

Рекомендовано для использования в психологическом обеспечении учебного процесса редакционно - издательским советом Уральского института МЧС от 06.05.2009, протокол № 6

Экспресс – диагностика синдрома дезадаптации методом **РОФЭС®**

(учебно - методическое пособие для пользователей комплексов «РОФЭС»)

Рецензенты :

И.Е. Оранский д.м.н., член-корр. АЕН РФ, профессор, Заслуженный деятель науки РФ
П.В.Нефедов д.м.н., зав кафедрой гигиены и экологии Кубанского Государственного медицинского университета, профессор, Заслуженный работник здравоохранения РФ
Н.М. Барбин д.т.н., зав кафедры физики Уральского института ГПС МЧС России
К.Ю. Ретюнский д.м.н. проф., зав. кафедры психиатрии Уральской государственной медицинской академии

Комплекс «РОФЭС» относится к разделу:

Функциональная диагностика. Раздел А Код 05.01.001. Наименование услуги "Регистрация электрической активности в точках акупунктуры" в соответствии с "Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении" (актуализированный вариант от 2007 г.) и отраслевого классификатора "Простые медицинские услуги" (ОСТ 91500.09.0001-2001), утвержденного Приказом МЗ РФ от 10.04.2001 г. № 113.

Учебно – методическое пособие предназначено для специалистов различных областей, использующих комплексы «РОФЭС» в своей профессиональной деятельности.

Сведения об авторах :

Г.В. Талалаева – д.м.н., член Российской Академии Естественных наук, член Ядерного Общества России, Ведущий научный сотрудник Отдела континентальной радиоэкологии Института экологии растений и животных УрО РАН, профессор кафедры социологии и социальных технологий управления УГТУ - УПИ.

А.И. Корнюхин – к.б.н., психофизиолог, руководитель разработки системы РОФЭС®.

И.Г. Лаврик – Главный детский дерматолог города Екатеринбурга.

Н.С. Альтман – к. м. н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии с курсом рефлексотерапии УГМА,

© Авторы 2010 г.

г. Екатеринбург
2010 год

Содержание

1. Аннотация	5
2. Актуальность темы	6
3. Введение	9
<i>Два фундаментальных подхода к анализу иерархических структур личности</i>	9
4. Восточно-философская концепция	12
5. Меридиональная система – как «энергетический каркас» человека	15
6. Спектральный анализ меридиональной системы - как элемент Западного подхода в анализе функционирования структур личности	19
7. Основные правила энергетического функционирования меридиональной системы по концепции У-син	23
7.1. Правило "5-ти первоэлементов"	23
7.2. Правило "мать – сын"	24
7.3. Правило "муж – жена"	24
7.4. Правило "полдень – полночь"	25
7.5. Правило "шести первоэлементов" (объёмное изображение)	25
8. Методы аппаратной акупунктурной рефлексодиагностики	27
9. Описание метода рофэс-диагностика	29
9.1. Физический принцип	
9.2. Корпоральная и Су-джок методики	31
9.3. Терминология «рофэс-диагностики».	33
9.4. Критерии отклонений диагностических значений по ветвям меридианов в процентах от средних линий	
9.5. Топология БАТ измеряемых меридианов	35
9.5.1. Корпоральная методика	
9.5.2. Су-Джок методика	
10. Анализ рофограмм (общие положения)	39
11. Клинические аспекты «рофэс-диагностики»	41
11.1. Клиническая интерпретация состояния меридианов. Центростремительная Направленность.	
11.2. Клиническая интерпретация состояния меридианов. Центробежная направленность.	
11.3. Клинические варианты при многофакторной диагностике меридианов	52
11.4. Признак эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей.	
11.5. Особенности клинической интерпретации при диагностике по разным методикам	57
12. Психологический аспект «рофэс-диагностики»	58
12.1. Литературный обзор по вопросу морфо-анатомического подтверждения	

связи физиологических структур организма с генерируемыми им психическими функциями

12.2. Введение в структуру «интегральной индивидуальности человека»

дополнительного связующего элемента - меридиональной системы

12.3. Обоснование механизма возникновения связей между системой

индивидуальных свойств организма и системой индивидуальных психических свойств личности в структуре интегральной индивидуальности человека.

12.4. Экспертная оценка диагностики меридианов в психологическом аспекте по методу «рофэс-диагностика». 67

13. Интегральные характеристики адаптабельности в «рофэс-диагностике» 73

14. Психофизиологическая диагностика суицидального настроения 75

15. Психофизиологическая диагностика синдрома минимальных мозговых дисфункций (ММД) 77

16. Диагностика фрустрированного состояния – как профилактика зависимостей в молодёжной среде 80

17. Специфика диагностических результатов различных групп населения 83

18. Оценка адаптации к условиям мирной жизни участников антитеррористической операции на Северном Кавказе, как оценка эффективности социальной адаптации 86

19. Мониторинг адаптабельности и стрессоустойчивости на этапе 89

профессиональной подготовки студентов и курсантов ВУЗов

20. Заключение 100

21. ВЕРТЕБРОЛОГИЯ Анализ функционального состояния позвоночного столба (вертеброграмм) в «рофэс-диагностике» 101

106

Приложение 1

Сравнительные данные по результатам диагностики с использованием «РОФЭС» и общепринятым диагностическим методам

Приложение 2.

Статьи по тематике применения комплекса «РОФЭС» в различных областях медицины и психологии 107

Приложение 3.

Краткая характеристика меридианов и их функций 119

Список литературы и авторских публикаций по методу «РОФЭС-диагностики» 137

1. Аннотация

Предлагаемый метод экспресс-диагностики на аппаратно-программном комплексе электропунктурной диагностики функционального состояния организма «РОФЭС®» (Регистратор оценки функционально-эмоционального состояния) ориентирован на выявление дезадаптационного синдрома и позволяет комплексно оценить степень напряжения адаптационных процессов, количественно и качественно охарактеризовать варианты адаптационных нарушений, интерпретировать в терминах клинической медицины и психологии характер выявленных изменений.

Описанные методические рекомендации предназначены для врачей различных специальностей, психологов и валеологов.

Могут быть использованы для экспресс-диагностики в больницах, поликлиниках, реабилитационных центрах, санаториях и профилакториях, а также в практике семейных врачей и врачей рефлексотерапевтов.

Кроме того, могут быть использованы в учебных заведениях для объективизации влияния нагрузок учебно-воспитательного процесса на психофизиологическое состояние учащихся.

Быстрота и информативность метода «рофэс-диагностики» позволяет использовать его при массовых обследованиях.

Психологические службы предприятий и учреждений с его помощью могут:

- наблюдать функционально-эмоциональные состояния работников для определения степени их нервной усталости, профилактики психологических срывов, определения степени риска перед выполнением ответственного задания (допуск-контроль);
- получать заключение о профпригодности к работе, связанной с повышенными затратами нервно-психической энергии, риском, высокой ответственностью (профпригодность, допуск-контроль);
- определять психологическую совместимость в команде (спортивной, профессиональной), бригаде;
- при скрининг-осмотрах выявлять лиц, склонных к асоциальному типу поведения (суицидам, наркомании) и нуждающихся в своевременной медико-психологической помощи.

Для системы здравоохранения метод перспективен также тем, что создает предпосылки и информационно-программную базу для развития нового направления медицинской деятельности - телемедицины, т.е. позволяет с привлечением существующих современных средств телекоммуникации оперативно создать дистанционную службу медико-психологической помощи и приблизить медико-психологическую диагностику и консультирование к пациентам.

2. Актуальность темы

Адаптация человека к условиям жизни и профессиональной деятельности всегда привлекала внимания врачей и психологов. Однако до сих пор теоретические и практические разработки по указанной теме носили прикладной характер, осуществлялись в рамках спортивной, космической медицины и программ определения профпригодности человека к той или иной деятельности.

В настоящее время ситуация резко изменилась. Актуальность вопросов адаптации человека к реальным условиям существования резко возросла. Вопросы экспресс-диагностики напряженности адаптационных процессов, количественной оценки эффективности психофизиологической адаптации к требованиям, предъявляемым окружающей средой, стали волновать как медиков - клиницистов разных специальностей, так педагогов и психологов.

Как справедливо отмечается в одной из работ, выполненной в Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (И.Н.Мороз,1997), социально-психологическая ситуация последних лет привела к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, явились коллективной травмой, естественной "экспериментальной моделью" социально-стрессовых расстройств (ССР), которые впервые выделены и описаны Ю.А.Александровским в 1995 году.

Эти расстройства в настоящее время стали особо значимыми, т.к. их развитие определено прежде всего особенностями современной жизни крупных городов, типом жизни в развитых странах, чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на человека, экологическими катастрофами. Социально-стрессовые расстройства отличаются массовый характер, общность социально обусловленных причин и динамика клинических проявлений (среди которых в первый период преобладают неспецифические субдепрессивные, астенические и вегетативные расстройства, а в последующем - социально формируемые расстройства личности и поведения).

В этом плане особой группой риска развития ССР являются жители регионов, переживших стихийные бедствия, экологические и техногенные катастрофы, а также участники спасательных и восстановительных работ при чрезвычайных ситуациях. Последние годы показано, что шлейф ССР распространяется и на семейные отношения, определяет тип воспитания детей в семье, создает предпосылки для формирования у детей дезадаптивного поведения и возникновения пограничных психических нарушений.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра, принятая Всемирной Организацией здравоохранения, отдельной строкой выделяет диагноз "хроническое изменение личности после переживания катастрофы" и следующим образом очерчивает типичные для этого состояния черты:

- а) враждебное или недоверчивое отношение к миру,
- б) социальная отгороженность,
- в) ощущение опустошенности и безнадежности,
- г) хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существование "на грани",

д) отчужденность".

В последние годы индивидуальное нарушение психофизиологических механизмов адаптации приобрело колоссальное значение в трансформации соматических заболеваний, оно стало одним из ведущих механизмов хронизации и прогредиентного течения сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и др. видов патологии, превратилось в основной фактор риска внезапной смерти (А.Б.Смулевия, 1994; А.М.Вейн, А.Д.Соловьева, 1994; В.Н.Швалев, 1994; С.В.Уманский, В.А.Дюльдин, 1998).

Несмотря на широкую распространенность, социально-стрессовые расстройства часто не диагностируются врачами и остаются вне поля зрения специалистов, могущих оказать психологическую помощь и поддержку (психолога, педагога, социального работника). Вместе с тем, у лиц (взрослых и детей), переживших экологическую катастрофу и живущих на техногенно загрязненных территориях, психические нарушения встречаются по данным разных авторов в 63-97,5%.

На сегодня известно, что общая заболеваемость в экологически неблагополучных регионах в 1,5-5 раз выше, чем в относительно чистых, и указанная разница значительно увеличивается при внимательном обследовании пациентов и целенаправленном выявлении хронической, торпидно скрыто текущей патологии. В этом плане интересны результаты работ пермских исследователей Н.В.Зайцевой, Н.И.Аверьяновой, И.П.Корюкиной (1997). Авторы установили, что при беглом обследовании в амбулаторных условиях у детей из экологически неблагополучных регионов обнаруживается 1-3, реже 4-5 диагнозов. В среднем по 2,17 диагноза на одного ребенка. При углубленном обследовании в санатории на уровне общепринятых в клинической практике правилах обследования на одного ребенка приходится уже по 5,52 диагноза. У 82% детей обнаруживается по 4-7 заболеваний. При третьем уровне диагностики, когда фиксируются пограничные психические расстройства, признаки астенического синдрома, вегетативной дистонии, иммунологической недостаточности, среднее количество диагнозов увеличивается до 10,46.

Таким образом, существует настоятельная необходимость внедрения в практику лечебно-оздоровительных, социально-реабилитационных и образовательных учреждений портативных методов оценки психофизиологического состояния человека и степени напряжения его адаптационных механизмов.

В настоящее время предложено немало комплексных показателей адаптированности человека, однако, большинство из них опираются на значения показателей, относящихся к одной или нескольким системам организма, и не сопровождаются привычной для практического врача конкретной клинической интерпретацией.

Например, Н.Н.Василевский (1978) выделил три группы лиц - с низким, средним и высоким резервом адаптационного реагирования на основе определения показателей пластичности, устойчивости процессов адаптации и работоспособности.

К сожалению, примененные автором методики достаточно сложны. Пластичность определялась по данным электроэнцефалографии при исследовании с обратной связью. Устойчивость определялась по реакции электроэнцефалограмм на стрессовые ситуации, работоспособность - по скорости сенсорных рефлекторных реакций.

В.Н.Смирнов, Т.Н. Резникова, Ю.М.Губачев, В.М.Дорничев (1989) исследуя мозговые механизмы психофизиологических состояний, убедительно показали тесную

взаимосвязь между особенностями эмоционального состояния человека (чувством тревоги, страха, депрессии) и сопутствующей этому состоянию нейрохимической картине и вариантом гемодинамики.

Так, для истерии характерно растормаживание подкорковых вегетативных структур, синхронизация альфа-ритма передних областей коры со вспышками биматеральной активности альфа-ритма по данным электроэнцефалографии, активация норадреналина, повышенное содержание 11-оксикортикостероидов, активация симпатического звена вегетативной нервной системы и гиперкинетический тип кровообращения.

Для лиц, жалующихся на постоянные страхи, фобии, навязчивые состояния типична патологическая инерность застойных очагов (патологически инертного возбуждения или торможения), характерных для пассивно-оборонительного поведения, на электроэнцефалограмме доминирует быстрая активность, в нейрохимической картине преобладает активация серотонинэргических структур в сочетании с повышением уровня адреналина, отмечается гипокинетический тип кровообращения и усиление трофотропных влияний вегетативной нервной системы.

Клинические признаки астении, как правило, сочетаются с быстрой истощаемостью нервного возбуждения и одновременно патологической подвижностью, взрывчатостью раздражительного процесса, на электроэнцефалограмме в данном случае доминируют медленные тета- и дельта-волны, нерегулярность и недостаточность альфа-ритма, в нейрохимической картине - гиперактивность щитовидной железы, в показателях гемодинамики - эукинетический тип кровообращения, в нарушении самочувствия - жалобы на нарушение работы сердца, головные боли, головокружение.

Р.М. Баевский (1978, 1979), считая, что ваготропный тип реакции сердечно-сосудистой системы указывает на высокую приспособляемость, а симпатотропный - на низкий, и используя компьютерную обработку электрокардиографии, выделил 4 группы лиц: с удовлетворительной адаптацией, с напряжением механизмов адаптации, с неудовлетворительной адаптацией, со срывом адаптации. Для оперативной оценки состояния организма автором использовались методы математического анализа сердечного ритма, сейсмо-, баллистокardiографии, исследование содержания натрия в слюне.

Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина, М.А.Уколова (1975) для оценки адаптационных реакций человека применяют комплексный показатель, включающий в себя характеристику функционального состояния коры головного мозга, гипофиза, щитовидной железы, тимуса, надпочечников, половых желез, уровня энергетического и белкового обмена веществ, наличие кровоизлияний в кишечнике, форменный состав элементов крови и соотношение между собой лимфоцитов и сегментоядерных лейкоцитов.

Н.А.Агаджанян (1978) считает, что при всем многообразии адаптационных сдвигов все же в организме имеется единый универсальный принцип ответной реакции, основанной на достаточно константных уровнях метаболизма тканей.

Предлагаемый метод экспресс-диагностики психофизиологического состояния человека является интегральной оценкой адаптоспособности обследуемого: он включает в себя комплексную патофизиологическую характеристику и предварительный клинический диагноз, предусматривает описание соматического статуса и психоэмоциональной компоненты.

3. Введение.

Два фундаментальных подхода к анализу иерархических структур личности

Конец XX, начало XXI веков характеризуются стремлением научных кругов к целостному (холистическому), интегральному, междисциплинарному исследованию человека и способов взаимоотношений его со средой. Комплексные программы исследований, объединяя усилия специалистов в разных областях медицины, психологии, философии и других естественных, гуманитарных и прикладных науках, стали выступать органичной частью обширных проектов, направленных на целостное изучение человека в системе его отношений с окружающим миром. «...Решение любой практической задачи, касающейся человека, только тогда будет наиболее точным и полным, когда мы учитываем всё многообразие условий, определяющих деятельность человека, а, следовательно, и многообразие тех индивидуальных свойств различного иерархического уровня, от которых зависит эта деятельность.» (Мерлин В.С. 1986)

Такая ориентация в плане взаимосвязи, как отдельных наук, так и выделившихся внутри них областей требует поиска принципов синтеза знаний, соотнесения новых понятий с уже существующими, уточнения значений терминов, перенесенных из одних областей науки в другие, адаптации понятийных аппаратов различных концепций и научных направлений.

Прослеживается тенденция интегрирования не только пограничных наук, но и мировоззрений. Западный практицизм находит ответы многих неразрешимых задач, вставая на точку зрения Восточно-философского подхода. Аналогично, ортодоксальные "Восточники" получают подтверждение своего миропонимания через эмпирически подтвержденные гипотезы Западных практиков. Синтез этих двух огромных пластов знаний даёт, на наш взгляд, рост новому мировоззренческому направлению многоуровневого, системного подхода в изучении человека и способах взаимоотношений его со средой.

Начиная любую практическую деятельность, каждый человек должен отдавать себе отчет в том, на каком теоретическом фундаменте она выстроена. Коснёмся, в частности, медицины и психологии. В принципе, таких фундаментов может быть два. Это западная традиция, в которой человек рассматривается как набор элементов, ведущих постоянную борьбу за выживание в окружающей среде и восточная, где человек это многоуровневая система взаимообуславливающих структур не противопоставляемая природе, а непосредственно с ней отождествляемая.

В медицине западный подход привел к специализации. Человека словно разделили на множество составных частей. В практической медицине известно свыше 60 тысяч синдромов и нозологических форм (МКБ 10). Прогрессивная по своей сути специализация врачей привела, однако, к неизбежному сужению врачебного мышления. Многие врачи смотрят теперь на свою профессию узко: проанализировать симптомы, поставить диагноз, назначить лечение по своему направлению. Такую деятельность, основанную на механическом понимании человека, легче поставить на поток, что успешно реализуется в западной медицине. Сформировался, так называемый, локальный подход к болезни, когда не учитывается связь заболевания любого органа с общим состоянием организма. Страдающий человек становится поочередно пациентом врачей разных специальностей, каждый из которых лечит "свою болезнь", в то время как она у больного одна. Ещё Сократ указывал:

"Хорошие врачи говорят, что невозможно лечить одни глаза; необходимо в то же время лечить и голову...; равным образом не имеет смысла лечить голову, не пользуясь в то же время всего тела...". Несомненно, что узкая специализация - естественный этап развития западной традиции, и преобладание узкой врачебной специализации в спектре медицинской деятельности остаётся доминирующим фактом на данной ступени ее развития. Однако, появление института семейных врачей в последние годы, позволяет, в настоящее время, начать реализовывать в медицине системный подход к анализу возникновения заболеваний и их излечения.

В психологии наблюдалась подобная картина. Нейродинамические и психодинамические свойства в (психологической) школе Б.М. Теплова и В.Д. Небылицына изучались вне связи с направленностью личности и свойствами характера. Направленность личности и мотивы изучались в школе А.Н. Леонтьева вне связи с нейрофизиологическими и свойствами темперамента (Мерлин В.С. «Интегральная индивидуальность»).

В настоящее время, мир пришел в зависимость от условий своего существования. Главное условие здесь - это отношение "человек - природа", демонстрирующее уровень развития цивилизации. И если Запад традиционно противопоставлял человека природе, то Восток всегда подчеркивал неразрывность и взаимообусловленность этих составляющих.

Человек, мир, природа - единая система, подчиняющаяся единым законам эволюции, это - живой организм, где все взаимосвязано и взаимообусловлено. Сама возможность не только "разумного", но и гуманного человека предполагает всю полноту знаний, выработанных на протяжении человеческой истории. Это обязывает нас с особым вниманием отнестись к малоизученным восточным учениям о человеке и способах взаимоотношения его со средой. Также, нельзя судить о культуре, не имея представления о традиционной модели мира, которая лежит в ее основе и выступает как некое формообразующее начало в любом виде человеческой деятельности.

Представление о мире складывается на основе мышления. Восточное мышление принципиально отличается от Западного. Вот что писал об этом К. Г. Юнг, известный психолог, долгое время изучавший восточную традицию: "То, что мы называем случайностью, для этого своеобразного мышления является, судя по всему, главным принципом, а то, что мы превозносим, как причинность, не имеет почти никакого значения... Их, видимо, интересует сама конфигурация случайных событий в момент наблюдения, а вовсе не гипотетические причины, которые, якобы, обусловили случайность. В то время как западное мышление заботливо анализирует, взвешивает, отбирает, классифицирует, изолирует; восточная картина момента все сводит к незначительной детали, ибо все ингредиенты и составляют наблюдаемый момент... Этот принцип я называл синхронностью... и он диаметрально противоположен нашей причинности" (К.Г.Юнг. *Йога и Запад*. Львов, Инициатива, 1994).

Говоря другими словами, если западный человек модулирует мир в понятиях и формулах, то восточный - в образах. Традиционная восточная картина мира непротиворечива, ее можно охарактеризовать словами: "одно во всем, и все в одном". Единое пронизывает все вещи, это единый путь мира и каждой вещи в отдельности. Поэтому нет деления мира на человека и природу. Задача исследователя - ощутить свое единство с миром, схватить нечто в его проявленной, преходящей форме и одновременно в его вечной, истинной природе.

В заключение, для краткости формирования ссылок на западное или восточное направление анализа структур человека и способов его взаимоотношений со средой, будем давать при ссылках на учения западной парадигмы краткое название «физический анализ..., физический смысл...», а при ссылках на восточно-философскую парадигму – «метафизический анализ..., метафизический смысл...». Хотя, конечно, эти названия условны и не имеют чётких границ. Исходя из последующего изложения, можно убеждаться, что они будут часто пересекаться и взаимодополнять друг друга.

4. Восточно-философская концепция

В восточно-философской концепции на уровне единичных явлений во всем действуют две стороны, но это, не противоположности, не их борьба и единство, как принято рассматривать в западной традиции. С точки зрения восточного исследователя, одна сторона не может столкнуться с другой, так как присутствует в ней. Противоположности в то же время не являются таковыми, они следуют друг за другом, «взаимодвигают» друг друга, как солнце и луна, день и ночь и пр. Движение мира - это лишь его поверхность. Одно прибывает, другое убывает, но целое неизменно, это и есть глубинная сторона мира. Такая точка зрения прекрасно выражена в схеме-образе (см. рис. 1 «Монада»). Взаимообуславливающие и взаимопроникающие связи "создают" полную гармонию жизни.



Рис. 1

Таким образом, с позиций восточного мировоззрения человек, его тело, чувства, мышление обусловлены и находятся в неразрывной связи друг с другом. Человек рассматривается не изолированно от природы, а как ее неотъемлемая часть, как единое целое с окружающим его миром.

Согласно канонам восточной философии, человек, как и все предметы мира, подчинен действию "большого закона двойного всеобщего чередования и дополнения" - инь - ян.

Что скрывается за понятиями инь и ян?

Это две взаимодополняющие части единого целого, своего рода двойной код ЭВМ, посредством комбинаций которого можно отразить различные состояния окружающего мира, в том числе и болезни человека.

Иероглифы "инь" и "ян" уже с древности стали отражать различные явления повседневной жизни. Например иероглиф ян означал солнце, инь - луну; ян - день, инь - ночь; ян - небо, инь - землю; ян - мужчину, инь - женщину. Согласно учению инь-ян все вещи и явления имеют две противоположные, дополняющие друг друга стороны. Например, человеческий организм и выполняемые им психические функции тоже делятся на две противоположности. К ян относятся: верхняя часть тела, его поверхность, спина, шесть полых органов, чи - энергия, эмоции радости, симпатии. К инь относятся: внутренняя часть тела, живот, пять наполнительных органов, кровь, эмоции печали, отвращения.

Согласно восточным представлениям все, что движется и устремляется вверх, ясно определимо и активно, соответствует динамическому функционированию и движению, - относится к ян. Все, что сохраняет неподвижность, опускается вниз, является смутным и скрытым, пассивным и имеет слабые функции, - относится к инь. В определенных условиях инь и ян могут быть разделены на составляющие практически до бесконечности. Например, день-ян, инь-ночь. В свою очередь, день - ян можно разделить путем дальнейшего дробления на первую половину (ян в ян) и на вторую (инь в ян). Также можно разделить и ночь - первая половина (ян в инь), вторая (инь в инь). В первой половине дня, как и во второй, существует биоритмическая активность органов, относящихся как к инь, так и к ян. Например, желудок с максимальной активностью с семи до девяти часов утра относится к ян, селезенка с максимальной активностью с девяти часов до одиннадцати часов утра - к инь. Сама селезенка состоит также из инь и ян, и так далее. В конечном счете, все

явления мира могут быть разделены и классифицированы между двумя противоположностями: инь и ян. В свою очередь, каждое из этих явлений разбито на подгруппы инь и ян.

Вследствие своей противоположности инь и ян взаимно противоборствуют и ограничивают друг друга. Когда одна сторона находится в избытке, вторая испытывает недостаток. При ослаблении одной стороны наступает усиление другой. Применительно к медицине и психологии заболевания могут появляться когда изменяется баланс двух составляющих : синдром ян может возникнуть от двух причин - от вторжения плохого ян, которым подавляется нормальный инь, или от недостатка нормального инь, при котором теряется контроль над нормальным ян. В первом случае это будет полный ян синдром, во втором - пустой ян синдром.

