкой.

Во многом именно сегодня эти риски становятся всё более и более реальными. В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению в высших учебных заведениях количества студентов с пониженным уровнем общей, нравственной и поведенческой культуры. В процессе жизнедеятельности человек осваивает три сферы: духовную, социальную и мир природы. Содержание современного университетского образования, регулируемое федеральными стандартами, включает только изучение социальной сферы и мира природы. Духовное содержание человека, к сожалению, слабо отражено в содержании образовательных стандартов.

Профессиональная подготовка должна обязательно дополняться *духовно-нравственным воспитанием как инструментом обретения человеком смысла жизни*.

В университетах России в течение последних 15 лет ведется поиск путей создания системы духовно-нравственного воспитания студенческой молодежи на основе ценностей православной культуры. Именно системы, а не единичных попыток.

В университетах изучаются такие дисциплины, как «*Основы и ценности православия*», «*Православная педагогика*», «*Православная культура*», «*Риторика*», «*Православная психология*», «*Православие и русская литература*» и другие, открываются *университетские храмы*. Научно-методическому обеспечению работы по духовно-нравственному воспитанию студентов вузов способствуют систематически проводимые семинары, круглые столы, совещания и конференции по проблемам формирования основ духовности и нравственности у будущих специалистов. Традиционными стали фестивали славянской культуры и письменности, художественные выставки, научно-педагогические чтения: «*Знаменские*», «*Покровские*», «*Рождественские*», «*Глинские*» и другие, научные форумы духовной направленности и научно-богословские конференции.

Духовно-нравственному становлению и развитию студенчества содействует многообразие форм и содержания внеучебной деятельности. Систематически проходят тематические кураторские часы духовно-нравственной направленности. Традиционными стали праздники «*Рождественский бал*», «*День святой мученицы Татьяны*», «*День православной молодежи*», День памяти святого. Неотъемлемой формой духовно-нравственного воспитания студентов являются экскурсии по святым местам, в кафедральные соборы, монастыри. Регулярными во многих вузах становятся архиерейские встречи.

Опыт ведущих университетов России свидетельствует о возрождении православных традиций в университетском образовании. Именно духовно-нравственное воспитание студенческой молодежи на ценностях Православия создает благоприятные предпосылки для формирования высококвалифицированного специалиста.

Северный государственный медицинский университет, например, имеет большой опыт работы по православному обучению на начальных православных богословских курсах (с 2000 г.), на курсах «*Патронажная сестра милосердия*» (2002), организовано Общество православных врачей (2003), проводятся конференции с участием представителей православной церкви. Многолетний конструктивный опыт сотрудничества СГМУ с Архангельской митрополией показал необходимость преобразования сложившихся взаимоотношений в более весомую организационно-функциональную структуру в виде **общественного факультета ментального здоровья** (2011), который на современном этапе развития российского образования

может занять уникальную нишу, сформированную еще в СССР «*факультетами общественных профессий*».

Модернизация страны в принципе невозможна без высокого качества ментального здоровья, обеспечиваемого в том числе и новыми формами государственно-общественного партнерства. Полимодалные ресурсы и технологии ментальной превентологии позволяют в защите ментального здоровья обеспечивать интеграцию здорового образа и нравственного смысла жизни, формирующих и укрепляющих Духовный иммунитет нации.