Это можно отразить схематически:

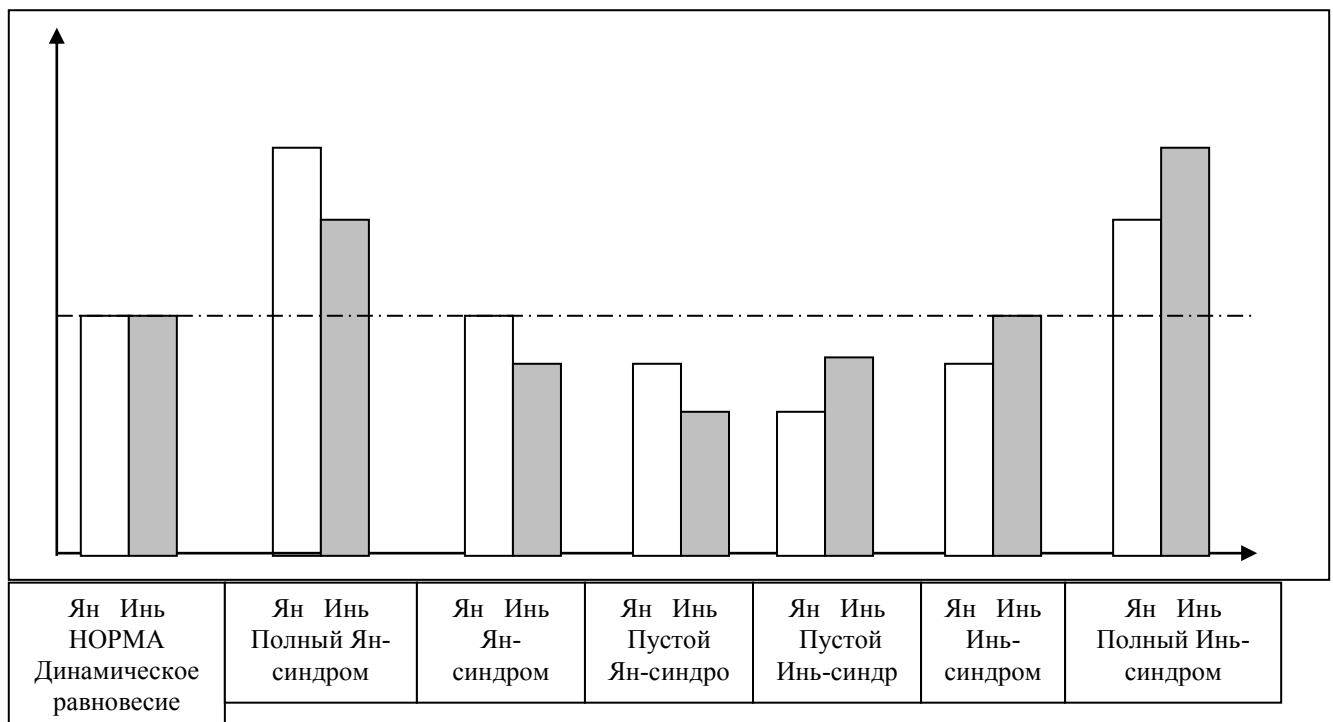


Рис. 2

Колебания между инь и ян каждого органа и системы органов, а также в психологических функциях, допускаются в известных пределах, не нарушая общего равновесия. Если же усиление или ослабление переходит известные границы, нарушается состояние равновесия, возникает избыток инь или ян, что ведет к развитию патологических процессов и возникновению болезней, психологических срывов. Обе стороны - как инь, так и ян - могут взаимно превращаться друг в друга. Но необходимо иметь в виду, что инь не может претерпеть превращения в ян, если нет необходимого количества ян, и наоборот. Синдромы холода могут превратиться в синдром тепла, синдром пустоты стать синдромом полноты. Например, сырая трава (инь) при складывании ее в кучу выделяет тепло (ян). Постоянное состояние печали (инь) приводит к возникновению воспалительного процесса в поджелудочной железе (синдром ян) (из трактатов «У-син»). Данные процессы отражены в том же рисунке «Монада», где белое превращается в чёрное, но при этом, параллельно чёрное начинает превращаться в белое, а так как всё ограничивается постоянным

кругом, то общее равновесие будет сохранено. Таким образом, учение об инь и ян включает в себя следующие отдельные элементы:

- 1) наличие противоположностей между ними;
- 2) их взаимозависимость;
- 3) их взаимное дополнение и ограничение;
- 4) их взаимное превращение.

Учение об инь-ян находит широкое применение во всех областях традиционной восточной медицины. Оно служит для объяснения морфологических структур человеческого организма, физиологических функций различных органов, психологических составляющих функционирования человека, для понимания патологии в качестве клинической диагностики и терапии.

По канонам древневосточной медицины у человеческого организма имеется несколько «каркасов»: костный, мышечный, нервный, кровеносный и энергетический (6,8). Функционирование основных "каркасов", кроме энергетического, достаточно подробно рассмотрены в трудах врачей европейской школы.

5. Меридиональная система – как «энергетический каркас» человека

Понятие энергетического "каркаса" в древневосточной медицине подразумевало систему меридианов (энергетических каналов), пронизывающих весь организм человека и являющихся проводниками энергии, исходящей из основных энергетических центров, известными в индийской йоге как чакры.

Современный взгляд в западном представлении на энергообеспечение функционирования человеческого организма, как живой биологической системы, в общем приближении, определён теорией калорийного питания. Живой организм представляется в виде одной энергетической топки, где носителями энергии являются поступающая пища и кислород, перерабатываемые в организме, и выделенная при этом энергия поддерживает его жизнеспособность.

Восточно-филосовский подход во взглядах на энергетическое обеспечение функционирования организма человека, как живой биологической системы, основан на энергетическом строении в виде системы энергетических центров (своеобразных энергетических топек), которые перерабатывают поступающую извне энергию, контролируют и распределяют её по организму.

Соответственно, энергию, перерабатываемую в энергетических центрах – чакрах необходимо доставить до всех органов и систем организма. Из этого следует, что должны существовать какие-то каналы, через которые эта энергия перетечёт из чакр. Данные энергетические каналы, в восточном представлении, это есть система меридианов, охватывающих и пронизывающих весь организм и, имеющие выходы на поверхность в виде акупунктурных точек. «Будучи третьей регуляторной системой (наряду с нервной и гуморальной), чакры и каналы не являются вещественными образованиями, состоящими из молекул, как обычные органы нашего тела. Они образованы невидимыми полями, имеющими вихревую природу. Даже само слово "чакра" в переводе с санскрита означает колесо, вращение, а по форме она напоминает воронку смерча, конус, расположенный в горизонтальной плоскости. Причем его основание лежит на передней поверхности тела, а вершина - на позвоночнике.» ("Психосоматические болезни в практике целителя. Рекомендации для пациентов." к.м.н. Л.И. Лебедев 1997г.).

Иерархическая структура энергетических центров построена таким образом, что каждый вышестоящий центр контролирует нижестоящий центр и на его функционировании отражается работа нижестоящих (подробную информацию о каждом энергетическом центре можно распечатать из программного обеспечения «РОФЭС» - «Справочная система», или ознакомиться в специализированной литературе). Все энергетические центры (чакры) имеют проекционные зоны на конечности человека, где зона каждого сустава соответствует проекции определённого центра.

Рассмотрим кратко некоторые основные функции каждого энергетического центра - их «метафизические свойства».

Таблица 1.

1 центр	КОРНЕВАЯ ЧАКРА – МУЛАДХАРА	Основной цвет: красно-оранжевый. Отвечает за физическое состояние организма Проекционные зоны : Плечевой и тазобедренные суставы.
2	СВАДХИСТХАНА -	Основной цвет: оранжевый.

центр	КРЕСТЦОВАЯ	Отвечает за сексуальную энергию и волевые побуждения Проекционные зоны : Локтевые и коленные суставы.
3 центр	МАНИПУРА	Основной цвет жёлтый:. Отвечает за социальную устойчивость и как результирующая характеристика этого состояния - социальные эмоции, то есть ощущение комфортного или дискомфортного состояния от взаимоотношения с окружающим социумом. Проекционные зоны : Лучезапястные и голеностопные суставы.
4 центр	АНАХАТА – СЕРДЕЧНАЯ	Основной цвет: зелёный. Отвечает за душевные качества человека (чувственное восприятие окружающей среды) Проекционные зоны : Суставы первых фаланг пальцев рук и стоп ног.
5 центр	ВИШУДХА - ГОРЛОВАЯ	Основной цвет: голубой. Отвечает за энергию творческих способности человека Проекционные зоны : Суставы средних фаланг пальцев рук и стоп ног.
6 центр	АДЖНА	Основной цвет: индиго-синий. Отвечает за интуитивные и ментальные способности человека. Проекционные зоны : Суставы дистальных фаланг пальцев рук и ног.
7 центр	САХАСРАРА	Основной цвет: фиолетовый. Отвечает за связь с «космической энергией» Проекционные зоны : Кончики пальцев рук и ног

Морфологическое подтверждение меридиональной структуры человека найдено специалистами классической западной медицины и теоретически доказано её возникновение. «...Кожа и нервная система имеют общее эктодермальное происхождение. Связь внутренних органов с нервной системой, а через неё и с кожей обеспечивается вращением элементов нервной системы в развивающиеся органы (R. Fuye, 1956). По мере роста и развития плода эти связи из «точек соприкосновения» вытягиваются в «каналы связи», которые обеспечиваются внутри- и межорганными взаимоотношениями, развитием кровеносных и лимфатических сосудов с их нервными сплетениями. По мнению R. Fuye, эти пути назывались древневосточными врачами «жизненными линиями». Помимо явной связи биологически активных точек (БАТ) с нервными проводниками доказана их морфофункциональная специфичность : наличие рыхлой соединительной ткани, густая сеть чувствительных нервных окончаний, скопление тучных клеток, особые биофизические характеристики (электропроводность, напряжение кислорода, температура) и пр.

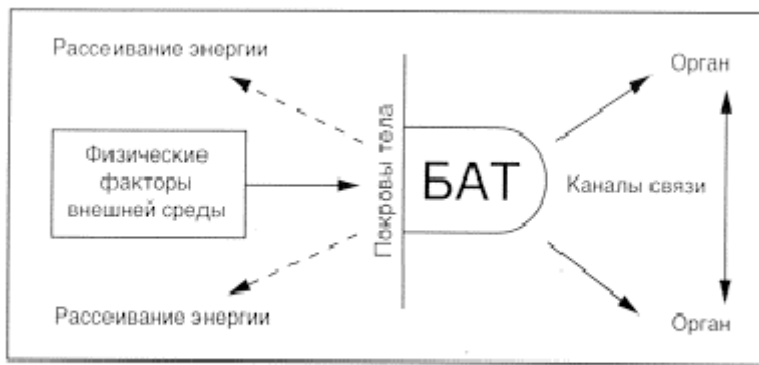


Рис. 3

Таким образом, биологически активные точки представляют собой нейрорецепторные и связанные с ними клеточно-гуморальные аппараты, заложенные на неодинаковой для разных точек глубине в покровах тела, проецируемые на кожу в виде микрозон и играющие роль «окон» во внешний мир. Главной функцией системы «покровы тела

- каналы связи - органы» в целом является поддержание гомеостаза.» (проф. В.Г. Вогралик, проф. М.В. Вогралик. Академия естественных наук РФ. Институт клинической патофизиологии, иммунологии и разработки новых методов диагностики и терапии.)

Приведённые выше доказательства существования морфо-анатомических характеристик меридиональной структуры организма человека оставляют открытым вопрос, каким образом энерго-информационное воздействие среды на биологически активные точки передаётся практически мгновенно до органов и систем, контролируемых меридианами. Ведь спектр средового воздействия часто находится в подпороговом восприятии для нервной системы организма, которая частично является одной из составляющих меридиональной структуры. Также электромагнитные волны имеют эффект затухания в биохимической среде биологического организма.

Ответ на этот вопрос и, одновременно, ещё одно весомое подтверждение существования меридиональной системы дают исследования, проведённые в области квантовой физики при изучении живых систем (Ситько С.П., Мкртчян Л.Н., Введение в квантовую медицину. 1994 г).

Живой организм, с точки зрения физиков, представляется в виде квантово-механического объекта, обладающего энергетическим потенциалом (в терминологии физиков - «предельный цикл», частный случай - окружность в фазовой плоскости, сфера в трёхмерном пространстве, состоящим из когерентных волн коллективной природы. То есть потенциалом, притягивающим траектории как внешних, так и внутренних когерентных волн (рис.4). Когерентные волны в биологических системах объясняют сверхпроводимость для электромагнитных волн в непроницаемых для них средах, которыми являются биохимические среды живых организмов. [Г. Фрелих 1988 год]

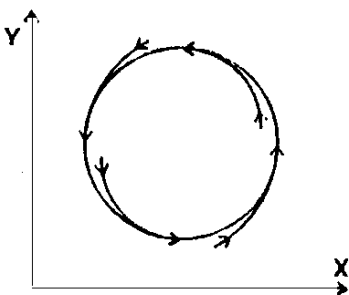


Рис. 4

Таким образом, меридиональная система организма человека, с точки зрения квантовой физики, представляется как совокупность бегущих когерентных волн, формирующих энергетический потенциал живого квантово-механического объекта.

В 1980 году решением ВОЗ акупунктура признана научно обоснованным методом и рекомендована в практику здравоохранения.

Меридиональная система обеспечивает как энергетическое питание физических органов, так и контроль за их состоянием. В меридиональную систему, по восточным источникам, входят 71 меридиан, из которых в «рофэс-диагностике» будут использоваться 12 главных парных меридианов. На состоянии меридианов отражаются все изменения, происходящие с человеческим организмом и его функциями. По научным данным, описанным выше, меридианы являются каналами сверхпроводимости в биологических системах, способными генерировать и управлять потоками заряженных частиц под воздействием внешних и внутренних причин.

Точки акупунктуры выполняют функцию узлов связи каналов с внешней средой, а также каналов между собой. Воздействием на точки акупунктуры можно производить коррекцию нарушений меридиональной системы. По физическим параметрам этих точек определяется активность меридианов и связанных с ними органов и систем организма человека. Все главные меридианы имеют названия по названию "главных органов", за функционирование которых они в большей степени ответственны, практически, они соответствуют названиям органов классической медицины:

меридиан легких, толстого кишечника, желудка, поджелудочной - селезенки, сердца, тонкого кишечника, мочевого пузыря, почек, желчного пузыря, печени, перикарда одного условного названия - меридиан "трех обогревателей".

Но хотя представления восточной медицины о внутренних органах соответствуют представлениям о них в западной медицине, в них включены некоторые дополнительные физиологические и психоэмоциональные функции, которые будут рассмотрены далее.

Меридианы, как и все окружающее нас пространство, по представлению восточно-философского направления подразделяются на иньские и янские, и осуществляют свои функции согласно правилам иньско-янского строения Среды.

Иньские меридианы являются накопителями энергии, то есть отвечают за энергетический потенциал человека. К ним относятся меридианы :

легких, поджелудочной - селезенки, сердца, почек, печени, перикарда.

Янские меридианы осуществляют передачу энергии, накопленную в иньских меридианах, то есть они осуществляют функцию реализации энергетического потенциала, накопленного в иньских меридианах. К ним относятся меридианы :
желудка, тонкого кишечника, мочевого пузыря, желчного пузыря, толстого кишечника, трех обогревателей .

В приложении 3 содержится информация, описывающая функционирование всех двенадцати парных главных меридианов организма человека, их физические и метафизические свойства. Данная информация будет полезна для начинающих специалистов, не знакомых с рефлексотерапией, поскольку в ней содержатся знания из основных первоисточников по рефлексотерапии, признанных у нас и за рубежом авторов: Табеевой Д.М., Гаваа Лувсан, Портнова Ф.Г.

6. Спектральный анализ меридиональной системы - как элемент Западного подхода в анализе функционирования структур личности

В техногенном западном направлении, с развитием аппаратных методов диагностики и терапии организма человека, получило широкое распространение частотно-волновое лечение по кожным зонам, в том числе и по точкам меридиональной системы. Об этом развитии и о развитии частотно-волнового диагностического направления по определению функционального состояния человека как элементе Западного подхода в анализе функционирования структур личности, применяющемся в методе «рофэс-диагностика» будет изложено в данной главе.

Все в мире находится в движении, при этом, создавая вокруг себя, подобно брошенному в воду камню, круги расходящихся в пространстве волн, которые несут информацию о причине, вызвавшей их появление. Волна, в свою очередь, это совокупность частиц энергии, выделенная источником излучения, которая может быть зафиксирована в зависимости от возможностей принимающего реципиента. Волны излучений перемещаются в пространстве, неся огромные потоки энергии и информации. В этом энергоинформационном пространстве живет и существует все на Земле и в Космосе.

Энергетические волны живого организма определенной частоты и амплитуды, несут информацию о источнике, то есть они являются совокупностью излучений всех органов и систем, что можно наблюдать при помощи компьютерной томографии или тепловизора, УЗИ или других способах фиксации излучений живого организма, где отражается информация, полученная или путем непосредственного приема излучения от живого источника, или путем приема отраженных волн от конкретных органов. В любом случае мы переводим информацию, заключенную в энергетических волнах, излучаемых организмом, на свойственный для нашего невербального восприятия окружающей среды - метод визуального контроля. Наиболее известными и изученными в настоящее время являются электромагнитные волны (колебания).

«Любая форма жизни обладает своим собственным уникальным спектром электромагнитных колебаний, то есть каждый микро- и макроорганизм имеет собственный специфический спектр частот (спектр колебаний). Каждой структурной единице организма также соответствует определенный частотный спектр, что успешно применяется в терапии.» (Готовский Ю.В. с соавторами, 1999). Развитие патологических процессов приводит к изменению этого спектра частот в виде появления патологических (дисгармонических) колебаний.

Волновые характеристики всего спектра излучений, пронизывающие пространство несут массу информации об источниках их возникновения, отождествляющуюся для нас в виде восприятий, фиксируемых нашими коммуникативными органами, настроенными на довольно узкий спектр излучений. Меридиональная система организма человека, пронизывая все физиологические системы, в том числе центральную нервную систему и, следовательно, определяя её функционирование, имеет выходы на поверхность, которые непосредственно взаимодействуют со средой, получая и генерируя волновую информацию – биологически активные точки (БАТ).

Можно предположить, что волновые характеристики спектра излучений, выходящие из рамок восприятия традиционными коммуникативными системами - органами

чувств, воспринимаются меридиональной структурой. Идёт, так называемое, подпороговое восприятие энергоинформационных характеристик среды, отличающееся от подпорогового восприятия рецепторами кожного покрова тела человека большей широтой волнового спектра.

Таким образом, информация, имеющая отрицательное или положительное значение для коммуникативной системы восприятия, проходит не только через органы чувств, но и через меридиональную систему организма, а, следовательно, через те физиологические системы, которые ею контролируются. При этом излучения, вступающие в резонанс с внутренними частотами организма, вызывают у человека появление положительных ощущений (комфортные состояния), вступающие в диссонанс - вызывают появление отрицательных ощущений (дискомфортные состояния).

Физические органы, через которые по меридианам проходит получаемая информация, можно представить в виде магнитной плёнки, на которую записывается данная информация, и, следовательно, чем больше отрицательной информации получит человек, тем сильнее будет нарушена функция того или иного органа. Первыми будут отказывать наиболее слабые звенья. Описанный подход возникновения психосоматических нарушений сопоставим с теорией Г.Селье «синдромом биологического стресса» («Стресс без дистресса» Г.Селье.), в которой он доказал, что воздействие различных внешних факторов, не всегда вредных для организма, вызывает стереотипный набор (синдром) одновременных изменений в органах. Все органы, задействованные в исследованную цепочку, относятся к определяющим в жизнедеятельности организма. Данный набор (синдром) получил название «общий адаптационный синдром» (ОАС), или «синдром биологического стресса».

В физиологических системах, находящихся постоянно в угнетённом состоянии, когда идёт диссонирующее восприятие энергоинформационных потоков окружающей среды через меридиональную структуру организма человека, происходят структурные изменения, приводящие к функциональному, а затем органическому изменению. Данные изменения в органах приводят к излучению в пространство отрицательной волновой информации о их «негативном» состоянии через пронизывающие их меридианы (энергетические каналы), определяя эмоциональный настрой «хозяина» и, в конечном итоге, его поведение.

Таким образом, видна не просто связь между нарушением физиологических органов и психическими состояниями человека, но показан сам механизм возникновения функциональных и органических изменений в результате негативных колебаний психической сферы человека.

Из выше изложенного выявляется необходимость восстановления живой биологической системы, которой является человек, в гармоничное нормально функционирующее состояние.

Организм человека как целостная система не может быть возвращен к норме лишь путем автономного "ремонта" отдельных его подсистем и органов. Это должен быть интерактивный процесс согласования функции всех его подсистем в процессе лечения и, следовательно, перестройки регуляторных отношений с учетом кооперативных взаимодействий всех подсистем организма, закреплённый улучшением психоэмоциональной сферы человека.

Терапия электромагнитными колебаниями, с которыми организм человека, отдельные органы и системы, а также находящиеся в нем микро- и макроорганизмы входят в резонанс это - экзогенная биорезонансная терапия (БРТ). Основная идея применения резонанса в медицине заключается в том, что при правильном подборе частоты лечебного воздействия можно даже при очень незначительной амплитуде внешних сигналов значительно усиливать нормальные (физиологические) или ослаблять патологические колебания в биологической системе. Поэтому считается, что адекватное резонансное воздействие переводит ткани и органы в состояние, которое соответствует пластике эмбриональной фазы его онтогенеза и изменяет признаки приобретенных заболеваний, не затронувших наследственные структуры.

Проблеме воздействия электрическими или электромагнитными импульсами различной частоты в настоящее время уделяется особое внимание в связи с предполагаемым не амплитудно, а частотно-зависимом характере передачи информации в биологических системах (окно Адея). В частности, человеческий организм способен не только реагировать в широком диапазоне частот воздействия (от 10^{-3} до 10^9 Гц и выше), но и отвечать на них строго определенными реакциями на отдельные частоты, причем амплитуда воздействующего электрического сигнала может быть ничтожно малой (т. е. лежать ниже сенсорного порога), а магнитного поля - в 10-100 раз меньше магнитного поля Земли. Поэтому воздействие импульсами с амплитудой в десятки и сотни Вольт, которые имеются во многих приборах по методу Р. Фолля, является не физиологичным и может принести вред организму (Готовский Ю.В. с соавторами, 1999). Такое избирательное влияние на биологическую систему, не требующее для своей реализации большой энергии, а предполагающее активацию собственных энергетических ресурсов биообъекта под влиянием определенной частоты, называется резонансным эффектом и является одним из видов экзогенной БРТ.

Однако различные способы воздействия на биологически активные точки производится нередко без учета далеко отставленных интегральных реакций и состояний организма, без учета биоритмологических особенностей пациента и временной структуры внешней среды в момент диагностики или лечения. По мнению С.Л. Загускина (2002), резонансные частоты активации фермента, клеточных, органных и организменных реакций неустойчивы, носят временный, обратимый характер, не позволяют прогнозировать и воспроизводить нужные ответы. Причины такого поведения живых систем заключаются в том, что даже свойства ферментов и других макромолекул в пробирке и в живой клетке принципиально различны по временной организации. **Живые системы на всех уровнях проявляют гомеостатические свойства, препятствующие отклонению параметров отдельных их подсистем и элементов, т.е. как целостные интегрированные системы активно "ускользают" от резонансных ответов, сохраняя внутреннюю устойчивость** (С.Л. Загускин, 2002).

Потребность в восстановлении функционирования всего организма, на всех его уровнях объясняется тем, что стабилизация только одного гомеостатического параметра, имеющего отклонения, будет происходить за счет нарушения других, поскольку организм как целостная система при одностороннем лечении неизбежно находит новые устойчивые состояния (локальные экстремумы), далекие от нормы системы в целом.

Практическая проверка изложенных выше теоретических положений на уровне клетки и организма человека путем постепенных изменений в нужном направлении многочастотных воздействий с инвариантным соотношением частот, характерных для гармоничного устойчивого состояния данной биосистемы, позволила обнаружить характерное только для живых **систем явление многочастотного параллельного резонансного захвата**. Пороги таких многочастотных биоуправляемых биоритмологических воздействий для изолированной нервной клетки оказались не менее, чем на порядок ниже порогов одночастотных резонансных воздействий. Возможно, что в целостной взаимосвязанной системе организма такие воздействия могут быть эффективными при интенсивностях на несколько порядков ниже, чем при оптимальных одночастотных воздействиях (С.Л. Загускин, 2002).

Из выше изложенного становится ясным полезное использование многочастотных резонансов в биологических системах, объясняющих их высокую помехоустойчивость с одновременной исключительной чувствительностью клетки и организма к биологически значимым эволюционно и экологически привычным многочастотным кодовым сигналам, можно сказать – базальным многочастотным сигналам. Также использование для анализа многочастотного кодового сигнала позволит выходить на диагностические признаки как состояния клеток, органов и систем так и психоэмоциональные характеристики.

Получаемый на комплексе «РОФЭС» спектральный портрет меридиональной системы организма человека несёт в себе все составляющие базальных многочастотных сигналов, а также результат индивидуальной реакции живой биологической системы на воздействие окружающей среды непосредственно в момент измерения. Поэтому анализ полученного многочастотного спектра и оперативный многочастотный ответ на выявленные отклонения в частотных характеристиках, отображающих гомеостатические реакции организма с учётом диссонирующих составляющих, позволит восстанавливать функционирование живой биологической системы в реальном масштабе времени. Контролирующей функцией ответной многочастотной коррекции будет являться сама меридиональная система, реакция которой будет фиксироваться в режиме обратной биологической связи на текущий процесс. То есть, достижение контролируемыми биологическими точками состояния функциональной нормы по результату первичной диагностики (условное состояние «полупроводника») будет характеризовать процесс нормализации функционирования тех органов и систем, за которые отвечает меридиональная система организма человека.

Таким образом, оперативный учёт индивидуальных биоритмологических особенностей пациента на комплексе «РОФЭС» и дозированная коррекция путем селективного выбора спектра индивидуальных частот позволяет оперативно гармонизировать функциональное состояние пациента

7. Основные правила энергетического функционирования меридиональной системы по концепции У-син

Далее приведены правила, согласно которым функционирует меридиональная система организма человека в соответствии с Восточно-философской концепцией «У-син»

7.1. Правила "5-ти первоэлементов".

Древнекитайские философы отмечали цикличность явлений, происходящих в окружающем мире, и связывали эти события с взаимопревращениями пяти первоэлементов :

- дерева,
- огня,
- земли,
- металла,
- воды.

Взаимосвязи элементов отражаются в пентаграмме и соотносятся с внутренними и внешними влияниями, течением времени и т.д. (Рис. 5). Китайские врачи соединили это учение с меридиональной системой .

Каждый элемент (кроме огня) объединил два меридиана противоположных категорий (инь и ян):

- дерево - меридианы печени и желчного пузыря,
- земля - селезенки-поджелудочной железы и желудка,
- металл - легкие и толстый кишечник,
- вода - почки и мочевого пузыря.
- огонь объединяет четыре меридиана - сердца и тонкого кишечника, "управителя сердца" и "трех обогревателей". Также огонь разделяется на первоэлемент «Внутренний огонь» с меридианами сердца и тонкого кишечника и «Внешний огонь» с меридианами "управителя сердца" и "трех обогревателей".