Список литературы

1. *Арнольд В. И.* Теория катастроф. 4-е изд. М.: Едиториал УРСС, 2004. 128 с.
2. *Выготский Л. С.* Психология искусства. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. 480 с.
3. *Маруняк С. В.* Синергетические механизмы ментального резильянса у лиц экстремальных профессий. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2011. 132 с.
4. *Нехорошева И. В.* Уровень счастья людей с различной нравственной направленностью // Вопросы психологии. 2013. № 3. С. 22–31.
5. *Оганесян Н. Ю., Ильина Д. В.* Танцевальная психотерапия больных психосоматическими заболеваниями // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 2010. Т. 17, № 2 (прил.). С. 101–102.
6. *Сидоров П. И.* Наркологическая превентология. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 820 с.
7. *Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Маруняк С. В.* Психология катастроф. М.: Аспект-Пресс, 2008. 415 с.
8. *Сидоров П. И., Дерягин Г. Б., Коноплева И. А.* Сексуальный менеджмент. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2009. 488 с.
9. *Уманский С. В.* Прощенья ложь или искренности мечь // Психотерапия. 2014. № 3 (135). С. 40–45.
10. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 367 с.
11. *Чуличков А. И.* Теория катастроф и развитие мира // Наука и жизнь. 2001. № 6. С. 28–35.
12. *Ясперс К.* Смысл и назначение истории: пер. с нем. М.: Политиздат, 1991. 527 с.
13. *Aberg M. et al.* Cardiovascular fitness in males at age 19 and risk of serious depression in adulthood: Swedish prospective population-based study // US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2012. N 201(5). P. 352–359.
14. *Alexander S.* Women wake up grumpier than men because they need more sleep // The Telegraph. 12.03. 2012.
15. *Anthony E. J.* Risk, vulnerability, and resilience: An overview. In: E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.). The invulnerable child. New York: Guilford Press, 1987. P. 3–48.
16. *Bach-y-Rita P., Danilov Y. P., Tyler M. E. et al.* Late human brain plasticity: vestibular substitution with a tongue Brain Port human-machine interface // Intellectica. 2005. N 40. P. 115–122.
17. *Bonanno G. A., Galea S., Bucchiarelli A., & Vlahov D.* What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007. Vol. 75 (5). P. 671–682.
18. *Cicchetti D. & Rogosch, F. A.* The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated

children // *Development and Psychopathology*. 1997. Vol. 9 (4). P. 799–817.

19. Davidson R. J. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55. P. 1196–1214.

20. Erkkila J., Punkanen M., Fachner J. et al. Individual music therapy for depression: randomized controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. (199). P. 132–139.

21. Evans R. W., Couch R. Orgasm and migraine // *The Journal of Head and Face Pain*. 2001. Vol. 41 (5). P. 512–514.

22. Garmezy N. & Streitman S. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part 1. Conceptual models and research methods // *Schizophrenia Bulletin*. 1974. Vol. 8. P. 14–90.

23. Geddes L. Disrupted body clock may prime you for schizophrenia // *New Scientist*. 19.01.2012.

24. Gleser G. G., Green B. L. & Winget C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York : Academic, cited in Masten, et al., 1990.

25. Greco R., Tassorelli C., Mangione S. et al. Effect of sex and estrogens on neuronal activation in an animal model of migraine // US National library of medicine National Institutes of Health; IRCCS National Neurological Institute C.; Mondino Foundation and University of Pavia. 02.2013.

26. Gray S. R., Gabriel B., Gray P. et al. High-intensity exercise attenuates postprandial lipaemia and markers of oxidative stress // *Clinical science*. 2012. Vol. 123, N 5. P. 313–321.

27. Hoffman H. G., Richards T., Coda B. et al. The Illusion of Presence in Immersive Virtual Reality during an fMRI Brain Scan // *Cyberpsychology & Behavior*. 2003. Vol. 6, N 2.

28. Holmes D. Music therapy's breakthrough act // *The Lancet*. 2012. Vol. 11. Iss. 6. P. 486–487.

29. Houston S. et al. Dancing ballet 'can relieve Parkinson's symptoms' // *The Telegraph*. 04.06.2011.

30. <http://www.wilderdom.com> (дата обращения: 10.09.2013)

31. Johnson A. A. Want better grades? Go to church // *Christianity Today*. 2002. 46(6). Retrieved from <http://www.christianitytoday.com/ct/2002/may21/8.60.html>

32. Leadbeater B., Dodgen D. & Solarz A. The resilience revolution: A paradigm shift for research and policy. In: R. D. Peters, B. Leadbeater & R. J. McMahon (Eds.). *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy*. New York : Kluwer, 2005. P. 47–63.

33. Lee I.-M., Shiroma E. J., Lobelo F. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy // *The Lancet*. 2012. Vol. 380. Iss. 9838. P. 219–229.

34. Leuner B., Glasper E. R., Gould E. Sexual experience promotes adult neurogenesis in the hippocampus despite an initial elevation in stress hormones // *PLoS ONE*. 14.07.2010.