Внутри первоэлемента между меридианами проявляются взаимоизменяющие связи как в паре инь-ян, При увеличении энергии одного меридиана в другом она снижается.

7.2. Правило "мать - сын". Элементы, образующие пентаграмму, испытывают взаимное влияние, отраженное в правилах "мать-сын" и "сын-мать". По правилу "мать-сын" каждый элемент является источником энергии для последующего. Он как бы становится "матерью", отдающей энергию своему "сыну". Это правило носит созидательный характер и его можно записать следующим образом:

- "дерево" рождает "огонь",
- "огонь" рождает пепел - "землю",
- "земля" превращается в "металл",
- "металл" расплавляясь, рождает "воду",
- "вода" питает корни "дерева".

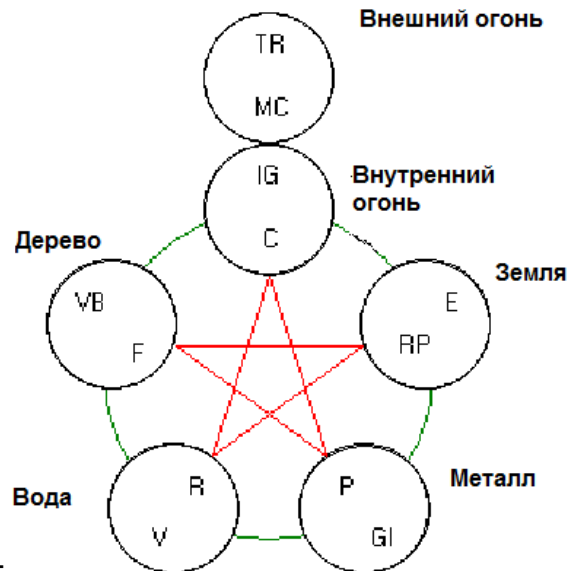


Рис. 5

Правило "сын-мать" отражает тормозящее влияние элементов. Так "сын" принимая энергию от "матери", истощает ее. Оба правила широко применяются в акупунктуре для получения возбуждающего и седативного эффекта.

7.3. Правило "муж - жена". Все элементы связаны деструктивными связями. Это правило можно выразить следующим образом:

- "огонь" плавит "металл",
- "металл" режет "дерево",
- "дерево" корнями подрывает "землю",
- "земля" впитывает "воду",
- "вода" тушит "огонь".

Использование этого правила при лечении дает седативный эффект.

Связи меридианов по правилу "муж-жена":

- лёгкие --- сердце,
- тонкий кишечник - толстый кишечник,
- селезенка-поджелудочная железа --- печень,
- желудок --- желчный пузырь,
- "управитель сердца" --- почки,
- "три обогревателя" --- мочевого пузыря.

При анализе результатов измерений перечисленные правила помогают установить причину заболевания и выбрать тактику лечения.

7.4. Правило "полдень - полночь". Каждый меридиан имеет определенные периоды внутрисуточной активности:

- меридиан легких с 3 до 5 часов утра;
- толстого кишечника - 5 :- 7 ч.;
- желудка - 7 :- 9 ч.;
- селезенки-под. железы - 9 :- 11 ч.;
- сердца - 11 :- 13 ч.;
- тонкого кишечника - 13 :- 15 ч.;
- мочевого пузыря - 15 :- 17 ч.;
- почек - 17 :- 19 ч.;
- "управителя сердца"-перикард - 19 :- 21 ч.;
- "три обогревателя" - 21 :- 23 ч.;
- желчного пузыря - 23 :- 1 ч.; печени - 1 :- 3 ч..

Отсчет производится с меридиана легких, т.к. по восточной медицине с него начинается суточный (циркадианный) цикл циркуляции энергии в меридиональной системе. Время активности указано на период равноденствия. Зимой время функционирования дневных меридианов сокращается, а ночных увеличивается. Летом происходит обратный процесс. Меридианы, отличающиеся друг от друга временем активизации на двенадцать часов, находятся в контрастно-сопряженных взаимоотношениях. Например: канал легких (3:-5 ч.) и мочевого пузыря (15 :-17 ч.). Такая взаимосвязь обозначена правилом "полдень-полночь".

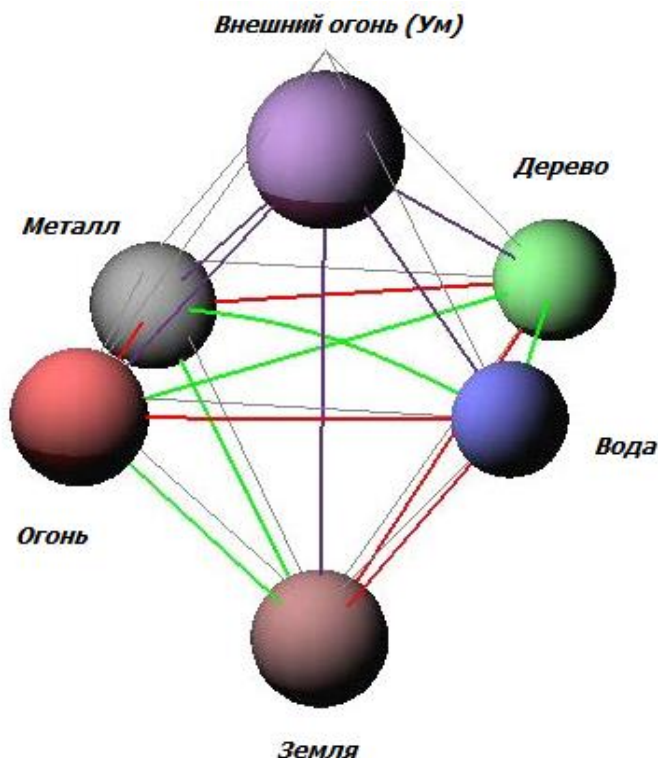
В компьютерной программе для комплекса "РОФЭС" предусмотрено графическое отображение результатов измерения меридианов организма

человека, соответствующих учению концепции У-син об Инь-Ян структуре меридиональной системы и приведенным выше правилам. Данные графики носят название «Графики энергетического наполнения меридиональной структуры организма человека»

7.5. Правило «шести первоэлементов» (объёмное изображение)

В настоящее время, в правилах взаимодействия первоэлементов активно начинает использоваться для анализа первоэлемент «Внешний огонь». В некоторых источниках указывается, что иероглиф, обозначающий данный первоэлемент был неверно переведён и его истинный перевод - «Ум». В частности, в микросистеме Су-Джок (Пак Дже Ву), этому первоэлементу определяется главенствующая роль в контроле над функционированием всех остальных первоэлементов. Действительно, по концепции «У-син» при объединении первоэлементов в иньские и янские, нейтральным первоэлементом является «Земля». К иньским относятся первоэлементы «Вода» и «Металл», к янским относятся первоэлементы «Огонь» и «Дерево» (смотрите в ПО «РОФЭС» график «Инь-Ян» по У-син). Но, логика подсказывает, что для соблюдения равновесия, а в восточно-философском подходе анализа структур человека и среды - равновесие является «краеугольным камнем», первоэлемент «Огонь» с входящими в него элементами «Внешний и Внутренний огонь» будет изначально перевешивать чашу весов с иньскими первоэлементами. Соответственно, если вынести первоэлемент «Внешний огонь», также как вынесен первоэлемент «Земля» из расчёта иньских и янских первоэлементов, то чаша весов придёт в равновесие. Ставя первоэлемент «Внешний огонь», или как приводилось выше - «Ум», в противовес первоэлементу «Земля», мы получаем гармоничную картину взаимодействия всех первоэлементов по концепции «У-син». Данные выводы легли в расчёт весов

Рис. 6



первоэлементов в программном обеспечении «РОФЭС». Они отображаются в графическом виде в графике первоэлементов «6КИ», а также в оригинальной трёхмерной модели «Весов первоэлементов» (Рис. 6).

В модели строятся сферы с соответствующим объёмом всех шести первоэлементов, равным результатам диагностики пациента, где сверху первоэлемент «Внешний огонь», напротив него, внизу первоэлемент «Земля». Остальные первоэлементы находятся между ними в плоскости. В гармоничном состоянии, соответствующем гармоничному состоянию живой биологической системы, что собой представляет человек, все

первоэлементы находятся на вершинах восьмигранного кристалла и все связи между

ними будут располагаться по граням и диагоналям кристалла (в ПО «РОФЭС» зелёным цветом указаны созидющие связи, красным цветом деструктирующие). Если человек находится не в гармоничном состоянии, в результате заболевания или колебаний психической сферы деятельности, то по результатам диагностических данных объём первоэлемента уменьшается или увеличивается. В этом случае они перемещаются по граням и центральной оси кристалла вверх или вниз. Соответственно, связи между ними будут увеличиваться и уменьшаться. Исходя из получаемого трёхмерного изображения, можно интерпретировать состояние человека по соответствию каждого первоэлемента определённым клиническим или психическим данным, а также на основе увеличения или уменьшения длины связей между первоэлементами вычислять первоэлемент, несущий первопричины заболеваний с точки зрения рефлексотерапии.

8. Методы аппаратной акупунктурной рефлексодиагностики

Методы аппаратной акупунктурной диагностики, в большинстве своём, являются методами электропунктурной диагностики. То есть активными проективными методами диагностики. Это значит, что для получения данных о состоянии того или иного меридиана, а соответственно, органа или системы им контролируемым, необходимо осуществить провоцирующее воздействие электрическим током на определённый участок кожного покрова организма человека, который рефлексорно соответствует исследуемым системам. Таким образом, по косвенным показаниям электропроводимости кожных зон, соответствующих акупунктурным точкам меридианов, определяется функциональное состояние органов и систем путём анализа закономерностей опытных исследований, накопленных как в школах восточного врачевания, так и при клинко-лабораторных исследованиях в период внедрения электропунктурных методов в практику западных медиков.

В электропунктурной диагностике, в настоящее время, можно выделить несколько относительно самостоятельных методов, которые различаются между собой набором точек исследования, рабочими параметрами измерительных приборов и системой анализа получаемых данных. Каждый из них имеет свои достоинства и недостатки и используется в зависимости от конкретных задач. К данным методам относятся метод Фолля (R. Voll, 1953), метод Накатани (Y. Nakatani, 1956) и аурикулодиагностика.

Метод Накатани, в основе которого лежит разработанная автором теория Риодораку. Согласно этой теории существует тесная взаимосвязь между функциональным состоянием внутренних органов и электрическим сопротивлением в кожных точках, расположенных по линиям соответствующих меридианов. Эти линии, изменяющие свою электропроводность при изменении функций взаимосвязанных органов, Накатани назвал Риодораку, разделив их на две группы по шесть точек в каждой: ручные и ножные.

Способ оценки состояния организма по методу Накатани, в общем виде, выглядит следующим образом - на каждом Риодораку проводят измерение электропроводности в определенной точке, значение которой отражает среднее значение электропроводности всего меридиана при токовом воздействии отрицательной полярности. Прогрессивный по сути метод Накатани имеет на наш взгляд, недостаток в том, что токовые параметры провоцирующего воздействия на исследуемую точку являются слишком высокими ($I=200\text{mA}$; $U=10\text{V}$). То есть мощность воздействия на точку для определения её отклика на провоцирующее воздействие равняется 2mBt .

Метод доктора Фолля известен как высокодостоверная в клиническом плане скрининг-диагностика. Токовое воздействие положительной полярности на исследуемую точку в нём составляет $I=20\text{mA}$; $U=2\text{V}$, что по мощности будет равняться 40mBt или $0,04\text{mBt}$. То есть по сравнению с методом Накатани мощность провоцирующего воздействия на точку в 50 раз меньше. Таким образом, нагрузка на систему меридианов значительно слабее, потому что любое провоцирующее воздействие будет иметь отклик в функционировании систем организма, следовательно, будет вноситься помеха в результаты диагностики. Недостатком, на наш взгляд, является длительность периода диагностики. Чтобы получить развёрнутую картину функционального состояния всех органов и систем по методу Фолля, необходимо потратить на процесс диагностики от одного часа до двух.

Аурикулодиагностика. Родоначальником аурикулодиагностики считается французский учёный, врач П. Ножье. Ножье была выдвинута теория, положенная потом в основу большинства аурикулопунктурных систем, гласящая, что человеческий организм проецируется на ушную раковину в виде эмбриона, голова которого соответствует мочке уха, внутренние органы – раковине, конечности - верхней части уха, над дугой противозавитка. Период работы Ножье над данной темой совпал по времени с созданием первых приборов для электропунктуры. И он, используя один из таких приборов, обнаружил, что ушная раковина здорового человека обычно не имеет точек с низким сопротивлением, соответствующим БАТ, однако при возникновении заболеваний возникают точки с высокой проводимостью, совпадающие с определёнными им ранее точками повышенной болевой чувствительности, также соответствующими определённому органу или системе. Таким образом, аурикулодиагностика является проективным методом диагностики по микросистеме, соответствующей проекции организма на ухо человека.

Недостатком, на наш взгляд, метода является плотность расположения биоактивных точек, соответствующих определённым органам и системам, на ушной раковине. Что требует большого опыта в практическом использовании этого метода для диагностики.

Отдельно дадим небольшое описание метода и прибора российского учёного, врача Ивана Андреевича Леднёва. Он предложил в 1973 году использовать биполярный метод для диагностики биоточек и для лечения органов и систем, соответствующих этим точкам, в случае отклонения их показателей от нормативных. Что являлось нормативным показателем в методе Леднёва ? Если проводимость исследуемой точки на провоцирующее воздействие током положительной полярности была одинакова проводимости при провоцирующем воздействии током отрицательной полярности, то данная точка и, соответственно, система или орган за которую она отвечает, находятся в функциональном состоянии, соответствующем норме. Данную токовую проводимость он назвал «отсутствием асимметрии». Им разработан «Атлас И.А. Леднева» предназначенный для лечения почти 200 болезней. Токовые характеристики прибора, практически, подобны методу Накатани ($I=200\text{mkA}$; $U=8\text{V}$). [Электронный ресурс <http://medicinform.net/fizio/iglo/iglo.htm>]

9. Описание метода рофэс®-диагностика

9.1. Физический принцип

В методе «РОФЭС-диагностика» взяты для тестирования биологически активные точки, подобные по топологии измеряемых БАТ в методе японского ученого Накатани, и кожные зоны над остистыми отростками позвоночного столба (Корпоральная методика). Как дополнительный метод – это измерение в микросистеме Су-Джок по проекции точек, измеряемых по корпоральной методике. Диагностический ток для тестирования приближен по мощности провоцирующего воздействия к току по методу Фолля ($U=4В$; $I=60$ мкА ; $P=0,24мВт$). **Основным отличием от этих методов является биполярное тестирование каждой измеряемой точки, подобно методу И.А. Леднёва, который мы можем называть нашим прототипом. А также, фиксация частотных изменений при адаптации измеряемых точек к провоцирующему току.** (Патент на изобретение № 2202278 от 24.11.1988г.)

Для лучшей визуализации картины функционального состояния, отслеживания динамики внутренних процессов и влияния внешней среды на организм человека компьютерная программа строит круговую диаграмму для диагностики по системам и график для вертебральной диагностики. На них фиксируются результаты биорезонансных характеристик каждого измеряемого меридиана на зондирующее воздействие микротоков. Также, частотные характеристики с каждой точки записываются в базу пациента для дальнейшей спектральной обработки. Биполярное измерение реакции биологически активных точек, математический анализ амплитудных значений тока в плавающем временном интервале увеличили информативность получаемых данных при обследовании пациента, в отличие от традиционного метода Накатани, и, следовательно, достоверность диагноза.

Минимальное количество времени, затрачиваемое на обследование пациента (3-5 минут) и плотность информации за счёт анализа спектральных характеристик с каждой точки (75 частот с 24 точек = 1800 частотных характеристик) позволяет соперничать с методом Фолля (время измерения - от 30 до 50 минут), известного высокой клинической достоверностью диагнозов. Также, **в этих методах нет наработок по определению психологических параметров личности на основе электропунктурной диагностики.**

Спектральный анализ меридиональной системы основан на анализе спектра частотных характеристик измеряемых БАТ в результате провоцирующего воздействия тока. Анализ осуществляется математическими методами, то есть разложением сигнала (колебания) измеряемой БАТ в ряд Фурье и дальнейшим формализованным анализом полученных характеристик.

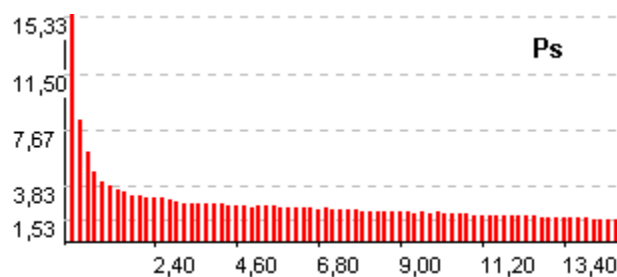


Рис.7

На рисунке 7 представлен частотный спектр БАТ меридиана лёгких. Каждый столбик (гармоника) на графике представляет собой определённую частоту, входящую в формирование колебательного сигнала точки в результате провоцирующего воздействия измерительного тока (колебание сигнала измеряемой точки видно в процессе измерения на индикаторе, отображающем этот процесс). По оси абсцисс (горизонтальная ось) представлены названия частот (в нашем случае низкие частоты от 0,2 до 14 Гц). По оси ординат (вертикальная ось) представлены величины энергетической выраженности этих частот (высота столбиков).

Для нормально функционирующего живого объекта или системы, реакция на провоцирующее воздействие током, то есть нормальная адаптация к току, должна выглядеть на спектральном графике в виде последовательного уменьшения столбиков (гармоник) от начала графика к его концу (от 0 до 14 по оси абсцисс), то есть затухающий процесс. Это уменьшение выглядит как своеобразная кривая - экспонента, если все вершины столбиков (гармоник) соединить одной линией. Каждый последующий столбик меньше предыдущего слева направо на определённую величину, то есть – отрицательные приращения ($-\Delta$ - Delta).

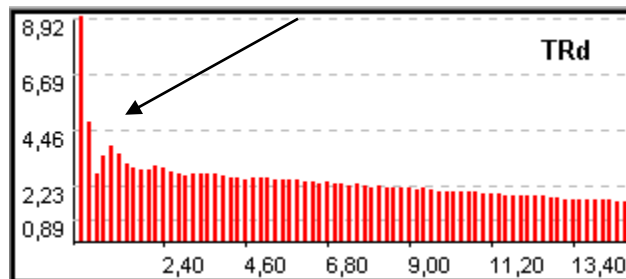


Рис. 8

Для колебательного сигнала точки, характеризующей какие-либо отклонения в системе органов, за которые отвечает данный меридиан, свойственно изменение частотного спектра. На графике могут появиться «выбросы», то есть будет нарушено правило последовательного уменьшения величины столбиков (правило экспоненты). Какая-либо гармоника (столбик), характеризующая энергетическую выраженность определённой частоты, будет иметь значения больше по высоте, чем предыдущая гармоника, то есть положительное приращение ($+\Delta$ - Delta).

На приведённом рисунке 8, видна яркая тенденция нарушения правила экспоненты в начале графика спектра меридиана TRd.

9.2. Корпоральная и Су-джок методики

Круговая диаграмма объединяет 12 основных парных меридианов человека по сектору на меридиан соответственно (См. рисунок 9). Левый луч сектора соответствует левой ветви меридиана, правый луч - правой ветви меридиана. Таким образом, на диаграмме откладываются 24 значения электрокожной проводимости БАТ, называемых в акупунктурной рефлексодиагностике "точками - пособиями" или репрезентативными, отражающими реакцию зондирующего воздействия

электрического тока прямой и обратной проводимости в плавающем временном и амплитудном интервале на 12 основных парных меридианах организма человека. Значения электрокожной проводимости БАТ откладываются в условных единицах.

В методике Су-джок взяты для анализа бель-меридианы, являющиеся проекциями главных парных меридианов организма человека на кисти рук. Точки, измеряемые в методике Су-джок, являются проекциями тех точек, которые измеряются по корпоральной методике.

Каждый луч сектора на диаграмме это шкала, где 0 - центр диаграммы, а 100 - край диаграммы.

В «рофэс-диагностике» используются следующие электрические параметры:

Напряжение 4В. Рабочий ток ± 60 мкА

Ток 60 мкА зондирует Ло-продольный канал, который по метафизическим свойствам отражает функциональные нарушения органов и психоэмоциональные составляющие (для данного режима рассчитаны все интегральные характеристики человека в программном обеспечении «РОФЭС»).

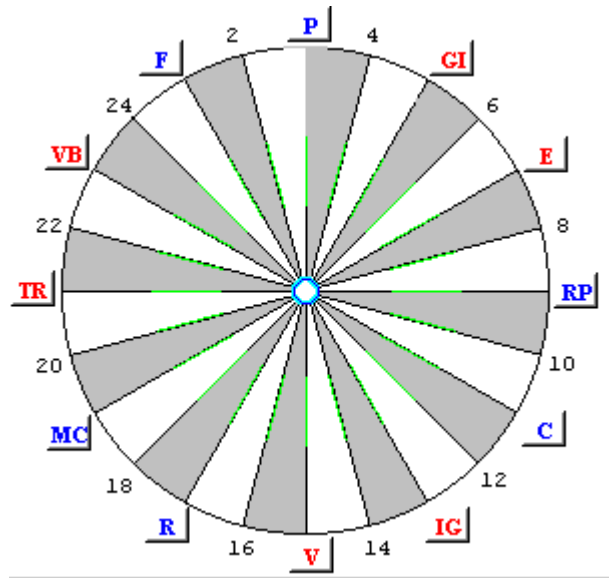
Токи 30мкА и 120мкА – экспериментальные.

Ток 30 мкА зондирует сухожильно-мышечный канал, характеризует отражение самых поверхностных функциональных нарушений, психоэмоциональные составляющие.

Ток 120 мкА зондирует главный канал, отражает энергетическое состояние контролируемого органа, дает возможность судить в большей степени об органической патологии. Можно использовать у детей раннего возраста, чтобы исключить психоэмоциональную составляющую (помните, психологические и интегральные характеристики при этом могут быть некорректны).

Все акупунктурные точки, применяемые в диагностике по корпоральному методу, находятся на уровне проекционной зоны 3-го энергетического центра (чакры) (Смотрите таблицу 1.). Следовательно, результаты диагностики отразят функциональное состояние органов и систем, также эмоциональные составляющие личности и те физиологические отклонения, которые могут вызываться при неблагоприятном эмоциональном фоне.

Все акупунктурные точки, применяемые в диагностике по методу Су-джок (микросистема Рука - Нога) находятся на уровне проекционных зон 5 и 6 энергетических центров (чакр), то есть отражают глубинные структуры человека, его осознанное отношение к миру, его ментальный мир. Соответственно, физиологические отклонения, выявляемые по методу Су-джок, будут показывать предрасположенности к тем или иным заболеваниям, которые могут быть ещё непроявленными на органном уровне и будут являться прогностическими в онтогенезе заболевания или являются первопричинами существующих заболеваний. Также выход на первопричины заболевания можно будет искать в искажённом мировосприятии человека.



Связь иерархических уровней структур человека: физиологические структуры – психологические функции, смотрите в разделе «Психологические аспекты рофэс-диагностики».

9.3. Терминология “рофэс-диагностики”

Сетка - шаблон, на которую будет нанесен профиль электрохимической проводимости БАТ после проведенных измерений на аппарате носит название ДИАГРАММА.

Общее название диаграммы, с нанесенными на ней профилями электрохимической проводимости (ЭХП) точек при зондирующем воздействии на них токов положительной и отрицательной полярности носит название «**РОФОГРАММА**».

Двенадцать секторов диаграммы, соответствующих 12 парным меридианам озаглавлены латинскими буквами по принятой международной терминологии .

(Традиционная - французская)	(Английская)	(Су - Джок)	Таблица 2.
P - меридиан легких;	LU	A	
GI - меридиан толстого кишечника;	LI	B	
E - меридиан желудка;	ST	C	
RP - меридиан поджелудочной;	SP	D	
C - меридиан сердца;	HT	E	
IG - меридиан тонкого кишечника;	SI	F	
V - меридиан мочевого пузыря;	UB	G	
R - меридиан почек;	KI	H	
MC - меридиан перикарда;	PC	I	
TR - меридиан трех обогревателей;	TH	K	
VB - меридиан желчного пузыря;	GB	J	
F - меридиан печени.	LR	L	

Латинские буквы, обозначающие название меридиана, располагаются над левым лучом сектора, то есть над левой ветвью меридиана. Правый луч - правая ветвь меридиана на диаграмме озаглавлена цифрой, соответствующей времени активности меридиана. В записях по расшифровке рофограмм, рядом с латинской буквой названия меридиана, указывается в скобках принадлежность к левой или правой ветви соответственно (s) - левая ветвь, (d) - правая ветвь.

Например :

P(s) - левая ветвь меридиана легких; P(d) - правая ветвь меридиана легких.

Профили электрохимической проводимости, есть соединенные между собой значения измерений реакции БАТ на зондирующее воздействие токов положительной и отрицательной полярности, отложенные на лучах секторов диаграммы, то есть ветвях меридианов .

В принятой терминологии они носят названия:

"**линии энергетики**" - профиль ЭХП точек при зондирующем воздействии тока положительной полярности, на рофограмме обозначается красным цветом, при расшифровке рофограммы название меридиана обозначается прописной латинской буквой, например р(s)

"**линии физиологии**" - профиль ЭХП точек при зондирующем воздействии тока отрицательной полярности, на рофограмме обозначается синим цветом, при расшифровке рофограммы название меридиана обозначается заглавной латинской буквой, например Р(s)

Сумма всех значений ЭХП точек при воздействии тока положительной полярности, то есть **линий энергетики**, разделенная на 24 - количество ветвей всех меридианов, есть **СРЕДНЯЯ линий энергетики**. Обозначается на рофограмме штриховой красного цвета. При расшифровке рофограмм обозначается - "е".

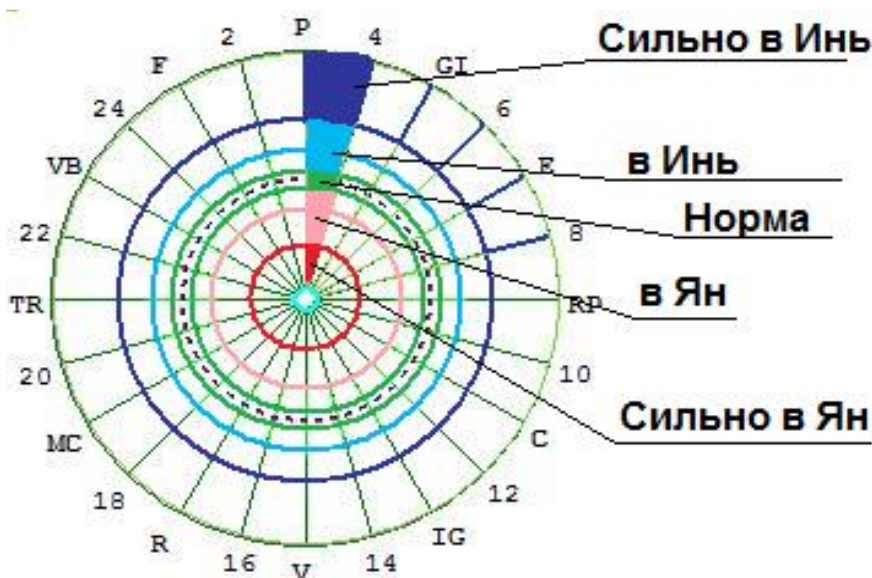
Сумма всех значений ЭХП точек при воздействии тока отрицательной полярности, то есть **линий физиологии**, разделенная на 24 - количество ветвей всех меридианов, есть **СРЕДНЯЯ линий физиологии**. Обозначается на рофограмме штриховой синего цвета. При расшифровке рофограмм обозначается - "f".

СРЕДНЯЯ линий энергетики и СРЕДНЯЯ линий физиологии являются индивидуальным коридором нормы измеряемого пациента.

9.4. Критерии отклонений диагностических значений по ветвям меридианов в процентах от средних линий

Внимание ! Термины ЯН и ИНЬ, используемые в данном разделе и далее по тексту, относятся только к указанию направления изменения диагностических значений меридиана относительно средних (коридор функциональной нормы) к центру или краю диаграммы. Это внутренняя терминология «рофэс-диагностики», принятая на начальных этапах разработки метода, ещё на прототипах аппарата «РОФЭС».

Рис. 10



Все значения ЭХП точек при воздействии на них токов положительной и отрицательной полярности, то есть линии физиологии и энергетики, находящиеся на рофограмме ближе к центру относительно средних линий физиологии и энергетики (штриховых) носят название "направленность меридиана в ян" – **центростремительная направленность**.

Все значения ЭХП точек при воздействии на них токов положительной и отрицательной полярности, то есть линии физиологии и энергетики, находящиеся на рофограмме ближе к краю относительно средних линий физиологии и энергетики (штриховых) носят название "направленность меридиана в инь" – **центробежная направленность**.

«Норма» - коридор функциональной нормы – значения ЭХП точек лежат в пределах $\pm 7\%$ от штриховой (средних линий физиологии и энергетики соответственно).

В «инь» или в «ян» - от 7 до 25% от штриховых соответственно;

«Сильно в инь» или «Сильно в ян» - больше 25%;

«Перекас» – разность между ветвями меридиана ($|s - d|$) в условных единицах составляет промежуток от 3 до 25 %;

«Параллельно» – разность между ветвями меридиана ($|s - d|$) в условных единицах составляет промежуток до 3 %;

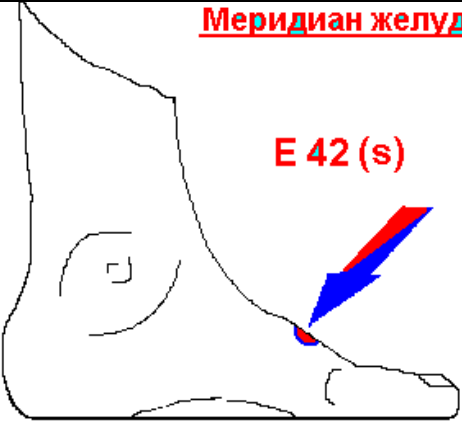
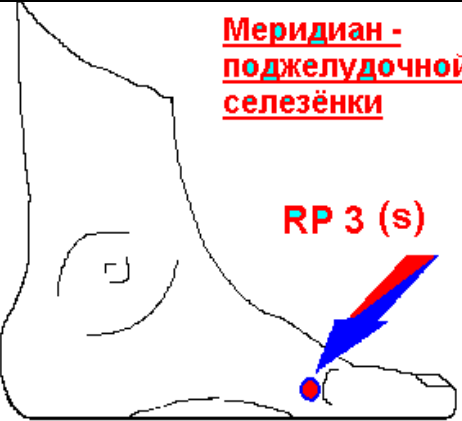
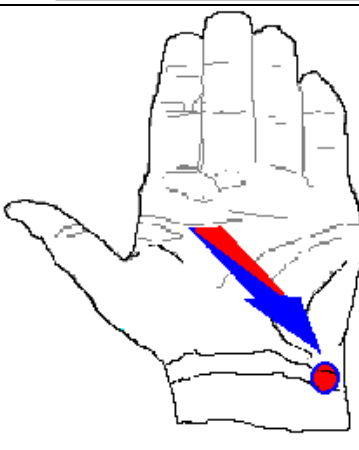
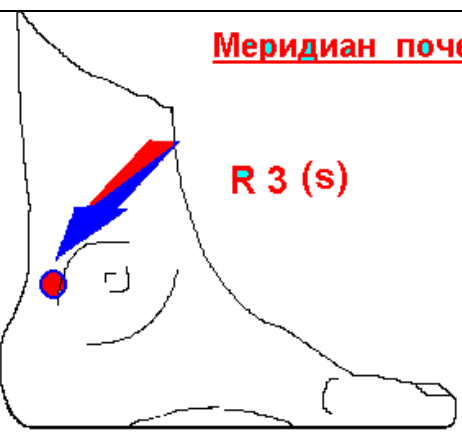
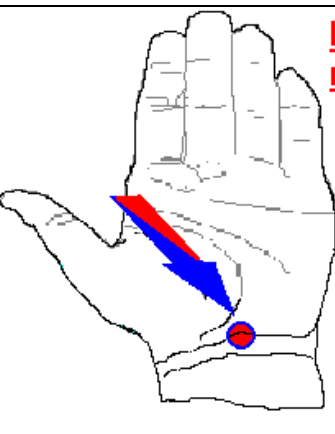
«Сильный перекас» - разность между ветвями меридиана ($|s - d|$) в условных единицах составляет промежуток больше 25 %.

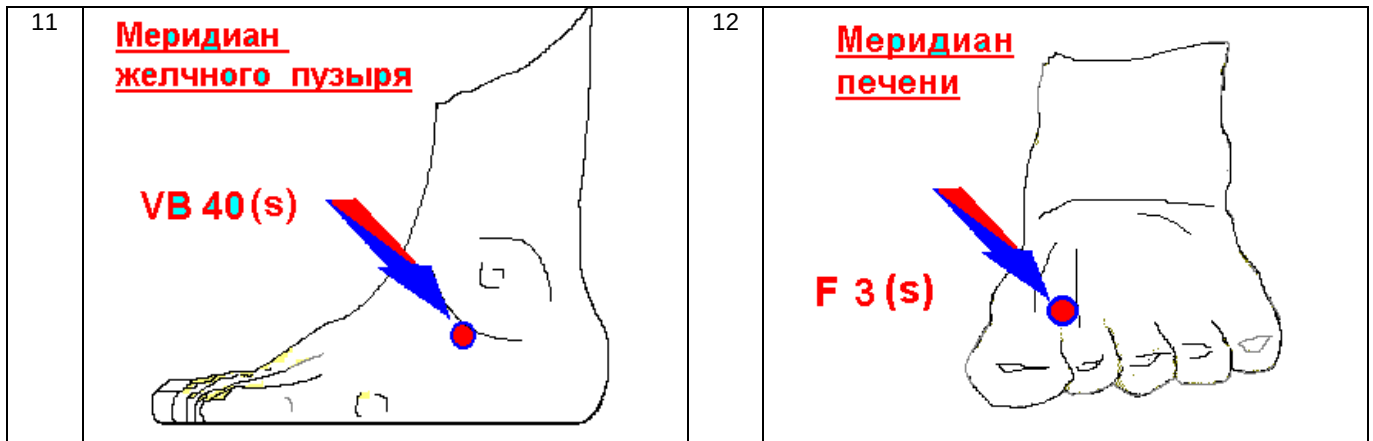
9.5. Топология БАТ измеряемых меридианов

9.5.1. Корпоральная методика

Рис. 11



3	<u>Меридиан желудка</u> E 42 (s) 	4	<u>Меридиан - поджелудочной - селезёнки</u> RP 3 (s) 
5	<u>Меридиан сердца</u> C 7 (s) 	6	<u>Меридиан тонкого кишечника</u> IG 4 (s) 
7	<u>Меридиан мочевового пузыря</u> V 65 (s) 	8	<u>Меридиан почек</u> R 3 (s) 
9	<u>Меридиан перикарда</u> MC 7 (s) 	10	<u>Меридиан трёх обогревате- лей</u> TR 4 (s) 



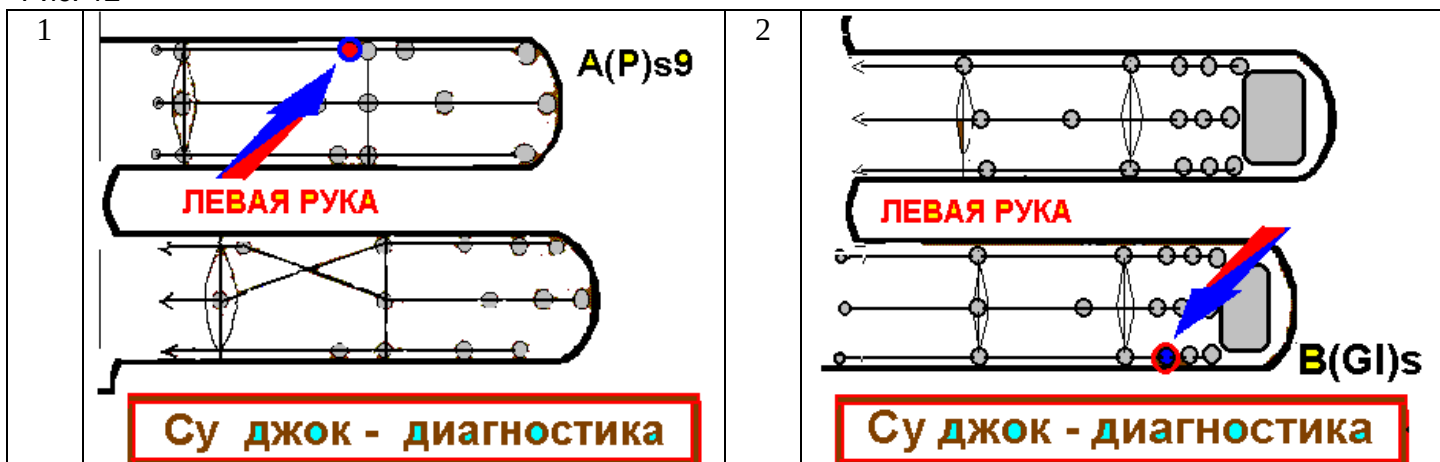
9.5.2. Су – Джок методика

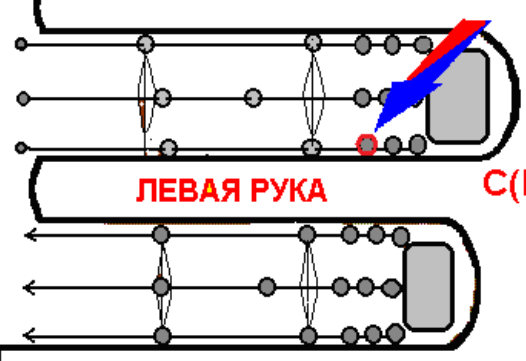
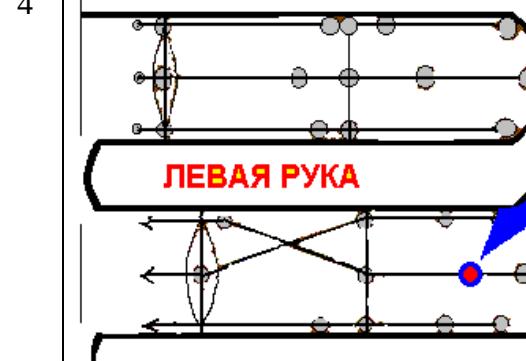
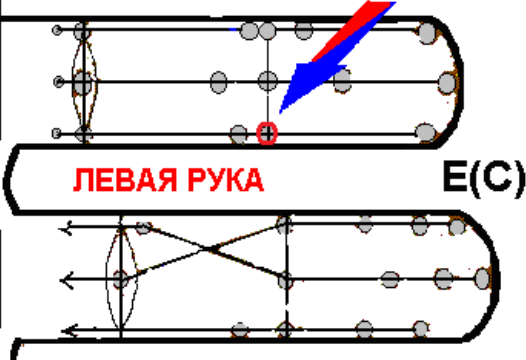
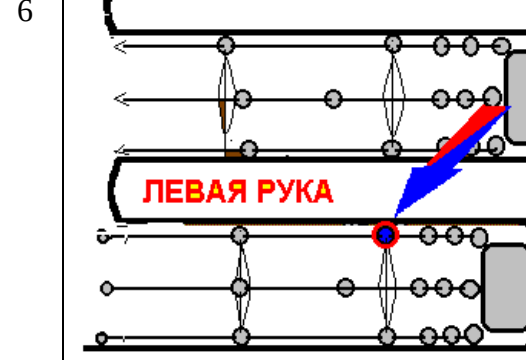
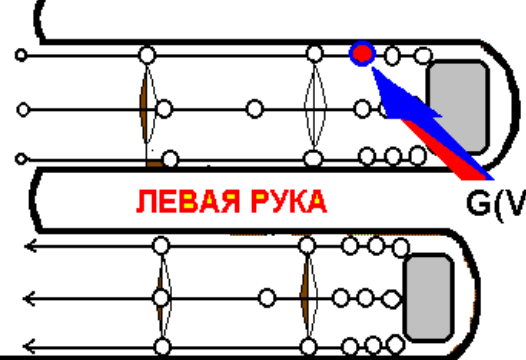
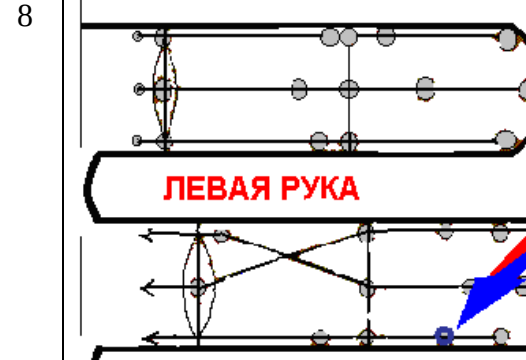
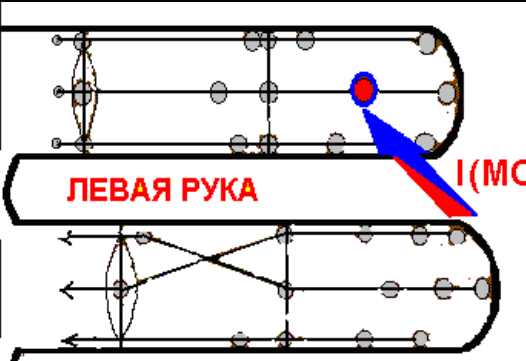
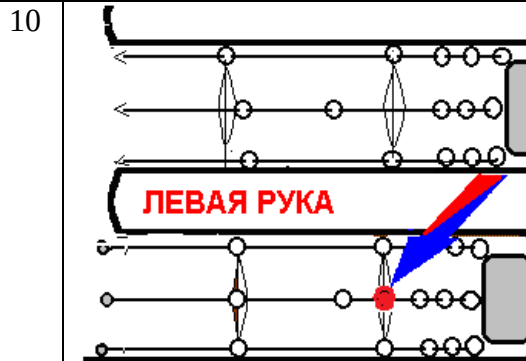
Диагностика в микросистеме Су-Джок осуществляется по бель-меридианам, являющимися проекцией главных меридианов на кисть руки человека. Все точки меридианов, которые будут измеряться, соответствуют проекциям точек, измеряемых в корпоральной методике.

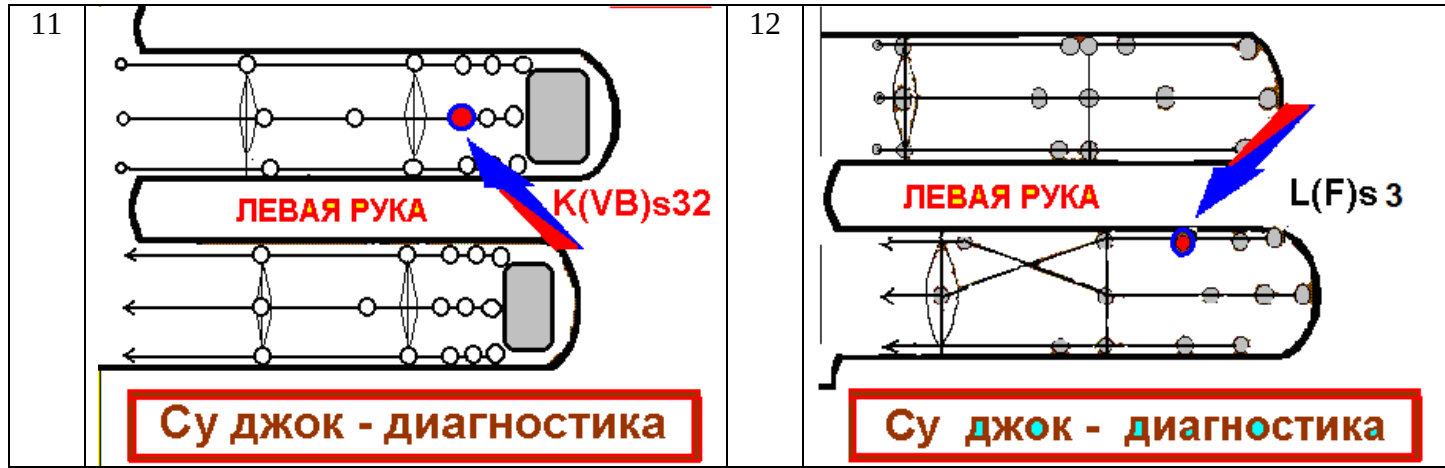
Топология бель-меридианов определяется следующим образом. Средний бель-меридиан, располагается по середине пальца с тыльной и внутренней стороны. Крайние бель-меридианы определяются индивидуально для каждого пациента по самой широкой части ногтевой пластины. С внутренней стороны необходимо ширину ногтевой пластины спроецировать относительно середины пальца, проводя условные линии к ярковыраженным суставным складкам. Точки меридианов D (RP) и I (MC) определяются на расстоянии 1мм от «подушечки» вниз к суставной складке (от вершины кожного покрова дистальной фаланги).

Рекомендуем для уверенности в точности определения точек в микросистеме Су-Джок ознакомиться со специализированной литературой по данному методу.

Рис. 12



3	 ЛЕВАЯ РУКА C(E)42 Су джок - диагностика	4	 ЛЕВАЯ РУКА D(RP)s3 Су джок - диагностика
5	 ЛЕВАЯ РУКА E(C)s7 Су джок - диагностика	6	 ЛЕВАЯ РУКА F(IG)s Су джок - диагностика
7	 ЛЕВАЯ РУКА G(V)68 Су джок - диагностика	8	 ЛЕВАЯ РУКА H(R)s3 Су джок - диагностика
9	 ЛЕВАЯ РУКА I(MC)s11 Су джок - диагностика	10	 ЛЕВАЯ РУКА J(TR)s Су джок - диагностика



10. Анализ рофограмм

Общие положения:

Анализ профилей электрохимической проводимости на диаграмме проводится многоступенчато :

1. Вначале анализируются **средние линии профилей ЭХП**, по терминологии - средние значения линий "энергетики"-*"e"* и "физиологии"-*"f"*. Их расположение на диаграмме, их взаимное расположение.

Для сравнительного анализа расположения средних *e* и *f* вводится понятие «Группового коридора нормы» - это область на диаграмме между двумя концентрическими окружностями со значениями от 32 до 62%. На диаграммах в ПО «РОФЭС» эта область подсвечена зелёным цветом.

1.1. Расположение штриховых ближе к центру диаграммы относительно группового коридора нормы, соответствует **эмоциональному напряжению пациента**. Анализ отдельных ломаных по меридианам поможет уточнить причину эмоционального напряжения пациента, предрасположенность его к агрессивному сбросу энергии или к состоянию «заторможенности».

1.2. Расположение штриховых ближе к краю диаграммы **предполагает состояние нервно-психической слабости**, уточняющие вопросы о состоянии, подтверждающие синдром астении, позволяют дать заключение и наметить пути восстановления в совокупности с лечением выявленных заболеваний.

1.3. Функциональной нормой является положение усреднённых, когда $f > e$ в промежутке от 2 до 5%

1.4. Если $f < \text{или} = e$, то для измеряемого пациента это показатель перенапряжения - как физического, так и эмоционального. Необходимо исключить следующие ситуации, в которых это состояние является нормой:

- Измерение проводилось в жаркую, душную погоду;
- Перегрев пациента на солнце;
- Пациент страдает излишним весом (повышенная степень ожирения);
- Измерение проводится после терапевтического воздействия (особенно после воздействия, проведённого на энергетическом уровне - скэнar, экстрасенсорное воздействие);
- Как следствие данного состояния - повышенная сонливость или ступор;
- Неправильно проведена нормировка прибора (в случае несоответствия индивидуального юстировочного файла вашему измерительному блоку «РОФЭС») – **интерпретация результатов в этом случае будет некорректна.**

1.5. Если $f \gg e$, то в этом случае для измеряемого человека характерно состояние недостаточного наполнения энергией его меридиональной системы, может быть показателем длительного нахождения в геопатогенной зоне, своеобразная потеря энергии.

2. Затем анализируются **линии "физиологии" и "энергетики" в каждом меридиане**: их совпадения, расхождения, пересечения.

2.1. Соотношения между красной и синей ломаными подчиняются тем же правилам, что перечислены в пунктах 1.4. и 1.5.

2.2. Наложение красной и синей ломаной при анализе состояния меридиана («слипание») соответствует подтверждению воспалительного состояния в органах, контролируемых данным меридианом.

3. Далее анализируется состояние **ветвей меридианов** : расхождения или совпадения значений измерений реакции БАТ на воздействие тока прямой и обратной проводимости.

4. Большая изломанность профилей значений электрохимической проводимости (от 6-и и более острых углов – рофограмма «ёжик») является следствием неустойчивости нервной системы, неуравновешенности характера – показатель эмоциональной дестабилизации пациента.

11. Клинические аспекты рофэс®-диагностики

В отличие от западного подхода к диагностике, основанного на нозологическом принципе, акупунктурная рефлексодиагностика базируется на синдромной оценке состояния пациента, на системном подходе к определению состояния больного. Чтобы упростить восприятие и облегчить практическое применение основ восточной медицины врачами, ориентированными на европейскую школу диагностики, ниже перечисляются наиболее часто встречающихся изменения профилей электрокожной проводимости на диаграмме (рофограммах) с указанием напротив каждого изменения того перечня возможных нозологических форм заболеваний, в рамках которого необходимо вести дальнейший поиск окончательного клинического диагноза.

Частота совпадений заключений, полученных с помощью «рофэс-диагностики» и клиническими диагнозами, выставленными больным в результате углубленного клинико-лабораторного обследования пациентов достаточно высока и составляет 85 - 90 % (см. приложение 1.).

Напоминаем, что «рофэс-диагностика» является скрининг-диагностикой. Подобно любым скрининг-диагностикам (УЗИ, Рентген, Томография, Фолль, Вегето-Резонансный тест и т.д.). Результаты диагностических выводов в ней должны ставиться как ПРИЗНАК того или иного диагноза, синдрома или состояния. Поэтому в выводах Экспертной Системы программного обеспечения «РОФЭС» указываются ПРИЗНАКИ тех или иных состояний пациента с математической вероятностью, обрабатываемой программой. Если специалист пишет заключение по данным «рофэс-диагностики» самостоятельно, то рекомендуем ставить перед выводами : признак РОФЭС-диагностики(или Рофэс-признак...).

11.1. Клиническая интерпретация состояния меридианов

Центростремительная направленность меридиана (для всех меридианов ФИЗИОЛОГИЯ > ЭНЕРГЕТИКИ)

для всех клинических интерпретаций тяжесть процесса будет характеризоваться степенью отклонения от усреднённых линий

1.

Основные показатели:

$P(s) = P(d)$

- Двусторонний острый, подострый воспалительный процесс верхних дыхательных путей (чем ближе к центру рофограммы) - бронхит, пневмония ; Status asthmaticus, приступы бронхиальной астмы;
- Инородное тело;
- Заболевания ЛОР-органов

$P(s) > P(d)$

- Острый, подострый воспалительный процесс по правому отделу верхних дыхательных путей

$P(s) < P(d)$

- Острый, подострый воспалительный процесс по левому отделу верхних дыхательных путей;

P перекрещивается с p : начинающийся процесс выздоровления

Косвенные показатели :

- Воспалительный процесс в шейных отделах позвоночника (C1 – C3)
- Воспаление щитовидной железы (тиреоидит);
- Кожные болезни;

2.

Основные показатели :

GI(s) = GI(d)

- Компенсированный воспалительный процесс; спастический колит; явления диареи;
- Неспецифический язвенный колит, стадия обострения;
- Геморрой, стадия обострения;

GI(s) > GI(d)

- Компенсированный воспалительный процесс по правым отделам толстого кишечника (по слепой кишке)

GI(s) < GI(d)

- Компенсированный воспалительный процесс по левым отделам толстого кишечника (по сигмовидной кишке),

GI переключается с gi - начинающийся процесс выздоровления (смотрите подтверждение по меридиану Р).

Косвенные показатели :

- Воспалительный процесс в шейном отделе позвоночника (C4 – Th1)

3.