35. Leproult R. I., Canter V. E. Effect of 1 week of sleep restriction on testosterone levels in young healthy men // *The Journal of the American Medical Association*. 2011. Vol. 305(21). P. 2173.

36. Levitin D. J. This is your brain on Music // *Dutton Penguin*. 2006. 206 p.

37. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // *Child Development*. 2000. Vol. 71 (3). P. 543–562.

38. Macrae F. Taking your brain for a walk // *The New York Times*. 07.02.2011.

39. Masten A. S. Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental

psychopathology. In: D. Cicchetti (Ed.). *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1. P. 261–294). Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1989.

40. Masten A. S., Best K. M., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity // *Development and Psychopathology*. 1990. Vol. 2. P. 425–444.

41. Masten A. S. Ordinary Magic: Lessons from research on resilience in human development // *Education Canada*. 2009. Vol. 49 (3). P. 28–32.

42. Möller-Levet C. S., Archer S. N., Bucca G. et al. Effects of insufficient sleep on circadian rhythmicity and expression amplitude of the human blood transcriptome // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 23.01.13.

43. Murray P. S., Groves J. L., Pettett B. J. et al. Locus coeruleus galanin expression is enhanced after exercise in rats selectively bred for high capacity for aerobic activity // *Peptides*. 2010. Vol. 31, N 12. P. 2264–2268.

44. Ong A. D., Bergeman C. S., Bisconti T. L. et al. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life // *Journal of personality and social psychology*. 2006. Vol. 91(4). P. 730–749.

45. Rutter M. Developing concepts in developmental psychopathology. In: J. J. Hudziak (Ed.). *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. New York : American Psychiatric Publications, 2008. P. 3–22.

46. Schlaug G., Avanzim G. et al. The neurosciences and Music II: From Perception to Performance pages // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2005. Vol. 1060. P. 219–230.

47. Suarez-Orozco C., Rhodes J., Milburn M. Unraveling the immigrant paradox. Academic engagement and disengagement among recently arrived immigrant youth, 2009.

48. Swinnen S., Miller G. Music Builds Briges in the Brain // *J. Science NOW*. 16.04.2008.

49. Uchiyama M., Jin X., Zhang Q. et al. Auditory stimulation of opera music induced prolongation of murine cardiac allograft survival and maintained generation of regulatory CD4+ CD25+ cells // *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 23.03.2012.

50. Ungar M. A. Resilience across cultures // *British Journal of Social Work*. 2008. Vol. 38 (2). P. 218–235.

51. Walley A. J., Asher J. E., Froguel P. The genetic contribution to non-syndromic human obesity // *Nature Reviews Genetics*. 2009. Vol. 10, N 7. P. 431–442.

52. Watson L. Even low levels of stress puts you 'more at risk of dying from a heart attack or stroke' // *The Daily Mail*. 01.08.2012.

53. Wen C. P., Man Wai J. P., Tsai M. K. et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study // *Lancet*. 2011. Vol. 378. Iss. 9798. P. 1244–1253.

54. Werner E. E. Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. New York : McGraw-Hill New York : McGraw-Hill, 1982.

55. Werner E. E. Resilience in development // *Current Directions in Psychological Science*. 1995. Vol. 4. P. 81–85.

56. Zautra A. J., Hall J. S., Murray K. E. Resilience: A new definition of health for people and communities // *Handbook of Adult Resilience*. New York : Guilford Press, 2010. P. 3–34.