Основные показатели :

E (s) = E (d)

- Признаки гастрита;
- Отравления;

E (s) > E (d)

- Явления гастродуоденита; эрозивный гастродуоденит; (обострение)
- Язвенная болезнь 12-перстной кишки; (обострение)

E (s) < E (d)

- Гастрит;
- Язвенная болезнь желудка;

E переключается с e - начинающийся процесс выздоровления

Косвенные показатели :

- E (s) > E (d) и E (s) < E (d) – подтверждение радикулита нижнего грудного отдела позвоночника (или справа, или слева – где больше ушло в ян);
- При панкреатите;
- При неврите лицевого нерва, тройничного нерва;
- При острой зубной боли;
- Лактирующая грудь;

4.

Основные показатели :

RP(s) = RP(d)

- Острый панкреатит, панкреонекроз, явление гипогликемии, заболевания крови (?);
- Возможно при травмах селезенки;
- Обострение сахарного диабета;

RP(s) > RP(d)

- Воспаление головки поджелудочной железы,
- Возможно при травмах селезенки;

RP(s) < RP(d)

- Воспаление хвоста поджелудочной железы;

- Возможно при травмах селезенки;

РР перекрещивается с гр - : начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс;

Косвенные показатели:

- При гриппе; ОРВИ;
- При реактивных панкреатитах;
- Неврозах;
- Внутричерепной гипертензии;
- Метеолабильности (чаще у детей);

5.

Основные показатели :

C (s) = C (d)

- До 20% от усредненного значения (штриховой) – вариант нормы;
- >20% - компенсированные миокардиты, прединфарктные состояния, инфаркты ;

C (s) > C (d), C (s) < C (d)

- Пороки сердца (или левый клапан, или правый);
- Аритмии различного генеза;
- Нарушение проводимости по пучку Гиса;
- Перепады АД;
- Экстрасистолии;

C перекрещивается с с - начинающийся процесс выздоровления.

Косвенные показатели:

- Стрессовые ситуации;
- Грипп; ангина; дифтерия и пр. обще инфекционные заболевания;
- Тиреоидит;

6.

Основные показатели :

IG(s) = IG(d)

- Явления энтерита, диарреи;
- Ишемический инсульт;
- Дисбактериоз (обострение);

IG (s) > IG (d)

- Воспалительный процесс восходящего отдела тонкого кишечника;

IG (s) < IG (d)

Воспалительный процесс нисходящего отдела тонкого кишечника;

IG перекрещивается с ig - начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс.

Косвенные показатели :

- Шейно-затылочная патология (остеохондроз, синдром позвоночной артерии);
- Воспалительные процессы головного мозга;
- Патология сосудов головного мозга;
- Субфебрилитет;
- Неврит лицевого нерва, тройничного нерва;

7.

Основные показатели :

V(s) = V(d)

- Пиелостит, цистит; вагинит; простатит; кольпит; аднексит; (все диагнозы выставляются в зависимости от пола), при наличии ВМС – вариант нормы до 30%.
- Радикулит пояснично-крестцового отдела позвоночника,

V(s) > V(d)

- Воспаление правого яичника;
- Ишиорадикулит правосторонний;

$V(s) < V(d)$

- Воспаление левого яичника;
- Ишиорадикулит левосторонний;

V перекрещивается с v - начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс.

Косвенные показатели:

- Гипертиреоз;
- Диффузный токсический зоб;
- Тиреоидит;

8.

Основные показатели :

$R(s) = R(d)$

- Пиелонефрит;
- Пиелостит;
- Гломерулонефрит;
- Мочекаменная болезнь; (обострение)
- Мочекислый диатез; (обострение)

$R(s) > R(d)$

- Воспалительный процесс в правой почке;
- Блуждающая почка;

$R(s) < R(d)$

- Воспалительный процесс в левой почке;
- Блуждающая почка;

R перекрещивается с r - начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс;

Косвенные показатели :

- Смена воды;
- Смена климата;
- Подагра;
- “Маршевая проба”

9.

Основные показатели :

$MC(s) = MC(d)$

- Истощение нервной системы; (показатель невротичности пациента)
- Кардионевроз;
- Инсульты;
- Внутречерепная гипертензия;

$MC(s) > MC(d)$

- Признак спазма сосудов головного мозга справа;
- Метеолабильность;
- Инсульт с правосторонним поражением головного мозга (в сочетании с другими диагностическими признаками);

$MC(s) < MC(d)$

- Признак спазма сосудов головного мозга слева;
- Инсульт с левосторонним поражением головного мозга (в сочетании с другими диагностическими признаками).

MC перекрещивается с mc - начинающийся процесс выздоровления.

Косвенные показатели:

- Радикулит шейного отдела позвоночника;

- Миокардит
- Обострение хронического тонзилита;

Если очень сильный ПЕРЕКОС между s и d, начинающийся почти от центра диаграммы в сочетании с перекосами по другим меридианам, то - склонность к онкологии.

10.

Основные показатели :

TR (s) = (d) TR

- Гипертонический криз;
- Подтверждение острого воспалительного заболевания с тяжёлым течением;
- Показатель приёма иммуностимуляторов;

TR (s) > (d) TR

- Гипертоническая болезнь;
- Показатель приёма иммуностимуляторов (модуляторов);
- Гиперфункция желез внутренней секреции;
- Феохромоцитома;
- Подтверждает процесс воспаления в верхнем, среднем отделах живота;
- Лимфолейкоз (? – необходим развернутый анализ крови).

TR (s) < (d) TR

- Гипотиреоз;
- После онкологической операции подтверждает положительный исход;

TR перекрещивается с tr: подтверждает процесс выздоровления. в верхнем, среднем отделах живота

11.

Основные показатели :

VB (s) = VB (d), VB (s) > VB (d), VB (s) < VB (d)

- Гипертоничный желчный пузырь;
- Заброс желчи в 12-персную кишку;
- Невриты; невралгии;
- ВСД по гипертоническому типу

VB (s) > VB (d)

- Холецистэктомия;

VB (s) < VB (d)

- Явления холецистита;
- Перехолецистита;
- Холангит;

VB перекрещивается с vb - : начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс.

Косвенные показатели :

- Подагра;
- Мигрень;
- Метеолабильность;
- Паразитарные инвазии;

12.

Основные показатели :

F(s) = F(d)

- Реактивные гепатиты;
- Гиперактивность половых гормонов (проблема удовлетворенности);
- Лактация;
- Результат токсического воздействия на печень (яды, алкоголь, наркотики);

$F(s) > F(d)$

- Мастопатия с преимущественным поражением правой грудной железы;
- Начальное проявление цирроза печени (учитывать анамнез);
- Явления гепатита;

 $F(s) < F(d)$

- Мастопатия с преимущественным поражением левой грудной железы;
- Начальное проявление цирроза печени (учитывать анамнез);
- Явления гепатита;

F переключается с f - начинающийся процесс выздоровления, компенсированный процесс.

Косвенные показатели:

- Гипотиреоз;
- Паразитарные инвазии;
- Кожные болезни;

11.2. Клиническая интерпретация состояния меридианов

Центробежная направленность меридиана

(для всех меридианов ФИЗИОЛОГИЯ > ЭНЕРГЕТИКИ)

1.

Основные показатели :

 $P(s) = P(d)$

- Хронический бронхит; хронический бронхит курильщика; бронхиальная астма;
- Больные зубы;
- Хронические гаймориты, фронтиты, отиты, ангины;
- Подтверждает ИБС; сердечную недостаточность;

При показаниях меридиана 80-99 у.е. на «рофограмме»:

- Бронхоэктазы;
- Пневмоклероз;
- Онкология лёгких;

 $P(s) > P(d)$

- Хронические воспалительные процессы по левой половине верхних дыхательных путей (ЛОР-органы);

 $P(s) < P(d)$

- Хронические воспалительные процессы по правой половине верхних дыхательных путей (ЛОР-органы);

P переключается с p - начавшийся процесс стабилизации хронических воспалительных заболеваний (фаза затухания),

Косвенные показатели :

- Нестабильность шейного отдела позвоночника;
- Остеохондрозы шейного отдела позвоночника;
- Слабая вентиляция лёгких при сердечно-сосудистой патологии (сердечно-лёгочная недостаточность);
- Аллергизация организма;
- Заболевания сердца;
- Кожные болезни;

2.

Основные показатели :

 $GI(s) = GI(d)$

- Атонический колит (запоры);
- Неспецифический язвенный колит;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- Кровотоочающий геморрой, свищи;
- Дивертикулы; Полипы;
- При подтверждении др. меридианами – опухоли прямой кишки

GI(s) > GI(d)

- Более выраженные поражения по левым отделам толстого кишечника;

GI(s) < GI(d)

- Более выраженные поражения по правым отделам толстого кишечника;

GI переключается с gi - начавшийся процесс стабилизации хронических воспалительных заболеваний (фаза затухания),

Косвенные показатели :

- Изменения по меридиану GI подтверждают отклонения по меридиану P;
- Глистная инвазия;
- Подтверждает остеохондроз шейного отдела позвоночника (C4 - Th1);
- Патология крупных суставов (преимущественно верхних конечностей);
- Аллергизация организма;
- Кожные болезни;

3.

Основные показатели :

E (s) = E (d)

- Хр. Гастрит; Хр. атрофический гастрит; Хр. эрозивный гастрит;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- Полипы;
- Грубые рубцы;
- Подозрение на онкологический процесс в желудке или 12-перстной кишке;

E (s) > E (d)

- Явления хр. гастродуодента;
- Эрозивный гастрит (уточнение по ФГС); (хр. течение)
- Полиноз;

E (s) < E (d)

- Язвенная болезнь ДПК, (хр. течение, рубцевание)

E переключается с e - начавшийся процесс стабилизации хронических воспалительных заболеваний (фаза затухания),

Косвенные показатели :

- Аллергизация организма;
- Эпилепсия;
- Хр. заболевания половых органов;
- Остеохондроз нижнего грудного и верхнего поясничного отделов позвоночника;

4.

Основные показатели :

RP(s) = RP(d)

- Хронический панкреатит;
- Сахарный диабет;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- Кисты;
- Опухоли поджелудочной железы;

RP(s) > RP(d)

- Преимущественное поражение хвоста и тела поджелудочной железы;

RP(s) < RP(d)

- Преимущественное поражение головки и тела поджелудочной железы;

RP переключается с rp - стабилизация процесса;

Косвенные показатели :

- Артриты нижних конечностей;
- Венозная недостаточность;
- Подтверждение инсульта, повышенного внутричерепного давления;
- Подтверждает заболевания крови;
- Нарушение в эндокринной системе;
- Ожирение;
- Дерматозы;

5.

Основные показатели : **$C(s) = C(d)$**

- Хроническая ИБС;
- Легочно-сердечная недостаточность;
- Постинфарктный кардиосклероз;
- Атеросклероз сосудов сердца;
- Миокардиодистрофия;

 $C(s) > C(d)$

- При сочетании с другими меридианами (если они все в инь) - вариант нормы;
- Поражение левых отделов сердца;
- Гипотония;

 $C(s) < C(d)$

- Поражение правых отделов сердца;
- Гипотония;

C перекрещивается с c - стабилизация процесса.

Косвенные показатели :

- Психические заболевания;
- Патология щитовидной железы;
- Онкология мозга (в соответствии с другими меридианами);
- Болезни крови;

6.

Основные показатели : **$IG(s) = IG(d)$**

- Атонический энтероколит;
- Явления дисбактериоза;
- Паразитарные инвазии;
- Инфекционные заболевания кишечника;
- Синдром мальадсорбции;

 $IG(s) > IG(d)$

- Энтероколит с преимущественным поражением левых отделов кишечника;
- Острая сосудистая недостаточность головного мозга (слева);

 $IG(s) < IG(d)$

- Энтероколит с преимущественным поражением правых отделов кишечника;
- Острая сосудистая недостаточность головного мозга (справа);

IG перекрещивается с ig - стабилизация процесса.

Косвенные показатели :

- Психастении; психоз;
- Недостаточности сосудов головного мозга;
- Выраженный церебросклероз;
- Подтверждает пониженное внутричерепное давление;
- Аллергопроцессы;
- Дерматозы;

7.

Основные показатели : **$V(s) = V(d)$**

- Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- Песок или камни в мочевых протоках.
- Полипы;
- Для мужчин – хронический простатит, уретрит, импотенция;
- Для женщин – хроническое воспаление придатков, климактерические проявления, нарушения цикла, дисгормональные нарушения после длительного ношения ВМС, беременность, фиброматоз;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- Аденома;
- Опушение матки;
- Фиброматоз;
- Полипы;
- Исключить онкопроцессы;

 $V(s) > V(d)$

- Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с преимущественным поражением левых корешков;
- Хронические воспалительные заболевания малого таза с преимущественным поражением левых отделов живота,

 $V(s) < V(d)$

- Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с преимущественным поражением правых корешков;
- Хронические воспалительные заболевания малого таза с преимущественным поражением правых отделов живота;

V переключается с v - стабилизация процесса;**Косвенные показатели :**

- Гипотиреоз;
- Аллергопроцессы;
- Токсикомания;
- Ожирение;
- Глазные болезни;

8.

Основные показатели : **$R(s) = R(d)$**

- Переход в хроническую форму заболеваний почек, учитывать выход в инь (на 15-20 % может быть вариантом нормы, может свидетельствовать о смене воды);
- Хроническая почечная недостаточность;
- Мочекаменная болезнь;
- Хронические пиелоститы;
- Подтверждение почечной гипертензии;

 $R(s) > R(d)$

- Преимущественно левостороннее поражение;
- Опушение левой почки или поражение ее в большей степени;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- Онкология почечной системы;

 $R(s) < R(d)$

- Преимущественно правостороннее поражение;
- Опушение правой почки или поражение ее в большей степени;

При показаниях меридиана на «рофограмме» 80-99 у.е.:

- онкология почечной системы;
 - Патология надпочечников;
- R перекрещивается с r** стабилизация процесса;

Косвенные показатели :

- Ожирение;
- Патология надпочечников;
- Понижение АД;

9.

Основные показатели :

MC(s) = MC(d)

- Гипотония;
- Рассеянный склероз;
- Аллергопроцессы;

MC(s) > MC (d)

- Дистония сосудов головного мозга слева;

MC (s) < MC (d)

- Дистония сосудов головного мозга справа;

Косвенные показатели :

- Подтверждает психические расстройства, тревожные состояния;
- Заболевания желудка;
- Заболевания сердца;
- Заболевания головного мозга;
- Заболевания лёгких;

10.

Основные показатели :

TR (s) = (d) TR

- Выход в инь на 15-20% - вариант относительной нормы для жителей экологически неблагоприятных районов;
- Показатель степени иммунодефицита организма;
- Подтверждение онко-процесса, аллергии, бронхиальной астмы, лекарственной болезни, псориаза, экземы,

TR (s) > (d) TR

- Гипертиреоз;
- Подтверждает обострение хронических заболеваний верхней половины живота;

TR (s) < (d) TR

- Подтверждает обострение заболеваний нижней половины живота;
- Гипертиреоз;

TR перекрещивается с tr - стабилизация процесса;

Косвенные показатели :

- Повышенная чувствительность к жаре и холоду (нарушение терморегуляции);
- Расстройство менструальной функции;

11.

Основные показатели :

VB (s) = VB (d)

- Гипотоничный желчный пузырь,
- Хронический холецистит гипотоничного желчного пузыря;

VB (s) > VB (d)

- Патология желчного пузыря;
- Хронические холангиты;
- подтверждение ишемических инсультов слева;

VB (s) < VB (d)

- Перекрут желчного пузыря или его врожденная патология;
- Состояние после холецистэктомии;
- подтверждение ишемических инсультов справа,

VB перекрещивается с vb - стабилизация процесса;

Косвенные показатели :

- Патология крупных суставов нижних конечностей;

Подтверждение

- Мозговых травм;
- Операций на мозге;
- Острых ишемических инсультов;
- Невритов, невралгий лицевого, тройничного нервов

12.

Основные показатели :

F(s) = F(d)

- Хронический гепатит;
- Декомпенсация функции печени (циррозы, опухоль, метастазы);
- Состояние эндотоксикоза;
- Нерешенные половые проблемы;

F(s) > F(d)

- Поражение печени (преимущественно левой доли);
- Поражение левой молочной железы, левосторонние невриты,

F(s) < F(d)

- Поражение печени (преимущественно правой доли);
- Поражение правой молочной железы, правосторонние невриты,

F перекрещивается с f - стабилизация процесса;

Косвенные показатели :

- мастопатии, опухоли молочных желез,
- опоясывающий лишай,
- хронические невриты лицевого и тройничного нервов,
- заболевания глаз;
- болезни крови;
- дерматозы;

Примечание.

По всем признакам выводов клинической интерпретации:

Для выхода на конкретизацию формы заболевания врач использует анамнестические данные и проводит опрос пациента в соответствии с теми видами заболеваний, которые указаны по состоянию меридиана.

Клиническая апробация метода «рофэс®-диагностики» проведена в ведущих клиниках страны (Российском научном центре реабилитации и физиотерапии, Уральской государственной медицинской академии, Уральском Региональном центре радиационной медицины, Новосибирском Медицинском институте и др.). Комплекс «РОФЭС» занесён в Государственный реестр медицинских изделий № 98/219 – 125 от 20 июля 1998 года. Регистрационное удостоверение № ФСР 2009/04341 от 17.02.2009 Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Отзывы о применении комплекса «РОФЭС» в профильных медицинских учреждениях смотрите в электронном ресурсе <http://rofes.ru>

11.3. Клинические варианты при многофакторной диагностике меридианов

Для облегчения клинической интерпретации рофограмм, нами предлагаются некоторые алгоритмы РОФЭС-диагностики. Алгоритмы составлены на основе многолетнего опыта экспресс-диагностики наиболее часто встречающихся заболеваний и могут с успехом использоваться врачами при скрининговых обследованиях больных.

Более подробный перечень алгоритмов РОФЭС-диагностики преподаётся на семинарах повышения квалификации для специалистов, имеющих опыт работы с данным видом диагностики, а также рассчитывается Экспертной Системой программного обеспечения «РОФЭС» на основании заложенной в неё базы знаний экспертных оценок (Способ электропунктурного определения функционального состояния человека с экспертной оценкой (РОФЭС-диагностика).// Патент на изобретение №2202278).

Для краткости изложения вся интерпретация многофакторной диагностики меридианов, соответствующих тем или иным признакам диагнозов, синдромов и состояний приводится по терминологии «рофэс-диагностики» (смотрите главу «Терминология «рофэс-диагностики»)

Признак Предонкология: состояние меридиана, который контролирует подозреваемый орган - всегда в ИНЬ , TR – сильно в инь, MC - сильно в ян (Метод "рофэс-диагностики" позволяет диагностировать онкологического заболевания на ранней стадии - доклинической. В период клинического проявления онкозаболевания, когда процесс вошёл в гомеостазис организма, «рофэс-диагностика» не выявляет самого заболевания, а определяет сопутствующие нарушения в органах и системах В этом случае, специалист может протестировать пациента по нозодам из электронного селектора).

Признак Мигрени, невралгии : Е ; VB ; MC в ян с небольшим перекосом или параллельно .

Признак Гастродуоденит, язва, эрозивная форма ДПК: Е ; IG; RP в ян могут быть перекосы ; при выздоровлении - перекрещивание е\f.

Признак Хронический бронхит , пневмония : Р ; GI в инь параллельно или с перекосами. TR в инь, при обострении может быть в ян .

Признак Инфекция ВДП, ангины, гайморит : Р; MC в ян, возможны перекосы, GI слабо в ян, TR в инь - в зависимости от тяжести(фазы) процесса ОРВИ.

Признак Стенокардия напряжения, высокое АД: С,MC в ян (может быть и при инфаркте) ; IG в ян; F в инь ;TR в ян.

Признак Постинфарктное состояние : С; MC; TR в инь, с перекосами, (если широкий коридор между е и f в данных меридианах - подозрение на ранний атеросклероз).

Признак Хроническая ЛОР инфекция: Р в инь , большие перекосы по MC в инь, TR в инь с перекосами. Перекрещивание е и f - свидетельство выздоровления.

Признак Нарушение мозгового кровообращения: IG максимально в инь с большим перекосом между ветвями, VB в начальной стадии в ян, затем переходит в инь; F; TR в инь.

Признак Цирроз печени: F глубоко в инь , VB; Е ; RP инь

Признак Синдрома эндогенной интоксикации рофограммы в виде «инь – круга», характеризующегося состоянием всех меридианов, направленных к краю диаграммы (в коридоре 90-100 ед.). Такое состояние отражает недостаточность (либо отсутствие) функций «шлаковыводящих» органов и гипофункцию иммунной системы.

P; Gi; E; MC; Tr; F - в инь. Показатели меридианов VB; F изменяются в зависимости от вида дискенезии желчевыводящих путей и степени холистаза – к центру или краю от усреднённых линий

Признак Паразитарные инвазии

при лямблиозе по меридиану Ig, в инь, $s = d$, $f \gg e$, ;VB в ян.

при аскаридозе и токсокарозе GI и IG инь, $s=d$, $f \gg e$.

при описторхозе F в инь $s < d$, у 70-80% $f = e$, причём на VB $s = d$, для 80% пациентов $f \gg e$.

(смотрите подтверждение по тестированию с электронным селектором)

В приложении 3 приведена статья Лаврик И.Г. «Особенности патогенеза больных атопическим дерматитом с анализом на комплексе «РОФЭС» в работе врача – дерматолога». Где подробно рассмотрены закономерности состояния меридианов при различных степенях проявлений атопического дерматита с сопутствующими заболеваниями. Также смотрите электронный ресурс <http://rofes.ru> со статьями по применению комплекса «РОФЭС» в медицине.

11.4. Признак эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей. По материалам пособия для врачей «РОФЭС-диагностика эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей и оптимизация методов лечения» ГОУ ВПО УрГМА федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, доцента кафедры неврологии, нейрохирургии с курсом рефлексотерапии УГМА, к. м. н. Н.С. Альтмана с соавторами, 2006, Екатеринбург, 36 стр.

Актуальность проблемы.

Актуальность проблемы эрозивно – язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта обусловлена значительной распространенностью этой патологии у детей. Установлено, что в структуре патологии пищеварительной системы заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки составляют 50-60%, что хронические гастродуодениты и язвенные болезни свидетельствуют о несвоевременной их диагностике [4,12]. Поздняя диагностика хронических гастродуоденитов и язвенной болезни во многом объясняется малоинформативным клиническим началом болезни, частым вовлечением в патологический процесс других органов пищеварительной системы, недостаточным знакомством врачей с клиническими проявлениями заболевания и сложностью инструментального обследования ребенка.

Если схемы лечения больных с заболеваниями верхнего отдела желудочно - кишечного тракта хорошо разработаны и нынешний арсенал лечебных средств позволяет купировать обострение патологического процесса, то методы долговременной реабилитации так же, как и профилактика рецидивов болезни, требуют дальнейшей разработки. Этому способствуют недостаточно учтенные критерии эффективности и длительности лечения больных в стационаре при отсутствии прогностической оценки течения болезни [4, 5, 12].

В целях раннего выявления заболеваний и их прогноза, нами используется методика экспресс-диагностики с помощью аппаратно-програмного комплекса электропунктурной диагностики - «РОФЭС».

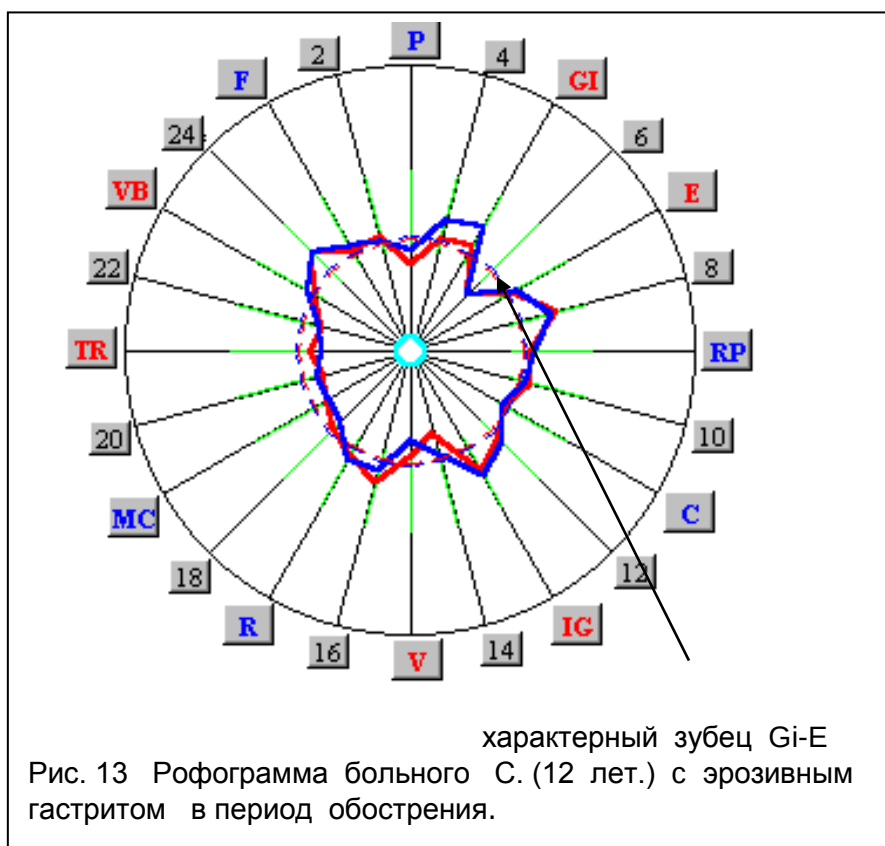
Характеристика больных.

С 2000г. по 2004г. с помощью комплекса «РОФЭС» было обследовано 198 детей, находившихся в гастроэнтерологическом отделении детской городской больницы № 9 г.Екатеринбурга. Возраст больных составлял от 8 до 15 лет, девочек и мальчиков, соответственно было 128 (64,6%) и 70 (35,4%), т.е. больных девочек было в 1,5 раза больше.

Часть больных (67 детей - 33%) имеет диагностированную язвенную болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, при этом в ряде наблюдений (у 16 детей - 8%) диагноз был поставлен впервые в специализированном отделении. Большинство детей (131 ребенок - 67%) наблюдались ранее и лечились по поводу хронического гастрита (гастродуоденита), эрозивного и не эрозивного [3].

Указанные больные составили основную группу, у которых проводилась РОФЭС – диагностика и пунктурная физиотерапия. Наряду с основной группой РОФЭС – диагностика проведена в группе сравнения, получавших стандартное лечение (47 детей).

Методика диагностики

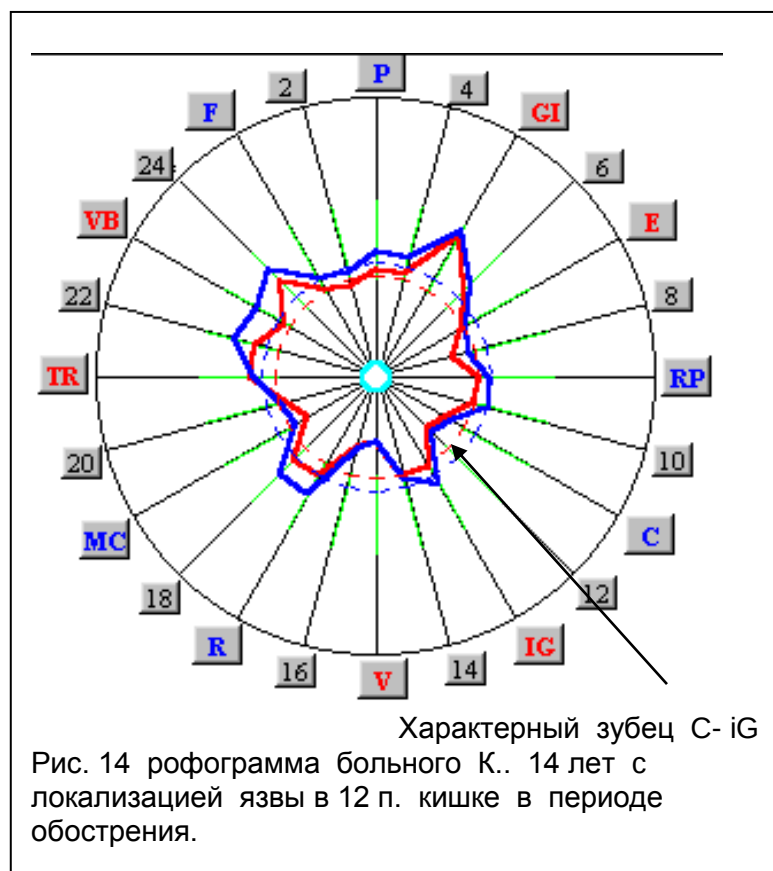


Первичная диагностика на аппаратно - программном комплексе «РОФЭС», проводилась после постановки эндоскопического диагноза. Повторно исследования РОФЭС – диагностики проводились после выписки из стационара и через 3 – 6 – 12 мес. на фоне противорецидивной медикаментозной и физиотерапии.

Не ранее, чем за 1 час до измерения больной принимал

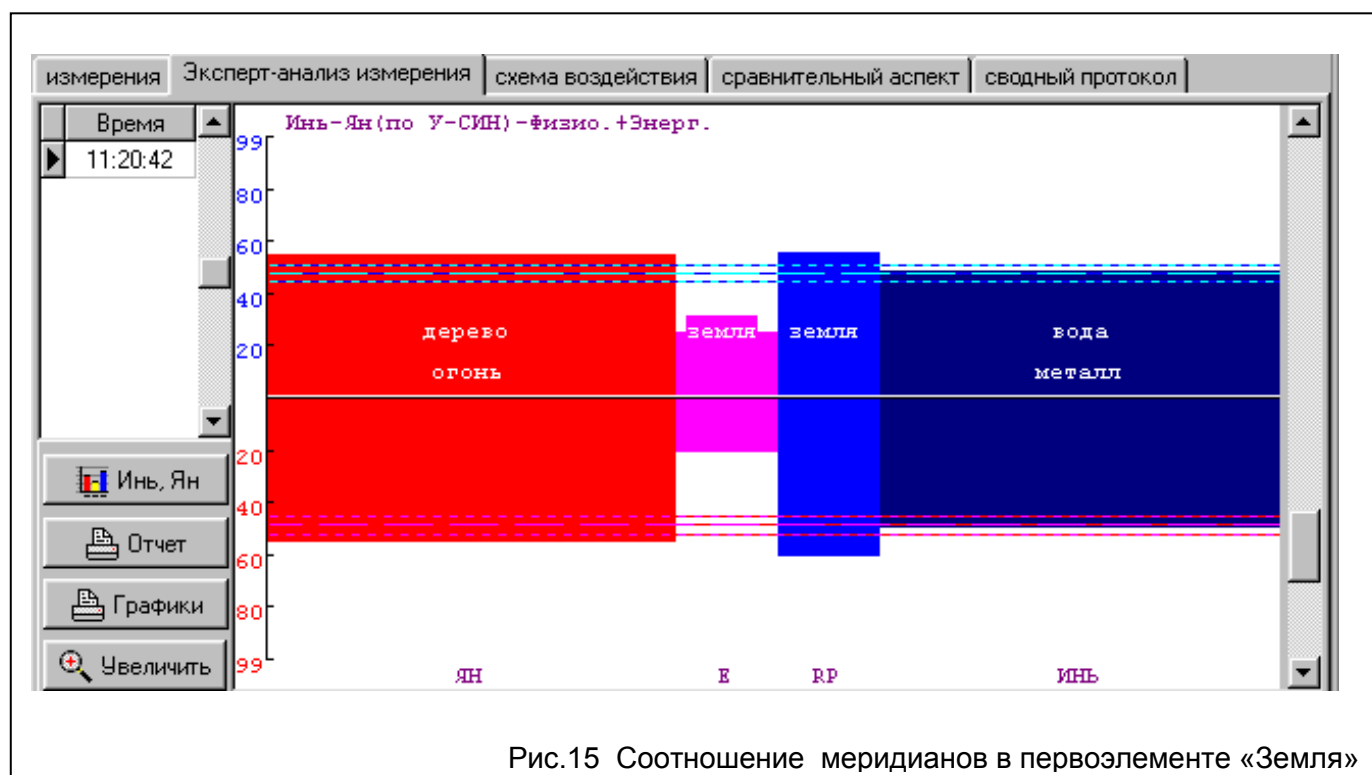
пищу, а непосредственно перед измерением он отдыхал около 10 мин.

В соответствии с теориями китайской медицины, повышение проводимости тока указывает на состояние избыточности меридиана, а снижение проводимости тока – на состояние его недостаточности [29, 35, 63]. Это показано на примере эрозивного гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) на рис.13 и рис.14.



При анализе круговых рофограмм как у детей основной группы, так и контрольной, отмечались характерные изменения, свидетельствующие о повышении электропроводности в репрезентативных точках ветвей меридиана Е- желудка и достоверное снижение в точках меридиана GI- толстой кишки, что характеризует относительную недостаточность или избыточность энергетической и функциональной составляющей меридиана.

Глубина поражения слизистой оболочки желудочно – кишечного тракта (поверхностное, эрозивное, язвенное) оценивали по соотношению меридианов в первоэлементе «Земля» графика «Инь-Ян» (рис. 15).



Как видно из приведенного рисунка, энергетическая наполненность меридиана Е в первоэлементе “земля” (по концепции «У-СИН») находится значительно ниже границ значения функционального коридора нормы, что характерно для тяжелого поражения (эрозивно – язвенного) верхнего отдела желудочно – кишечного тракта. Указанные изменения на рофограмме и в графике первоэлементов были у всех наших больных язвенной болезнью и хроническим гастритом, что было подтверждено данными дуоденоскопии (ФГДС).

Тенденции патологического процесса можно проследить по рисунку 16, где красные столбцы меридианов Gi, Е меньше синих и находятся значительно ниже границ нормы, что характерно для периода обострения.

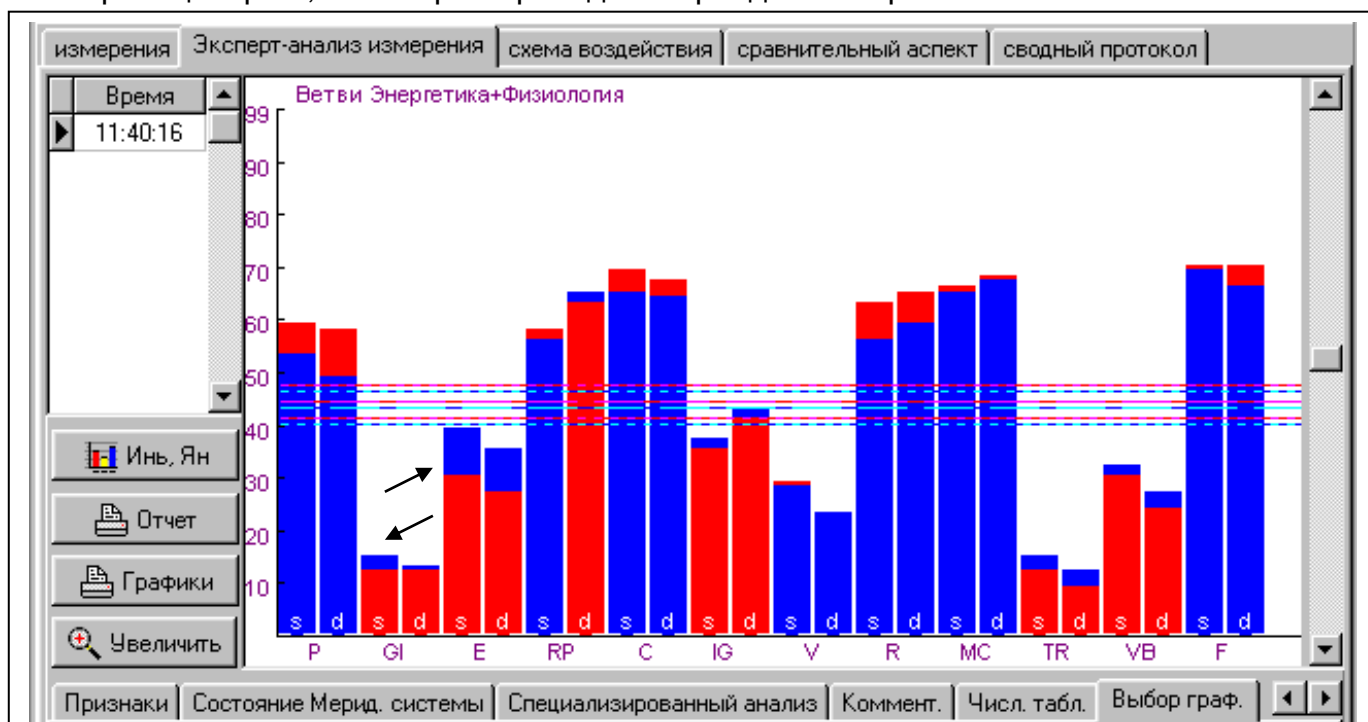


Рис 16. График сравнения меридианов Gi, Е в период обострения эрозивного гастрита у больного С. (12 лет).

В дальнейшем при проведении этим больным медикаментозной, а также

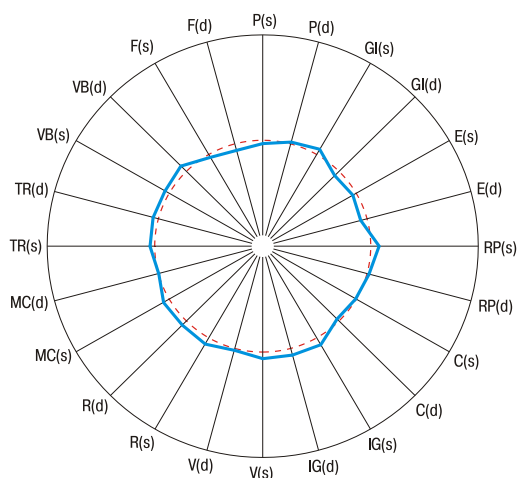


Рис. 17 Рофограмма больного С. (12 лет) после лечения

физиотерапии рофограмма приобретала форму круга, происходило выравнивание до нормы, энергетической и функциональной составляющей меридианов как GI-E, так и других (рис. 17).

Имея высокий процент совпадения «РОФЭС» – диагностики и данных клинко – инструментального обследования больных при диспансерном наблюдении и проведении реабилитационной терапии позволило нам **значительно снизить эндоскопическую нагрузку у наблюдаемых детей.**

11.5. Особенности клинической интерпретации при диагностике по разным методикам

Результаты диагностики по Су-Джок будут на рофограмме практически одинаковы с результатами по корпоральной методике в случае, если заболевание принимает хроническую форму. Тогда по проблемным меридианам, отвечающим за функционирование больного органа, изменения профилей на рофограмме будут идентичны.

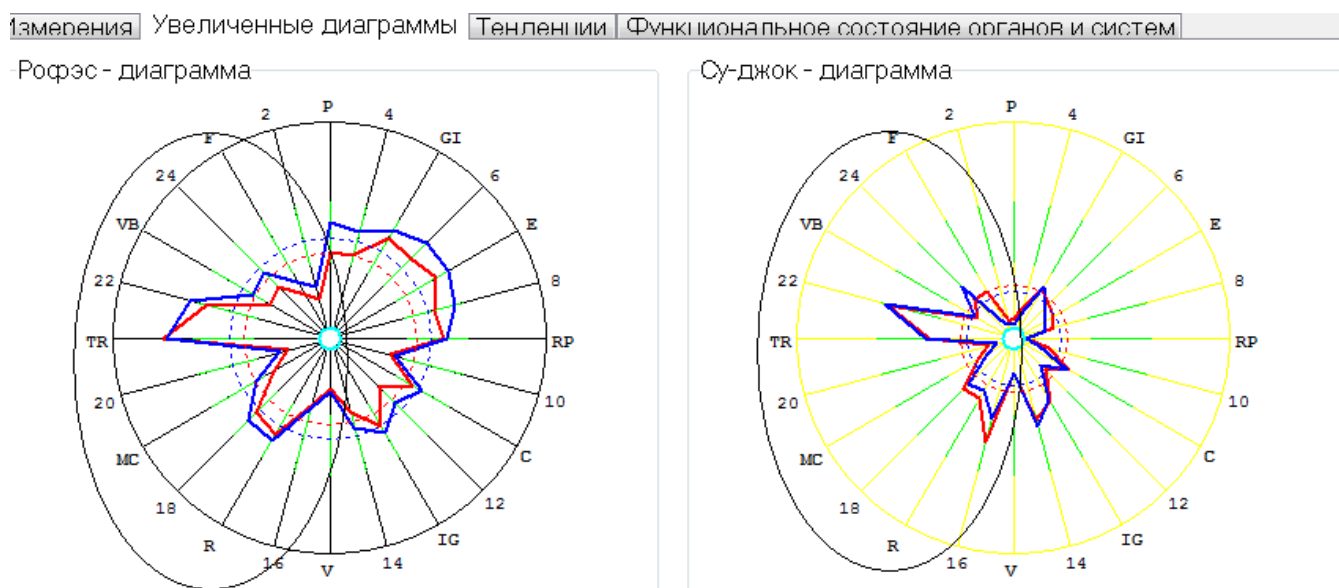


Рис. 18 Пример диагностики пациентки К.Н., 25 лет. Клинический диагноз Аутоиммунный тиреоидит (воспаление щитовидной железы). Измерена по методу Су-Джок и корпоральный (РОФЭС) перед оперативным лечением в связи с увеличением железы. Овалом обведены меридианы, по которым идёт практическое совпадение отклонений от индивидуального коридора норма (штриховых).

В программном обеспечении «РОФЭС» анализ результатов диагностики по различным методикам измерения осуществляется в режиме «Комплексный анализ».

12. Психологический аспект «рофэс-диагностики»

12.1. Литературный обзор по вопросу морфо-анатомического подтверждения связи физиологических структур организма с генерируемыми им психическими функциями

Поиск морфологического подтверждения различных психологических функций, эмоций осуществляется на Западе с начала XX столетия.

В XVIII веке была предложена первая физиологическая теория эмоций, которая вошла в науку под названием переферической теории Джеймса-Ланге (Статья Джеймса (James 1884) "Что такое эмоции?"). В трудах И.П. Павлова мы находим указания неразрывной связи эмоций и мозговых механизмов. Во-первых, это присущие организму потребности, влечения, отождествлявшихся у Павлова с врожденными безусловными рефлексам. Однако И.П. Павлов писал, что бесконечное многообразие мира человеческих эмоций не может быть сведено к набору врожденных ("даже сложнейших, даже жизненно важных") безусловных рефлексов.

Павловскую идею рассогласования заготовленного мозгом внутреннего стереотипа с изменившимся внешним, мы встречаем в различных модификациях у ряда авторов. По мнению Хоуджа (Hodge. 1935), эмоции возникают в момент, когда высшие мозговые центры не могут обеспечить адекватный ответ на воспринимаемую ситуацию или, когда существуют сомнения относительно возможности эмоционального ответа. По мнению Хоуджа, сила эмоциональной реакции обратно пропорциональна возможностям высших центров мозга.

Близкие теоретические представления позднее развиты Хеббом (Hebb. 1946) [24]. Реакция страха основывается, скорее, на рассогласовании в работе коры головного мозга, чем на собственном сенсорном восприятии обстановки. Результаты систематических экспериментов с разрушением различных структур, относящихся к лимбической системе, позволили Арнольду (Arnold.1965)[24] утверждать, что эмоции возникают под влиянием активизирующих команд из коры головного мозга.

Биологическая теория эмоций П.К. Анохина (1964) непосредственно связана с его более общей теорией функциональной системы поведенческого акта, по которой эмоции обнаруживаются при рассогласовании в деятельности модели функциональных процессов.

По данным Г. Хидена (H. Hyden, 1969), Дж. Мак-Коннела (J.V. Mc-Konnella, 1962), содержание и молекулярные изменения рибонуклеиновой кислоты связаны с долговременной памятью. Содержание стероидов крови в моче, алкалоидных солей, гиппурической кислоты в слюне, моче, по данным, приводимым Г. Айзенком (H.J. Eysenk, 1952), связано с нейротизмом и эмоциональностью. Содержание оксигемоглобина в крови, по данным И.М. Палея и К.Д. Шафранской (1969) и Г.И. Акинщиковой (1969), связано с экстраверсией - интроверсией.

Опыты Преображенской доказывают и то, что степень эмоционального напряжения оказывает влияние и на потребностно-мотивационный фактор. Мотивация, по мнению современных ученых, является физиологическим механизмом активирования хранящихся в памяти следов (энграмм). Данное высказывание подтверждается многочисленными опытами Э.А. Асратяна (1974, 1981) [6]. Анализируя научную литературу о теориях эмоций А.С. Батуев делает выводы о не только отражательно-оценочной функции эмоций, но и о их регуляторном значении в физиологических

процессах организма.

Во взглядах всех этих авторов прослеживается мысль о неразрывности физиологического и психического в человеке, и предполагается идея о разработке концепции, претендующей на объяснение принципов морфо-анатомической организации поведения.

Наиболее оптимальной моделью, характеризующей неразрывность связей физиологических свойств организма человека и генерируемых им психических функций, на наш взгляд, является предложенная «школой Мерлина В.С.» система интегральной индивидуальности человека (см. рисунок 19).

«интегральная индивидуальность»

Рис. 19



Однозначные и многозначные связи между системой индивидуальных свойств организма (системой жизнедеятельности организма) и ближайшей к ней системой индивидуальных психических свойств основываются в системе «интегральной индивидуальности» на эмпирических исследованиях и теоретических обоснованиях, однако не имеют обоснования *непосредственного механизма возникновения этих связей* от одной системы к другой.

12.2. Введение в структуру «интегральной индивидуальности человека» дополнительного связующего элемента - меридиональной системы

В чётко сформулированной структуре «интегральной индивидуальности», нами выдвинута гипотеза о возможности введения дополнительной системы индивидуальных свойств организма, позволяющей, на наш взгляд, сделать плавный переход от морфоанатомических структур организма человека на генерируемые им психические функции и *объяснить механизм этих связей*. Это предложенная система биорезонансных характеристик организма человека – его меридиональная структура (на схеме 1, в рамке). Она выделена как свойство организма человека на основе доказательств существования меридиональной структуры организма человека (смотрите главу «Меридиональная система – как «энергетический каркас» человека»). На чём базируется данная гипотеза ?

В настоящее время, все большее распространение в научных кругах получает гипотеза энергетического строения Вселенной. Наука, тем самым, признает энергетическую природу человека, функционирующего в резонансе с ритмами окружающего мира, тесно с ним взаимодействующего, подчиненного волновой теории Вселенной. Эмпирически, наука доказывает зыбкость перехода из волнового состояния материи, то есть энергетического, в корпускулярный - в элементарные частицы материального мира. Принципы квантовой механики вынуждают все большее число физиков пересматривать, как будто бы, прочно установленные отношения между пространством и временем, причиной и следствием, субъектом и объектом. Исследователи заметили, что даже сам факт наблюдения за частицей изменяет ее поведение. По мнению некоторых психологов, этого достаточно, чтобы снова поставить вопрос о связях между мышлением, то есть психической функцией, и материей: надо понять, наблюдаем ли мы саму материю или только наш собственный человеческий опыт.

Отсюда, извечный вопрос - что первично : материя или сознание, может получить логичный ответ - материя и сознание есть подобные структуры, разнящиеся по своей плотности и системе организации. Признавая энергетическую природу человека, наука, тем самым, все больше находит подтверждений достоверности методам диагностики и лечения восточными врачебными направлениями, основанными на понимании строения человека как «сосуда наполненного живой энергией, циркулирующей по его органам», и где отсутствие техники проникновения в различные спектры излучений живого организма заменялось философскими представлениями о строении окружающего мира и места человека в нем, что во многом находит подтверждение в современных представлениях о строении человека и его взаимоотношениях с окружающим миром.

Из доказательств наличия морфологического подтверждения меридиональной системы, объяснения её функционирования с точки зрения квантовой физики (см. гл Меридиональная система – как «энергетический каркас» человека), следует подтверждение жизненности всего того пласта знаний восточно-философского подхода восстановления жизнедеятельных функций человека, который зачастую отрицается скептиками.

На данном этапе развития медицинской науки и практических результатов применения методов коррекции меридиональной структуры, энергетические и биорезонансные характеристики заняли значимое место в системе физиологического строения организма человека и, зачастую, по иерархии ставятся перед нейродинамическими уровнями, как более тонкие и чувствительные к воздействиям окружающей среды. Они могут оказаться тем связующим звеном, тем субстратом, который объединит физиологические структуры организма человека с генерируемыми им психологическими функциями в иерархической системе «интегральной индивидуальности» (Смотрите предложенную схему 1 системы «Интегральной индивидуальности»).

12.3. Обоснование механизма возникновения связей между системой индивидуальных свойств организма и системой индивидуальных психических свойств личности в структуре интегральной индивидуальности человека.

Волновые характеристики всего спектра излучений пронизывающие, пространство несут массу информации об источниках их возникновения, отождествляющуюся для нас в виде восприятий, фиксируемых нашими коммуникативными органами и системами, настроенными на довольно узкий спектр излучений. Далее осуществляется дешифрация получаемой волновой информации на основе нашего жизненного опыта и мы получаем определённую картину окружающей нас среды.

Однако, как мы рассмотрели ранее, биоточки на поверхности организма являются своеобразными антеннами по приёму и передаче волновых характеристик как из окружающей среды, так изнутри организма в окружающую среду. Соответственно, энергоинформационное воздействие осуществляется не только на стандартные коммуникативные системы, но и на меридиональную систему. Таким образом, информация, имеющая отрицательное или положительное значение для коммуникативной системы восприятия, проходит не только через органы чувств, но и через меридиональную систему организма, а следовательно, через те физиологические системы, которые ею контролируются

При этом, излучения вступающие в резонанс с внутренними частотами организма вызывают у нас появление комфортных ощущений и соответственно, положительных эмоций, вступающие в диссонанс, вызывают дискомфорт и, соответственно, - вызывают появление отрицательных эмоций, что в конечном счёте будет определять наши поведенческие реакции.

Конечно, термины : положительная или отрицательная информация - субъективны, так как восприятие информации сугубо индивидуально и зависит от базальных характеристик человека.

Физические органы, через которые проходит получаемая информация по меридианам, можно представить в виде магнитной плёнки, на которую записывается данная информация, и, следовательно, чем больше отрицательной информации получит человек, тем сильнее будет нарушена функция того или иного органа. Первыми будут отказывать наиболее слабые звенья.

Описанный подход возникновения психосоматических нарушений тесно сопоставим с теорией Г.Селье «синдромом биологического стресса» («Стресс без дистресса» Г.Селье.) , в которой он доказал, что воздействие различных внешних факторов, не всегда паталогичных для организма, вызывает стереотипный набор (синдром) одновременных изменений в органах. Все органы , задействованные в исследованную цепочку, относятся к определяющим в жизнедеятельности организма. Данный набор (синдром) получил название «общий адаптационный синдром» (ОАС), или «синдром биологического стресса».. При этом, реакция на влияние различных факторов воздействия получила количественную оценку, например, интенсивность воздействия можно определять по степени вызванного ими увеличения надпочечников или атрофии вилочковой железы .

В физиологических системах, находящихся постоянно в угнетённом состоянии, в случае диссонирующего восприятия энергоинформационных потоков окружающей среды меридиональной структурой организма человека, происходят структурные изменения, приводящие к функциональному, а затем нозологическому изменению

органов и систем. Данные изменения приводят к излучению в пространство отрицательной волновой информации о их «негативном» состоянии через пронизывающие их меридианы (энергетические каналы), определяя эмоциональный настрой «хозяина» и, в конечном итоге, его поведение.

Таким образом, видна не просто связь между нарушением физиологических органов и психическими состояниями человека, но показан сам механизм возникновения органных функциональных и нозологических изменений в результате негативных колебаний психической сферы деятельности человека, базирующийся на механизме возникновения связей между системой индивидуальных свойств организма и системой индивидуальных психических свойств личности в структуре интегральной индивидуальности человека - его меридиональной структуре.

Любая поведенческая реакция человека обусловлена мотивационно-побудительными аспектами личности. Однако, любой мотив будет реализован, только пройдя через призму эмоционально-чувственного настроения индивидуума, и будет менее всего искажён в случае умения человеком наиболее эффективно контролировать данную сферу. Умение это складывается из его базальных психологических характеристик, его этических и моральных принципов, обусловленных средой воспитания.

Наследственно заложенные возможности человека намного шире тех, которые проявляются в определенных условиях. Данное предположение согласуется с теорией адаптации Селье об огромных возможностях человека в изменяющихся условиях.