References

1. Arnold V. I. *Teoriya katastrof* [Catastrophe Theory]. Moscow, Editorial URSS Publ., 2004, 128 p.

2. Vygotskii L. S. *Psikhologiya iskusstva* [Art Psychology]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 1998, 480 p.
3. Marunyak S. V. *Sinergeticheskie mekhanizmy mental'nogo rezil'yansa u lits ekstremal'nykh professii* [Synergic mechanisms of mental resilience in persons of extreme occupations]. Arkhangelsk, 2011, 132 p.
4. Nekhorosheva I. V. Level of happiness of persons with different moral orientation. *Voprosy psikhologii*. 2013, 3, pp. 22-31. [in Russian]
5. Oganessian N. Yu., Il'ina D. V. Dance psychotherapy of patients with psychosomatic diseases. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I. P. Pavlova* [Proceedings of Saint-Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov]. 2010, 17 (2, iss.), pp. 101-102. [in Russian]
6. Sidorov P. I. *Narkologicheskaya preventologiya* [Narcological Preventology]. Moscow, MEDpress-inform, 2006, 820 p.
7. Sidorov P. I., Mosyagin I. G., Marunyak S. V. *Psikhologiya katastrof* [Emergency Psychology]. Moscow, Aspekt-Press, 2008, 415 p.
8. Sidorov P. I., Deryagin G. B., Konopleva I. A. *Seksual'nyi menedzhment* [Sexual Management]. Arkhangelsk, 2009, 488 p.
9. Umanskii S. V. Forgiveness lie or sincerity revenge. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2014, 3 (135), pp. 40-45. [in Russian]
10. Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla* [Human in sense search]. Moscow, Progress Publ., 1990, 367 p.
11. Chulichkov A. I. Catastrophe Theory and World Development. *Nauka i zhizn'* [Science and Life]. 2001, 6, pp. 28-35. [in Russian]
12. Yaspers K. *Smysl i naznachenie istorii* [Sense and Purpose of History]. Moscow, Politizdat, 1991, 527 p.
13. Aberg M. et al. Cardiovascular fitness in males at age 19 and risk of serious depression in adulthood: Swedish prospective population-based study. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. 2012, 201(5), pp. 352-359.
14. Alexander S. Women wake up grumpier than men because they need more sleep. *The Telegraph*. 12.03. 2012.
15. Anthony E. J. Risk, vulnerability, and resilience: An overview. In: E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.). *The invulnerable child*. New York, Guilford Press, 1987, pp. 3-48.
16. Bach-y-Rita P., Danilov Y. P., Tyler M. E. et al. Late human brain plasticity: vestibular substitution with a tongue Brain Port human-machine interface. *Intellectica*. 2005, 40, pp. 115-122.
17. Bonanno G. A. Galea S., Bucchiarelli A., & Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007, 75 (5), pp. 671-682.
18. Cicchetti D. & Rogosch, F. A. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*. 1997, 9(4), pp. 799-817.
19. Davidson R. J. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*. 2000, 55, pp. 1196-1214.
20. Erkkila J., Punkanen M., Fachner J. et al. Individual music therapy for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2011, 1 (199), pp. 132-139.
21. Evans R. W., Couch R. Orgazm and migraine. *The Journal of Head and Face Pain*. 2001, 41(5), pp. 512-514.
22. Garmezy N. & Streitman S. Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part 1. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*. 1974, 8, pp. 14-90.
23. Geddes L. Disrupted body clock may prime you for schizophrenia. *New Scientist*. 19.01.2012.
24. Gleser G. G., Green B. L. & Winget C. *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York, Academic, cited in Masten, et al., 1990.
25. Greco R., Tassorelli C., Mangione S. et al. Effect of sex and estrogens on neuronal activation in an animal model of migraine. *US National Library of Medicine National Institutes of Health; IRCCS National Neurological Institute C.; Mondino Foundation and University of Pavia*. 02.2013.
26. Gray S. R., Gabriel B., Gray Pet al. High-intensity exercise attenuates postprandial lipaemia and markers of oxidative stress. *Clinical science*. 2012, 123 (5), pp. 313-321.
27. Hoffman H. G., Richards T., Coda B. et al. The Illusion of Presence in Immersive Virtual Reality during an fMRI Brain Scan. *Cyberpsychology & Behavior*. 2003, 6 (2).
28. Holmes D. Music therapy's breakthrough act. *The Lancet*. 2012, 11, iss. 6, pp. 486-487.
29. Houston S. et al. Dancing ballet 'can relieve Parkinson's symptoms'. *The Telegraph*. 04.06.2011.
30. <http://www.wilderdom.com> (accessed 10.09.2013)
31. Johnson A. A. Want better grades? Go to church. *Christianity Today*. 2002. 46(6). Retrieved from <http://www.christianitytoday.com/ct/2002/may21/8.60.html>
32. Leadbeater B., Dodgen D. & Solarz A. The resilience revolution: A paradigm shift for research and policy. In: R. D. Peters, B. Leadbeater & R. J. McMahon (Eds.). *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy*. New York, Kluwer, 2005, pp. 47-63.
33. Lee I-M., Shiroma E. J., Lobelo F. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012, 380, iss. 9838, pp. 219-229.
34. Leuner B., Glasper E. R., Gould E. Sexual experience promotes adult neurogenesis in the hippocampus despite an initial elevation in stress hormones. *PLoS ONE*. 14.07.2010.
35. Leproult R. I., Canter V. E. Effect of 1 week of sleep restriction on testosterone levels in young healthy men. *The Journal of the American Medical Association*. 2011, 305 (21), p. 2173.
36. Levitin D. J. This is your brain on Music. *Dutton Penguin*. 2006. 206 p.
37. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000, 71 (3), pp. 543-562.
38. Macrae F. Taking your brain for a walk. *The New York Times*. 07.02.2011.
39. Masten A. S. Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In: D. Cicchetti (Ed.). *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261-294). Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1989.
40. Masten A. S., Best K. M., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990, 2, pp. 425-444.
41. Masten A. S. Ordinary Magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*. 2009, 49 (3), pp. 28-32.
42. Möller-Levet C. S., Archer S. N., Bucca G. et al. Effects of insufficient sleep on circadian rhythmicity and expression