Данная гипотеза подтверждается представлениями современных психологов : "Индивидуальные свойства, характеризующие базис личности отражают более устойчивые эмоционально-личностные тенденции. Тенденции уходят "корнями" в конституционно-заданный темперамент, определяемый физиологическими свойствами нервной системы, а "вершиной" - в социальные аспекты бытия человека, создавая определенное русло, ограничивающее количество степеней свободы выбора того или иного пути формирования более высоких уровней личности, и представляют индивидуально-очерченный эмоционально-динамический паттерн, на фоне которого развиваются социально детерминированные содержательные аспекты психики человека.

Этот фон не является индифферентным, он проявляет известную избирательность, тропизм в отношении средовых воздействий и способов самореализации , в связи с чем даже в аналогичных микросоциальных условиях формируются различные личности.» (Л.Н. Собчик, 1990).

Из приведённых выше теоретических выкладок можно выдвинуть гипотезу, что индивидуальный стиль деятельности человека, основывающийся на индивидуальном стиле обучения, зависит от наследственных характеристик, определяющих его состояние меридиональной структуры, следовательно, определяющих развитие его индивидуальных структур жизнедеятельности и индивидуальных психических свойств.

Среда воспитания, непосредственно влияющая на развитие человеческой личности, так же внесёт коррективы в развитие индивидуальных свойств человека, что в конечном итоге определит состояние его физиологических структур и генерируемых им психических функций .

Всё это отражается на состоянии меридиональной структуры организма человека, объединяющей обе системы в структуре интегральной индивидуальности, и, следовательно, может быть фиксируемо аппаратными средствами, предназначенными для диагностики функционального состояния человека по характеристикам его меридиональных.

Данное предположение базируется на латентном анализе, отличительной особенностью которого является предположение о связи теоретической (или латентной) переменной с наблюдаемыми и непосредственно измеряемыми свойствами объекта, то есть теоретическая переменная измеряется через наблюдаемые физиологические характеристики.

Как было приведено выше, система меридианов организма человека реагирует практически мгновенно на изменения состояний окружающей среды, взаимодействующей с человеком, и также мгновенно отражает изменение его внутреннего состояния - функционального и психического.

Эмоциональный настрой человека, определяющий его поведенческие реакции и зависящий от его более постоянных психологических характеристик, относится к психическим состояниям, то есть более кратковременным. Поэтому эмоциональный настрой человека, то есть психическое состояние на данный момент времени в наибольшей степени может быть зафиксирован аппаратными средствами, предназначенными для меридиональной диагностики.

Конечно, из этого можно предположить вывод, что анализ состояния меридиональной структуры человека будет давать только характеристики психических состояний, однако, совокупность психических состояний выводит на более постоянные психологические характеристики – психологические свойства личности. Так репертуар и частота внимания у ребёнка эмоциональных и функциональных состояний тесно связаны с чертами темперамента и характера. Например, более активные и выносливые дети чаще испытывают так называемые «стенические» эмоции радости или гнева, в то время как меланхолические (эмоционально нестабильные и интровертированные) - «астенические» эмоции (грусть, страх). (Для осуществления возможности получения постоянных психологических характеристик, в программном обеспечении «РОФЭС» введена математическая обработка совокупности результатов измерений человека за определённые промежутки времени («Сравнительный аспект»). Что позволяет получать картину стабильности изменений меридиональной системы с задаваемым математическим ожиданием, соответственно, флуктуации результатов измерений исключаются и получается стабильный психологический паттерн.)

Концептуально, как приводилось выше, восточный и западный подходы анализа структур организма человека разнятся, в основном, по терминологии, приписывая одним и тем же терминам разные смысловые значения, часто отвергаемые классическими «западниками» из-за привычки слышать подобную терминологию в ненаучной литературе.

Приведём ниже краткий перечень основных психических состояний, принятый в классической западной психологии, в которых принято различать эмоциональные и функциональные состояния человека.

Эмоциональные состояния : - радость (удовлетворение, веселье); - грусть (апатия, печаль, депрессия); - гнев (агрессия, озлобление); - страх (тревога, испуг) ; - удивление (любопытство); - отвращение (презрение, брезгливость).

Функциональные состояния связаны с уровнем бодрствования и внимания : - сон; - дремота; - спокойное бодрствование; - активное внимание (ориентировочная реакция); - напряжённое внимание (тревога, стрессовая мобилизация) ; - утомление (истощенное внимание, дистресс). (Основы психодиагностики. Шмелёв А.Г. ,1996 г.)

Для сравнения ниже будут приведены выдержки о психологических аспектах, соответствующих меридиональной структуре организма человека, из книги одного из основоположников развития акупунктурной диагностики и лечения у нас в стране Гаваа Лувсан «Очерки методов Восточной рефлексотерапии», в которой он описывает древневосточную концепцию «У-син», являющуюся основополагающей концепцией Восточного мировоззрения и базисной для восточных философов, целителей, врачей.

«В китайской медицине выделяют семь настроений, которые играют большую роль в развитии того или иного заболевания при их чрезмерном усилении.

У любого здорового человека существует 7 настроений : - радость; - гнев; - страх; - раздумье; - тоска; - печаль; - испуг.

Если эти настроения не переходят определенной грани в своем выражении, то это является неотъемлемой частью здоровой психики человека. Если же они выражаются чрезмерно, то могут стать причиной развития заболеваний, вследствие чего происходит блокирование чи (китайский термин, обозначающий один из видов энергии организма человека) организма и возникает «внутренний огонь».

Кроме того, каждому настроению соответствует орган, который отвечает за это настроение и наиболее раним при усилении конкретного настроения :

- Радость соответствует сердцу; (сердце - место умственной энергии). Сильные колебания радости могут вызвать напряжение душевной энергии. При пустоте душевной энергии возникают болезненные ощущения в области сердца и бессонница. Внезапный шум ведет к напряжению душевной энергии, что может быть причиной сердцебиения. Сначала повреждается сердце, а потом легкие (огонь по закону пяти элементов, повреждает металл).

- Гнев соответствует печени. При гневe печень теряет равновесие, приходит в волнение и заболевает". Это означает ,что гнев повреждает кровь и Инь-энергию печени. При ослаблении Инь, Ян становится несдержанным , что вызывает ярость.

- Испуг, страх соответствует почкам. В этом случае умственная энергия очень напряжена. Страх образуется первоначально из слабой энергии почек. Вода (почки может перестать рождать дерево . Образуется пустота с симптомокомплексом страх, шум в ушах, глухота , слабость в конечностях , холодные на ощупь конечности , люмбагии ...

- Печаль, раздумье соответствует селезенке. Мечтательность раздумья - концентрация разума на проблемах. Эта мобилизация умственной энергии повреждает селезенку поджелудочную железу. Возникает снижение аппетита, диспепсия, астенизация. Мечтательность может повреждать сердце, так как сердце средоточие умственной энергии. Если сердце побеждается горем, то у больного возникает сердцебиение, тупоумие, бессонница и забывчивость.

- Тоска соответствует легким. Скорбь, печаль , опасение клинически проявляются вместе. При чрезмерном развитии этих эмоций появляются признаки поражения легких (бледность лица, обильная потливость, кашель). Легкие стоят в прямой связи с селезенкой-поджелудочной железой, Земля производит Металл.

При лечении обращают внимание, как на излечение самого органа, так и на нормализацию чи.

В древнем Китае одним настроением лечили другое настроение:

- гневом лечили раздумья, печаль
- радостью лечили тоску
- печалью, раздумьем лечили страх, испуг
- тоской лечили гнев
- испугом, страхом лечили радость...»

Из всего выше сказанного, становится ясным, почему древние мастера рефлексотерапии считали высшим достижением излечивать своих пациентов не только акупунктурным воздействием, а умением подобрать определенные настроения. Эмоции, от которых своим воздействием на пациента приводили к излечению недуга.

Таким образом, можно заключить, что возможно определять эмоциональный настрой человека через анализ его меридиональной структуры, так как по восточно-философскому учению о энергетическом строении человека, переводя на классический западный язык, система измеряемых меридианов отвечает не только за физиологическое состояние организма - определенный набор органов и систем, но, и за состояние эмоционально-чувственной сферы, определяющей поведение человека в той или иной ситуации, отражающей уровень активности мыслительной сферы деятельности, определяющей критерии осмысления ситуаций и контроль над аффективными состояниями.

Подобными исследованиями, посвященными сопоставлению эмоциональных состояний пациентов состоянию их меридиональной системы, занимался Джон Дамонд, американский психолог, экс-президент Международной академии предупредительной медицины. Он выпустил в 1985 году книгу «Энергия жизни», где основываясь на двадцатилетнем опыте работ с пациентами, описал зависимость причин возникновения различных эмоциональных состояний от активности меридиональной структуры человека.

«Жизненная энергия - эта та сила внутри нас, которая делает нас здоровыми. Эта та причина, по которой растение растёт, ребёнок расцветает.» (Дж. Дамонд) Книга посвящена психологическим аспектам жизненной энергии.

Основой своей работы с меридианами он брал описательные характеристики анамнестического плана, соответствующие состоянию активности или пассивности того или иного энергетического канала. Сопоставлял эти характеристики с эмоциональным состоянием пациента и через них выходил на первопричины возникновения данных состояний, на базальные психологические характеристики.

Как написано в предисловии к изданию, «Его подход основан на его открытии, что каждый из 12 акупунктурных меридианов человека связан со специфическим эмоциональным состоянием. Ни одна книга прежде не рассказывала подробно и точно, что каждая эмоция и меридиан включают в себя.»

Он разработал своеобразную шкалу соответствия психических состояний активности или пассивности меридиональной системы организма человека. В качестве индикаторов в данной шкале он приводит портреты людей, имеющих постоянно угнетённые или активные меридианы, а так же черты характера, следовательно, поведенческие реакции, поставленные в соответствие состоянию

меридианов. Определение состояния меридиана осуществляется им по разработанным им мышечным тестам.

Для примера приведём описание психологических аспектов меридиана лёгких, развёрнутых в книге Дж. Диамонда. (перевод Н.Г. Низовцевой) :

« ... Лёгкие - «меридиан покорности».

Негативные эмоции : пренебрежение; презрение; неуважение; надменность; гордыня; нетерпимость; предубеждение.

Во многих случаях мы можем сказать, что люди, у которых проблемы с энергетикой меридиана лёгких, обычно те, кого называют - «раздут от гордости». Надменность обычный спутник тех, кто воображает себя выше или лучше всех остальных. Мы можем назвать меридиан лёгких «меридианом мнения других в отношении к себе самому» или меридиан «смирения».

Помните, что мы говорим о склонности. Если тест лёгочного меридиана слабый, это не значит, что вы презрительны или насмешливы. Это только значит, что вы имеете тенденцию чувствовать себя подобным образом, в особенности во время мышечного теста.

Если во время теста мы нашли меридиан лёгких слабым - мы должны признать это и затем перевернуть эти эмоции наоборот, трансформировать их в позитивные чувства (путём аффирмаций).

Каждый меридиан, имеющий отношение к позитивным или негативным эмоциональным состояниям - как континуум, идущий от одной крайности к другой. Мы видим это в идее высоты или низости нашего мнения о других в отношении к себе : «надменность находится на высоком мнении, которое мы питаем к себе, презрение - на низком мнении, которое мы питаем к другим» - эта высота или низость есть континуум эмоционального состояния меридиана лёгких.

Позитивные эмоциональные состояния меридиана лёгких - терпимость, смирение, скромность. Возможно, что лучшее и наиболее эффективное в клинической практике кроме терпимости - смирение. Смирение было определено как покорность противоположная гордыне и надменности... Проговаривание позитивных аффирмаций для меридиана лёгких преодолет эту слабость. »

Для сравнения с описанием психических состояний, в соответствии с состоянием меридиональной системы организма человека, приведённым в книгах Гаваа Лувсан и Дж Диамонда, далее приводится методика психологического анализа результатов аппаратного измерения меридиональной системы организма человека на комплексе «РОФЭС».

12.4. Экспертная оценка диагностики меридианов в психологическом аспекте по методу «рофэс®-диагностика».

Ниже приведённые критерии психологической интерпретации результатов электропунктурного тестирования относятся к лицам, находящимся в фазе бодрствования и, адекватно воспринимающим факторы воздействия окружающей среды. Исследования лиц с явными психическими отклонениями не проводились.

Для краткости изложения вся интерпретация меридианов, соответствующих тем или иным признакам психоэмоциональных состояний приводится по терминологии «рофэс-диагностики» (смотрите главу «Терминология «рофэс-диагностики»)

Для всех экспертных оценок общим правилом является :

Левые меридианы (s) – отражают внутренний мир человека и взаимоотношение его с близкими (с людьми, допущенными в интимное пространство – это зона вокруг человека, при нахождении в который другого субъекта, не вызывает у него чувства дискомфорта)

Правые меридианы (d) – отражают взаимоотношения с окружающей средой.

Меридиан Лёгких – Р.

Состояние меридиана лёгких отражает критерии свободы человека : свобода от нереализованных желаний, притязаний. Самооценка, оценка окружающих.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, (f > e))

Возможные варианты состояний :

Человек заикливается на анализе ситуаций, обвиняя в случившемся или себя , или окружающих.

P(s) в ян (> 7% от средней) - обвинение себя.

P(d) в ян (> 7% от средней)- обвинение окружающих.

Характерно при навязчивых мыслях, страхах, психических расстройствах, семейных конфликтах.

В плане работоспособности - приводит к лихорадочности, дискретности действий, что снижает профессиональные показатели, или для поддержания их на уровне нормы требует дополнительных энергетических затрат, что держит человека в повышенном эмоциональном напряжении, то есть стрессовом состоянии.

Меридиан Толстого кишечника - GI

Отражает адаптационные возможности человека в социальной среде.

Самоутверждение . Самореализация.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (н (Центробежная направленность, f > e)).

Возможные варианты состояний :

Потеря жизненных ориентиров. Отсутствие желаний, нет стимула к жизни.

В сочетании с Р - в инь - тоска.

Переход личности к отказу от борьбы за существование - синдром "опустились руки"

В сочетании с Р - ян - "потеря головы в прямом и переносном смысле" .

Человек закрывается от социума. Повышенная конфликтность , противопоставление своего "Я" , часто без реальной оценки ситуации.

Состояние - "На все наплевать. Как мне все и все надоело, включая самого себя" (Характерно в "трилистнике" суицидального настроения)

Меридиан желудка - Е

Состояние меридиана Е отражает состояние работоспособности, целеустремленности (слагаемые волевых побуждений) .

Показатель наличия физических и душевных сил для решения конкретных задач при достижении цели.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Накопление усталости. Человеку трудно доводить начатое дело до конца.

В случае постоянного показателя - характерно меланхоликам.

"Энергия медленно приходит и быстро уходит"

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний:

Сильная усталость. Отсутствие энергии . Пониженная работоспособность. Показатель результата как физических , так и эмоциональных нагрузок.

Подтверждает депрессивное состояние . Потеря жизненных ориентиров при сочетании с GI в ян.

Вялость. Скорбный взгляд.

В сочетании с RP - в инь, потеря работоспособности из-за заикливания на горьких думах, или уход от реальной жизни в туманную сферу грез и фантазий - возможно для наркоманов.

Меридиан поджелудочной - селезенки - RP

Отражает функциональные возможности в сфере образного восприятия мира и мышления.

Отражает изменения в чувственной сфере человека.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Отражает результат умеренных неприятностей во взаимоотношении с людьми, с событиями (образными объектами), приведших к некоторому огорчению, разочарованию.

По RP (s) - большее принятие своей роли в случившемся.

По RP(d) - большее обвинение в случившемся других.

В случае стабильной тенденции состояния меридиана в данном положении - доминирующее образное восприятие окружающего мира (в сочетании с VB - в ян).

Характерно людям искусства, маленьким детям.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний :

Кратковременная характеристика. Отражает результат сильных неприятностей - сильное огорчение от отрицательных взаимоотношений со средой.

Сильные переживания.

Вспышки ревности (отношения с близкими ставятся превыше всего).

Состояние отстраненности.

RP(s) - огорчения в большей степени связаны с близкими. Горечь от невозможности представить свою помощь (чрезмерная привязанность).

RP(d) - огорчения в большей степени связаны с окружающими. Принятие себя в роли пострадавшего, восприятие мира только через свое "Я".

Возможно, попытка усиленного анализа сложившейся ситуации (подтверждение - сочетание с VB - в инь).

Меридиан Сердца – С

Отражает состояние чувственной сферы человека. Его «душевность».

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, (f > e)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний

В случае постоянных характеристик : натура чувствительная и увлечённая, человек чутко реагирует на отрицательные и положительные события ("принимает близко к сердцу происходящее")

Возможна сензитивность в отношении критических замечаний.

Для женщин - норма.

Для детей - норма.

Для мужчин - чувствительная натура.

При ситуативной характеристике - показатель чувственных переживаний из-за проблем во взаимоотношении с социумом.

C(s) - в ян (> 7% от средней) - подтверждение интровертированности.

C(d) - в ян (> 7% от средней) - подтверждение экстравертированности.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний:

Острая реакция на конфликт с близкими (s) , с социумом (d).

Сильные чувственные переживания. В этом состоянии человеку свойственно замыкаться, уходить в раздумье, что приводит его к отрыву от реальной жизни (в случае слабого сознательного контроля, однако сознательный контроль дается человеку за счет компенсаторных сил, то есть повышенных затрат внутренней энергии). Человек начинает сжигать себя страданиями, думами, возможно осуждениями.

Возможно результат чрезмерной радости.

Сумбурность мыслей.

Отсутствие способности принятия решений.

Состояние возбуждения, замешательства.

Меридиан Тонкого кишечника – IG.

Отражает глубину чувств, сопереживание.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, (f > e)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

- Больше свойственно логикам (аналитикам), оценивающим происходящее умом, а не сердцем;

- Показатель недавно произошедшего лёгкого конфликта, приведшего к сердечным переживаниям;

Сильно в ЯН.

Возможные варианты состояний :

- Показатель произошедшего сильного душевного конфликта ("рана на сердце");
- Депрессия, связанная с заикливанием на сердечных переживаниях;

Меридиан Мочевых пузыря – V

Состояние меридиана отражает эмоциональный настрой человека .

Своеобразная шкала нейротизма – повышенная возбудимость или заторможенность.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, (f > e)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Скованность движений (пересекается по клинике - боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Слабое проявление эмоций, возможно следствие сильного эмоционального всплеска (фаза усталости после напряжения). В случае сочетания с состоянием меридианов, отражающем депрессию - депрессивное состояние.

Характерно для интровертов.

Потребность в защите.

Наблюдается увеличение интереса к противоположному полу или уход в "мир иллюзий и фантазий", как компенсация эмоциональной недостаточности.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний:

Эмоциональная заторможенность.

$V(s) = V(d)$ сильно в ЯН характерно наркоманам в период абстиненции, или лицам с подобными зависимыми состояниями.

Суицидальный настрой - в сочетании с F в инь, RP в инь, GI в ян, P в ян, E в ян. Толчком может быть обострение жизненных противоречий (возможно RP в ян)

Меридиан Почек – R.

Отражает фобии, страхи, переживания человека.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, (f > e)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Чрезмерная активность поведения. Накопление энергии для преодоления возникшего препятствия.

Для целеустремлённых, собранных, работоспособных людей - показатель порога рационального использования поступающей энергии из вне. В случае не переосмысления возможностей использования своих ресурсов - подключение энергетических запасов почек, то есть использование своих энергетических резервов.

Показатель увеличившегося прессинга отрицательной информации, первая фаза - реакция тревоги в графике возникновения стресса (синдром биологического стресса Г.Селье).

Как возможность разрядки - повышение сексуальной потенции.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний :

Страх.
Испуг.
Безвыходное положение.
Потеря жизненных ориентиров.

Меридиан Перикарда – MC.

Отражает уровни проводимости нервных импульсов .

Состояние центральной нервной системы.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Лёгкое возбуждение.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний:

Сильное нервное напряжение.

Прямой показатель агрессивного (с точки зрения индивидуума) внешнего воздействия среды.

Неврозы.

Меридиан Трёх обогревателей – TR.

Управление над аффективными состояниями. Показатель воли, упрямства, внушаемости и мнительности.

Наиболее показательный меридиан влияния стрессогенных факторов окружающей среды.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Подверженность влиянию взглядов и мнений со стороны окружающих, некоторая неуверенность в своих силах. Внушаемость.

Подверженность эмоциональным срывам.

Мнительность.

В сочетании с Р и VB в норме - умение принимать мнение окружающих в случае аргументированных доказательств.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний :

Полная разочарованность в жизни.

Отсутствие контроля над аффективными состояниями. Наличие контроля над аффективными состояниями только в социально значимых ситуациях, за счёт компенсаторных сил организма, через внутреннее эмоциональное напряжение. То есть за счёт растраты энергетических запасов организма (смотрите состояние меридиана R) TR(s) ближе к центру – опустошенность;

Меридиан желчного пузыря – VB

Отражает критерии функционирования интеллектуальной сферы деятельности человека.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Показатель интеллектуальной усталости, результат повышенных умственных нагрузок.

Замедление процессов мышления.

Длительное нахождение в таком состоянии приводит у детей к функциональным нарушениям билиарной системы.

Для детей, чаще синтетиков, - результат анализа, осмысления ситуаций, связанных с семьей (смотрите подтверждение по RP в инь)

Понижение контроля над аффективными состояниями.

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний:

Упадок сил.

Результат длительных умственных нагрузок или сильного конфликта с социумом.

Заторможенность процессов мышления.

В сочетании с меридианом R в инь - длительные переживания, беспокойства, фобии.

Меридиан печени – F.

Состояние меридиана характеризует результирующую эмоционального состояния – психическое состояние депрессии, раздражительности, гнева, ярости.

ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНА (Центробежная направленность, ($f > e$)).

в ЯН (> 7% от средней).

Возможные варианты состояний :

Результат сильного огорчения (s), возможна обида или злость.

Реакция агрессии на внешнее воздействие (d).

Сильно в ЯН (> 25% от средней).

Возможные варианты состояний :

Гнев.

Около центра диаграммы - ярость.

13. Интегральные характеристики адаптации в «рофэс-диагностике»

Адаптационные реакции организма человека – реакции приспособления, имея внутреннее происхождение, во многом определяются внешней средой, в которой он находится. Влияние среды способно активно воздействовать на адаптационный потенциал человека, стимулируя или истощая его, при этом запас приспособительных резервов обусловлен преморбидным состоянием организма и базальными психическими свойствами личности.

Каждый человек индивидуален. Резерв его организма, и базальные психические свойства личности зависят от тех факторов внешней среды, в которой он развивался: от ячейки общества – семьи, до страны в которой он живёт: это факторы наследственные, морально-нравственные, экономико-социальные, экологические. Поэтому, все они являлись обуславливающими в формировании адаптационных, приспособительных механизмов личности. Механизмов, нарабатываемых путем постоянного приобретения человеком опыта взаимодействия с окружающей средой.

В результате экспериментальных работ совместно со специалистами Уральской государственной медицинской академии, кафедры медицинской психологии, Российским федеральным ядерным центром, лаборатории психофизиологии (г. Снежинск) и др., авторами метода РОФЭС-диагностики был разработан ряд интегральных характеристик человека, позволяющих оценить степень готовности выполнять приспособительные функции, как живой биологической системы, имеющей иерархические уровни организации жизнедеятельности.

К ним относятся:

Шкала определения вегето-эмоционального тонуса.

Вегето-эмоциональный тонус повышенный - потребность в отдаче энергии. Соответствует холерикам и сангвиникам (экстравертам). Или меланхоликам и флегматикам (интровертам), в случае выведения их из состояния равновесия.

Вегето-эмоциональный тонус пониженный - потребность в получении энергии (потребность в покое) соответствует больше интровертам (меланхоликам, флегматикам). Или, в случае потребности экстраверта в покое - это фактор перегрузки и истощения

В результате анализа экспериментальных работ авторы метода пришли к выводу о необходимости получения автоматизированной интегральной оценки функционального состояния организма человека.

Под **функциональным состоянием человека** понимается сумма составляющих медицинского - клинического состояния организма и его психоэмоционального фона. То есть необходимо определять динамическое равновесие живого организма при изменении условий окружающей среды - «гомеостаз» («сила устойчивости» Г.Селье «Стресс без дистресса»)

Была разработана пятибальная шкала экспертных оценок функционального состояния человека, получаемых на основании математического формализованного анализа данных измерений, выдаваемых компьютером, и обозначенных как **Потенциал Адаaptации (от 0 до 100%)**, то есть состояние человека в результате воздействия стрессогенных факторов окружающей среды, складывающееся из совокупности физиологических и психических приспособительных реакций. Иными словами, определяется **степень гармоничного состояния человека, как баланс**

его внутренних состояний - физиологического и психического, на предъявляемые требования окружающей среды.

- **Отличное состояние** (адаптационный потенциал от 85 до 100 %)
- **Хорошее** (адаптационный потенциал от 70 до 84 %)
- **Удовлетворительное** (адаптационный потенциал от 55 до 69 %)
- **Неудовлетворительное** (адаптационный потенциал от 30 до 54 %)
- **Требуется реабилитация** (адаптационный потенциал от 0 до 29 %)

Эффективность предложенной 5-ти балльной шкалы оценок адаптационного потенциала подтверждена на большом контингенте обследованных лиц; в их число вошли жители территории Восточно-Уральского радиационного следа; участники ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС; профессионалы, работающих в контакте с ионизирующей радиацией; участники локальных военных действий (Афганистан, Чечня); подростки с девиантным поведением, находящиеся в местах лишения свободы; а также школьники, учащиеся (в разные периоды учебного года и с разными по интенсивности учебными нагрузками); студенты и др (подробнее смотрите электронный ресурс <http://rofes.ru> , раздел «Научная работа»).

Примечание :

В программном обеспечении «РОФЭС®» описанные выше интегральные оценки рассчитываются с учётом возрастных особенностей и могут отличаться от приведённых в данном разделе оценок.

Таким образом, введение компьютеризированной обработки данных измерений организма человека с получением первичной интегральной характеристики в виде оценки функционального состояния организма человека, потенциала адаптации к предъявляемым требованиям окружающей среды и расчет вегето-эмоционального тонуса позволил упростить работу с экспресс-методом «рофэс-диагностикой» до уровня операторского - лаборант, младший медицинский персонал, что позволило проводить массовые исследования.