amplitude of the human blood transcriptome. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 23.01.13.

43. Murray P. S., Groves J. L., Pettett B. J. et al. Locus coeruleus galanin expression is enhanced after exercise in rats selectively bred for high capacity for aerobic activity. *Peptides*. 2010, 31 (12), pp. 2264-2268.

44. Ong A. D., Bergeman C. S., Bisconti T. L. et al. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*. 2006, 91(4), pp. 730-749.

45. Rutter M. Developing concepts in developmental psychopathology. In: J. J. Hudziak (Ed.). *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. New York, American Psychiatric Publications, 2008, pp. 3-22.

46. Schlaug G., Avanzim G. et al. The neurosciences and Music II: From Perception to Performance pages. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2005, 1060, pp. 219-230.

47. Suarez-Orozco C., Rhodes J., Milburn M. Unraveling the immigrant paradox. Academic engagement and disengagement among recently arrived immigrant youth, 2009.

48. Swinnen S., Miller G. Music Builds Briges in the Brain. *J. Science NOW*. 16.04.2008.

49. Uchiyama M., Jin X., Zhang Q. et al. Auditory stimulation of opera music induced prolongation of murine cardiac allograft survival and maintained generation of regulatory CD4+ CD25+ cells. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 23.03.2012.

50. Ungar M. A. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*. 2008, 38 (2), pp. 218-235.

51. Walley A. J., Asher J. E., Froguel P. The genetic contribution to non-syndromic human obesity. *Nature Reviews Genetics*. 2009, 10 (7), pp. 431-442.

52. Watson L. Even low levels of stress puts you 'more at risk of dying from a heart attack or stroke. *The Daily Mail*. 01.08.2012.

53. Wen C. P., Man Wai J. P., Tsai M. K. et al. Minimum

amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*. 2011, 378, iss. 9798, pp. 1244-1253.

54. Werner E. E. *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York. McGraw-Hill New York, McGraw-Hill, 1982.

55. Werner E. E. Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*. 1995, 4, pp. 81-85.

56. Zautra A. J., Hall J. S., Murray K. E. Resilience: A new definition of health for people and communities. *Handbook of Adult Resilience*. New York, Guilford Press, 2010, pp. 3-34.

RESOURCES AND LINES OF MENTAL PREVENTOLOGY

P. I. Sidorov

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

An overriding mental preventology mission in a healthy lifestyle integration and moral purpose of life has been justified in the article. The following instruments and factors of mental resilience were accentuated: neuroplasticity and spirituality, music and signing therapy, dance therapy and physical therapy, somnology and sexual management. A polymodal formula for happiness and multiple logistics of the destiny path abbreviated to SINAPS have been suggested. Major lines of mental preventology have been systematized.

Keywords: mental preventology, mental resilience, neuroplasticity, a formula for happiness, destiny path, spiritual immunity

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com