Период времени в течение 15 лет (с 1994 года), позволил разработчикам получить огромные практические результаты по применению метода и комплекса «РОФЭС» в медицине, психологии, социологии и педагогике, что дало возможность верифицировать экспертные оценки по клиническим и психологическим результатам диагностики. Постоянное сотрудничество с пользователями комплексов «РОФЭС», использующими его для диагностики и коррекции психосоматических состояний своих пациентов из различных регионов страны и за рубежом в течение этого периода, позволяет получать дополнительные экспертные оценки и алгоритмы, которые оперативно вносятся в программное обеспечение комплекса «РОФЭС».

Ниже приводятся несколько работ по оценке психосоматических состояний при анализе проблемных групп населения.

14. Психофизиологическая диагностика суицидального настроения

Специалисты предприятия УНПП «Альтаим» совместно с психологом Мидхатом Нуралиевым участвовали в психологическом эксперименте с группой осужденных подростков Кировоградской детской исправительной колонии. Эксперимент был разработан и одобрен со стороны Свердловской прокуратуры по надзору за соблюдением законов в ИТУ в ноябре 1996 года. Руководил и участвовал в эксперименте заместитель прокурора А. Фетисов.

Цель эксперимента определена как проведение психологического тренинга с группой заключённых - подростков (15 человек) на тему «Эмоциональная устойчивость в экстремальных ситуациях». Априори известно, что экстремальных ситуаций на «зоне» вполне достаточно.

Основные задачи эксперимента: показать подростку пути нравственно-духовного переосмысления жизненной стратегии в создавшейся с ним ситуации; показать возможность самосовершенствования в экстремальных условиях; показать преподавательскому составу исправительного учреждения возможные формы работы с подростками.

Дополнительной задачей было ведение психофизиологического контроля изменения состояний подростков в течение пяти дней проведения тренинга, с помощью экспресс -диагностики на комплексе «РОФЭС».

Для экспериментальной группы малолетних осужденных, измеренных на комплексе «РОФЭС» в исправительной колонии города Кировограда, где с ними проводился психологический тренинг, характерна тенденция стягивания «рофограммы» к центру диаграммы. Данная тенденция показывает по данным «рофэс-диагностики», что при внешней заторможенности поведения вся группа находится в постоянном эмоциональном напряжении (смотрите «Анализ рофограмм. (общие положения)»).

По окончании психологического тренинга наметилась слабая тенденция к ослаблению эмоционального напряжения подростков, что на «рофограммах» проявилось как увеличение площади, ограниченной ломаными линиями.

В экспериментальной группе были подобраны разные подростки, занимающие различный статус в своём сообществе. В числе их находился подросток с суицидальным настроением. Он тестировался вначале и после тренинга, а также после проведения индивидуальной с психологом М. Нуралиевым.

Показательно, что подтвердился штамп «суицидальной рофограммы», наработанный специалистами УНПП «Альтаим», характерный для людей, находящихся на грани совершения этого смертельного шага. Переориентация «рофограммы» на другие меридианы, после проведённой с ним работы, характеризует изменение его отношения к трудностям адаптации в экстремальных ситуациях, однако, характерная фигура «трилистник» осталась, как показатель энергетического дисбаланса организма и, соответственно, наличия риска к возвращению подростка на прежние помыслы (Рис. 12).

Рис.20



Психологическая интерпретация состояния пациента с суицидальным настроением по данной рофограмме на основе экспертных оценок следующая:

Положение ломаной на меридиане F - депрессивное состояние;

Положение ломаной на меридиане V - накопленный внутренний агрессивный эмоциональный настрой;

Положение по меридиану GI – потеря жизненных ориентиров;

Положение ломаной на меридиане RP - уход от реальной жизни;

Положение ломаной на меридиане P - обвинение во всём происходящем себя и окружающих;

Рис. 21



Кировоградская детская колония

Наш коллега из г. Томска, психотерапевт, к.м.н. Агапов Юрий Кузмич собрал базу из рофограмм 70 пациентов, имеющих проявления суицидального настроения (1998). Из них только 25 человек имели ярко выраженные тенденции суицидальной диаграммы. У остальных, по некоторым меридианам были показатели, приближенные к нормативным. Методом экспертных оценок мы с ним пришли к выводу, что данные лица имели суицидальные помыслы и, иногда, даже настрой, который наш коллега, как

профессионал, выявлял у них путём сбора анамнестических данных, но в момент проведения «рофэс-диагностики» эти тенденции не были у них ярко выраженными. Таким образом, электрофизиологический паттерн, соответствующий суицидальному настрою, характерен лицам, находящимся в сильно угнетённом подавленном состоянии, готовыми совершить этот рискованный шаг в настоящий момент времени, если у них для этого будут все необходимые условия. В Экспертной Системе ПО «РОФЭС» есть признак вывода «Сильно выраженное угнетённое подавленное состояние», рассчитываемое на основании расположения ломаных по диаграмме суицидального настроения.

15. Психофизиологическая диагностика синдрома минимальных мозговых дисфункций (ММД)

В настоящее время наиболее распространенной причиной школьной дезадаптации детей оказались минимальные мозговые дисфункции (ММД), проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. Большинство детей, имеющих затруднения в обучении (дислексия), - это дети с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД), у которых по ряду причин (родовые травмы, особенности индивидуального развития мозга, травмы и заболевания в раннем возрасте, заболевания психосоматической природы в подростковом возрасте т.д.) происходит неравномерное развитие различных отделов головного мозга. Ярким проявлением ММД является синдром дефицита внимания в сочетании с гиперактивностью.

Часто таких детей ошибочно относят к группе детей с задержкой психического развития (ЗПР). **Но, главным отличием детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью от детей с ЗПР является то, что это дети со стандартным и выше стандартного уровнем интеллекта!**

Дети и подростки с дефицитом внимания имеют значительные трудности в обучении и проблемы с поведением вследствие различных сочетаний и глубины проявления перечисляемых расстройств:

1. нарушения избирательности внимания, вплоть до легкого отключения;
2. затруднения контроля своих действий;
3. трудности в поддержании активности, соответствующей заданию;
4. проблемы в планировании и организации познавательной деятельности;
5. трудности в понимании смысла вопросов и формулировании ответов на них;
6. затруднения в выполнении заданий учителя;
7. неумение переносить неудачи.

Причина этих расстройств лежит в дисбалансе процессов возбуждения и торможения, что приводит к быстрой истощаемости деятельности, и ухудшению в учебе, а также негативно влияют на память, последовательность в выполнении действий, двигательные навыки, речь, сон, настроение. Синдром дефицита внимания может являться предвестником аддиктивных расстройств (пагубных привычек), вследствие неадекватности форм работы с этими детьми. Соответственно,

оперативное выявление синдрома и своевременные коррекционные процедуры позволят избежать негативного развития психической сферы ребёнка.

В клинической практике диагноз ММД ставится на основании сбора жалоб, данных анамнеза (перинатального и первого года жизни, семейного и социального), клинических проявлений.

При клиническом осмотре определяется соматический, неврологический, психологический и психиатрический статус, при необходимости привлекается широкий круг специалистов – логопед-дефектолог, ортопед, педиатр и прочие.

Проявления ММД индивидуальны и очень вариабельны в разные возрастные периоды, поэтому психологическое тестирование – неотъемлемая часть общего обследования ребенка. Важная роль отводится сведениям, полученным от родителей и педагогов с помощью специальных анкет, таких как опросники Коннерса, Ахенбаха и шкала АСТeRS. Всего используется от 10 до 15 методик. Необходимо чередовать тесты, направленные на исследование одной функции, чтобы не спровоцировать утомление или пресыщение. Все обследование длится около 1 часа и укладывается в один сеанс. Особенности выполнения тестов позволяют судить о состоянии зрелости отдельных психических функций ребенка.

Основными признаками ММД считаются отклонения в когнитивной сфере, поэтому в первую очередь оцениваются показатели **внимания, памяти и мышления**. В литературе указывается на наиболее информативные группы тестов, применяемых для обследования детей с ММД в разные возрастные периоды. Для исследования внимания и оперативной памяти применяется тест Тулуз-Пьерона, при оценке слухоречевой и зрительной памяти – методика “Лурия – 90”, интеллекта – методика Векслера, внимания – таблицы Шульте и тест Струпа. Для оценки степени развития школьных навыков и памяти используются соответствующие стандартные методики (Немов Р.С., 1994; Цветкова Л.С., 1998), словесно-логического мышления – тест “Исключение слов”, наглядно-образного мышления – графо-моторная методика “Дом, дерево, человек”. В нейропсихологическое тестирование также включаются пробы на доминантность полушарий и оценка “топически идентифицированных” функций высшей нервной деятельности – праксиса и гнозиса по общепринятым методикам (пробы Хеда, Кооса, фигуры Попельрейтера и пр.).

Сведения, полученные психологом при обследовании, позволяют выявить основные нарушения высшей нервной деятельности у ребенка, оценить степень их выраженности, предположить ход развития функциональных отклонений в дальнейшем.

Дифференциальная диагностика затруднена из-за большого количества патологических состояний, при которых симптомы ММД выступают в качестве начальных или вторичных проявлений.

Компьютерная диагностика ММД на комплексе «РОФЭС»

Приведённые методы диагностики позволяют определять синдром минимальных мозговых дисфункций с высокой долей вероятности, однако **они эффективны только начиная с возраста 7-8 лет, когда он проявляется в явном виде на переходном этапе адаптации ребёнка к новым для него требованиям учебно-воспитательного процесса**. Актуально иметь возможность определять риск проявления ММД в раннем возрасте, чтобы подготовить ребёнка к критическому для его психофизиологических механизмов переходу в новую для него систему психо-социального развития.

Этому требованию отвечает метод компьютерной диагностики функционального состояния организма на комплексе «РОФЭС»

Результатом длительных исследований с использованием комплекса «РОФЭС», проводимых специалистами кафедры анатомии, физиологии и валеологии УрГПУ под руководством доцента кафедры М.В. Светлаковой, с детьми дошкольного и младшего школьного возраста в период с 2000 по 2007 годы, выявлены определённые закономерности электрофизиологического портрета ребёнка, соответствующего проявлению синдрома минимальных мозговых дисфункций.

Часто физиологическим нарушениям в организме предшествуют функциональные отклонения, которые являются прогнозом в формировании истории болезни либо проявлении какого-либо синдрома. Диагностирование на комплексе «РОФЭС» позволяет получать картину функционального состояния органов и систем, в том числе и центральной нервной системы и систем ею контролируемых. То есть появляется возможность доклинической диагностики, которая может быть прогностической в случае отсутствия принятия необходимых коррекционных мероприятий. Такой прогностический электрофизиологический паттерн (форма), характеризующий синдром минимальных мозговых дисфункций, диагностируется на комплексе «РОФЭС». Он проявляется в повышении электропроводимости на кожных зонах рук, соответствующих в рефлексотерапии меридианам GI, MC, C (в терминологии «рофэс-диагностики» GI, MC, C в инь). Получая такую картину, специалист может определить риск проявления синдрома ММД на доклинической стадии. Соответственно, в раннем возрасте будет легче осуществлять коррекционные мероприятия по преодолению ММД.

Как отмечалось ранее, ММД это зональное нарушение функционирования центральной нервной системы, каждое из которых в отдельности не является патологическим симптомом, и может отмечаться у здоровых детей, но в совокупности дают проявления уменьшения активности внимания и изменения поведенческих реакций. Из этого следует необходимость постоянного контроля функционального состояния центральной нервной системы, чтобы вовремя зафиксировать возникновение этих изменений и, соответственно, своевременно осуществить коррекционные мероприятия.

Длительность диагностирования синдрома ММД существующими тестом Тулуз-Пьерона и другими составляет от одного часа и более. Эти тесты возможно применить только с возраста 7 лет, когда ММД могут перейти в стойкое поведенческое и психофизиологическое проявление.

Диагностика детей на комплексе «РОФЭС» может осуществляться с 2-3 лет. Длительность процедуры 3-5 минут, которое может проводиться, практически, каждый день, но рекомендуется осуществлять тестирование на комплексе один раз в три месяца – желательно, раз в сезон. То есть в периоды сезонных колебаний, которые особенно сильно влияют на растущий организм ребёнка, когда может проявиться специфический электрофизиологический портрет, соответствующий ММД. Оперативные медико-психолого-педагогические мероприятия дадут возможность своевременно нейтрализовать проявления синдрома.

Дисфункции головного мозга, обуславливающие проявления ММД, восстанавливаются, что можно подтвердить повторной диагностикой на комплексе, и следующий этап контроля осуществлять через 3-4 месяца.

16. Диагностика фрустрированного состояния - как профилактика зависимостей в молодёжной среде

Объективными предпосылками аддиктивного поведения являются как эндогенные факторы (наследственная склонность), так и экзогенные, то есть социально-психологические причины – неблагополучие в семье, гиперопека в подростковом возрасте, тяжелые микросоциальные условия, а также акцентуации характера. Все эти причины приводят к трансформации психической сферы молодежи, в результате чего у них формируется установка на изменение своего сознания с помощью воздействия сильных раздражителей или принятия наркотических веществ (Г.К. Зайцев, А.В. Соловов, И.Н. Пятницкий).

По нашему мнению, приобщение молодежи к наркотическим веществам следует связывать, прежде всего, с особенностями развития их потребностно-мотивационной сферы и отсутствием достаточного количества валеологически обоснованных средств удовлетворения базовых потребностей, которые актуализируются на различных этапах созревания. В результате этого создаются ситуации, когда средствами удовлетворения потребностей становятся наркотические и психоактивные вещества (Г.К. Зайцев).

Часто мотивационная сфера молодых людей обуславливается их негативным психоэмоциональным фоном, вследствие возникновения у них чувства неудовлетворённости при достижении как глобальных – с их точки зрения, так частно локализованных целей, желаний, возможностей. Конечно, глобальность целей или локализация их обусловлена индивидуальными особенностями личности, его базальными психическими свойствами, социальным окружением, уровнем развития интеллектуальных и психологических сфер деятельности. В конечном счёте, состояние, в котором может оказаться подросток с негативным психоэмоциональным фоном, называться фрустрированным состоянием, с разной степенью выраженности. И от тех качеств личности, что были перечислены, будет зависеть, какой путь выхода из него выберет себе тот или иной подросток.

Здесь-то и подстерегает молодых людей с несформированной или неокрепшей потребностно-мотивационной сферой ряд соблазнов компенсировать своё фрустрированное состояние «лёгкой» и «быстрой» возможностью изменения сознания употреблением психотропных веществ, наркотиков или алкоголя. Таким образом, в силу своих возрастных особенностей, в молодёжной среде постоянно существует группа риска, участники которой могут перейти в категорию лиц, решающих компенсировать своё негативное психоэмоциональное состояние перечисленными методами, в зависимость от которых они попадают из-за быстрого включения их в метаболизм организма.

То есть, необходимо своевременно выявления лиц, находящихся в состоянии фрустрации, имеющих вероятность попасть в группу риска. Важно, не только выявлять употребляющих наркотические, алкогольные и пр. вещества, а на наш взгляд, ещё важнее определять тех, кто может стать потенциальными потребителями этих веществ в результате каких-либо жизненных психогенных факторов давления окружающей среды, вызывающих у них состояние фрустрации, с попыткой ухода в иррациональные формы защиты. Психологическим службам, опираясь на современные методы экспресс-диагностики и коррекции, необходимо оперативно

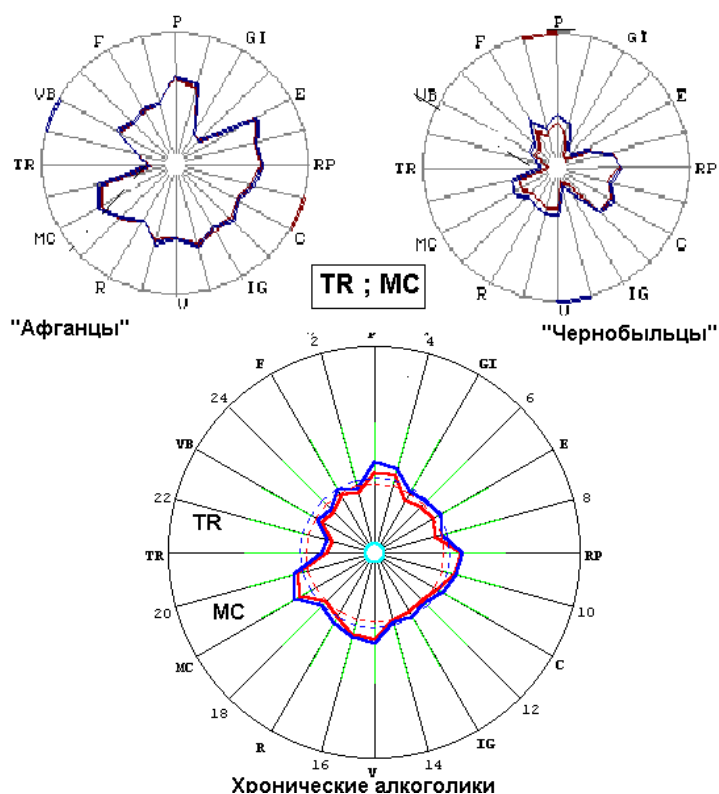
определять негативное психоэмоциональное состояние молодых людей, находящихся в состоянии фрустрации и акцентировать на них коррекционную деятельность.

Метод экспресс-диагностики «РОФЭС», позволит психологам учебных заведений, социальных служб оперативно выявлять лиц, находящихся во фрустрированном состоянии и имеющих высокую вероятность попадания в группу риска, где компенсация негативного психоэмоционального состояния осуществляется употреблением психотропных или алкогольных веществ.

Математический аппарат экспертной системы формализованного анализа данных результатов диагностики на комплексе «РОФЭС» позволяет определять наличие определённых электрофизиологических показателей, соответствующих у человека психоэмоциональным проявлениям, в том числе и негативным. И, в частности, электрофизиологический частотный портрет (паттерн), соответствующий фрустрированному состоянию, компенсированному алкогольной зависимостью, проявляющийся в виде изменения по кожным зонам, аналогичным в рефлексотерапии точкам меридианов TR ; MC ; RP - в терминах «рофэс-диагностики» TR в ян ; MC ; RP в инь. Причём, оператор получает не только графическую оценку о психоэмоциональном состоянии, но и текстовое заключение Экспертной Системы программного обеспечения с коэффициентом степени выраженности расчётных характеристик.

На приведённом рисунке видна закономерность, определяемая для дезадаптированных групп населения («афганцы», «чернобыльцы»), имеющих выраженные проявления фрустрированных состояний, обострившихся у них в периоды сезонных колебаний, межличностных отношений с группой лиц - хроническими алкоголиками.

Рис.22 Рисунок усреднённых диаграмм дезадаптированных групп.



Таким образом, специалисты психологической службы, проводя психофизиологическое тестирование на комплексе «РОФЭС» имеют возможность

выявлять лиц, находящихся в состоянии фрустрации, которое может быть завуалировано у них внешним эмоциональным спокойствием, обусловленным необходимостью нахождения в социально значимых местах. Выявление этих молодых людей и подростков позволяет своевременно предоставить им арсенал коррекционных мероприятий, направленных на формирование у них здоровой потребности – мотивационной сферы. А значит, вероятность попадания их в группу потребителей наркотических и психотропных веществ значительно уменьшается.

17. Специфика диагностических результатов различных групп населения

Интересные результаты, на наш взгляд, были получены нами в работе с контингентом участников боевых действий в Афганистане, в Свердловском областном клиническом психоневрологическом госпитале ветеранов войн.

Попадание в экстремальные ситуации, которые характеризуются как ситуации, в которых отсутствует человеческий опыт, приводит к огромной растрате резервов организма на поддержание внутреннего гармоничного состояния как физиологического, так и психического. Нахождение в зонах ведения военных действий, обусловленных множественностью факторов патологического воздействия, опыт взаимодействия с которыми у большинства участников отсутствует, привело к быстрой потере их резервов адаптации. Соответственно, к снижению адаптативности, приспособляемости к условиям уже мирной жизни, проявляющееся у них как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Проверяя пациентов на комплексе «РОФЭС», мы выходим на психосоматические механизмы дезадаптации человека, пребывавшего в экстремальных условиях.

Работая с контингентом участников военных действий в Афганистане в Свердловском Психоневрологическом госпитале ветеранов войн, мы нашли некоторые закономерности, свойственные данной группе, которые позволили выдвинуть ряд гипотез по теме адаптации участников к условиям поствоенной действительности.

Участникам Афганских событий, пребывавших в госпитале, свойственно на «рофограмме» сильное приближение к центру ломанных по меридиану TR (трех обогревателей) и меридиану GI (толстого кишечника) и в меньшей степени IG (тонкого кишечника) относительно других меридианов. При этом наблюдается характерная фигура - «трилистник» (Рис.23).

По экспертным оценкам «рофэс-диагностики» в психологическом аспекте эмоционально-чувственной сферы эти меридианы в целом отвечают за социальную адаптацию человека. Данное их положение свидетельствуют о социальной дезадаптации - десоциализации. То есть, стремление их вписаться в ритм окружающего Социума привело к растрате энергетических запасов по данным меридианам, не надо забывать и про общую сниженную адаптативность в результате пребывания в Афганистане. Внешняя поведенческая деятельность определяется ими как - «нас не понимают, да нам этого уже и не надо».

Отсюда постоянная потребность в стремлении к объединению единомышленников, так как в социально однородной группе они, как подобные энергетические системы, могут поддерживать свой энергетический потенциал.

В клиническом плане для «афганцев» характерно изменение регуляции системы гомеостаза с формированием предпосылок к атерогенезу, множественному и раннему атеросклерозу, более частому развитию летальных инсультов и (или) инфарктов миокарда и внезапной сердечной смерти, а также ранние и полисиндромные проявления патологии нервной системы и опорно-двигательного аппарата, тенденция к патохарактерологическому развитию личности.

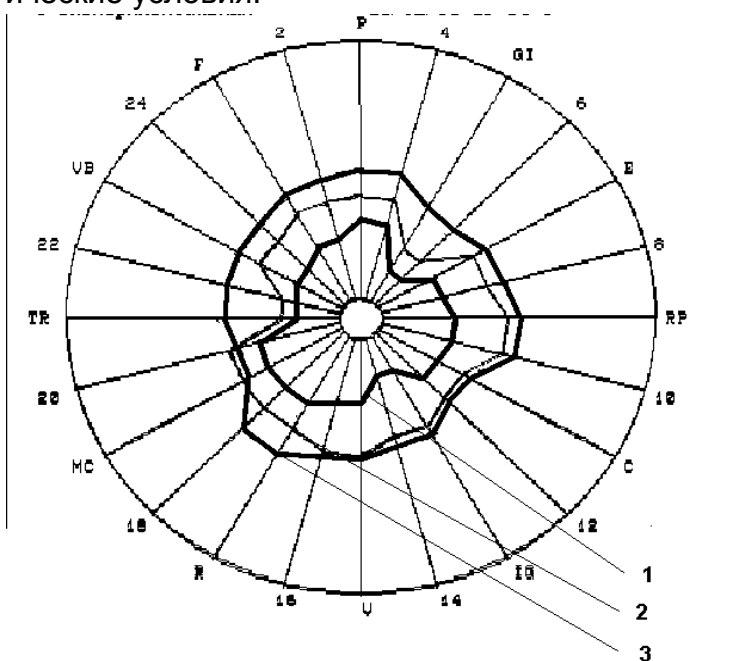
Сравнительный анализ рофограмм показывает также, что по мере увеличения субъективной личностной тревоги обследованных за состояние своего здоровья, т.е по мере увеличения выраженности посттравматического стрессового расстройства у

данных лиц, степень изломанности их рофограмм нарастает и вид последней все больше и больше приближается к форме «трилистника».

Авторы данных методических рекомендаций выдвигают гипотезу, что **наблюдаемая тенденция нарастания суицидального настроения для групп лиц, подвергшихся воздействию различных полистрессогенных факторов, характеризуется наличием для них общей картины энергетического дисбаланса в виде «рофограммы-трилистника», которая возникает в момент обострения жизненных ситуаций, сезонных климатических колебаний, возникновения межличностных конфликтов.**

Приведенный на рис.21 пример трилистника «суицидального настроения» может характеризовать ситуацию переориентации по критичным меридианам «трилистников» энергетического дисбаланса для дезадаптированных групп, в случае попадания указанных лиц в перечисленные критические условия.

Рис.23 Усреднённые рофограммы лиц, имеющих разную степень напряжения адаптационных процессов, соответствующих различным исследованным группам населения, подвергшихся стрессовым воздействиям (взрослые жители промышленного Урала; участники локальных военных действий; призванные через военкоматы участники ликвидации Чернобыльской аварии.)



Усредненные рофограммы исследованных групп населения :
Чернобыльцы - 1
Афганцы - 2
Энергетики-высоковольтники - 3

Очень показательны, на наш взгляд, результаты исследований на комплексе «РОФЭС», проведенные в Центре радиационной медицины г. Екатеринбурга на базе Областной клинической больницы № 2 с контингентами лиц, подвергшихся радиационному воздействию - «ликвидаторами» (1997-2000 гг.) .

«Рофограммы» лиц данной категории тесно сопоставимы с «рофограммами» «афганцев», имея более ярко выраженную форму «трилистника» (смотрите рисунки 22 - 23).

Данной форме соответствует своеобразная психофизиологическая характеристика ликвидаторов, полученная с применением традиционных для медицины методов исследований.

Для ликвидаторов аварии на ЧАЭС также характерно формирование закономерных и однотипных изменений функциональной активности организма. Отмечается ускорение процесса естественного старения на 10-15-20 лет по сравнению с календарным возрастом, прогредиентное течение артериальной гипертензии и

атеросклероза, формирование дисциркуляторной энцефалопатии и патохарактерологических изменений личности, появление склонности к суицидам и внезапной сердечной смерти.

Компьютерная ритмокардиография выявила существенные количественные и качественные различия между ними и практическими здоровыми лицами : в покое у ликвидаторов регистрировалась симпатикотония, а во время нагрузочных проб и переходных состояний, таких как клино-ортостатическая проба, физическая нагрузка, пробы Ашнера и Вальсальвы - более чем у половины обследованных регистрировалась парадоксальная и (или) неадекватная реакция.

Проба Люшера обнаружила наличие у них внутриперсонального конфликта в виде тревожности, актуальной потребности в самоутверждении, неясности для них целей и способов их достижения, проявление агрессивности, возбуждения и наступательных тенденций. Обследованные отличались замедленной приспособляемостью к смене окружающей действительности, сниженной способностью принимать самостоятельные решения и планомерно строить свое поведение в новой для них ситуации .

Клинические консультации психиатра уточнили специфику нарушений у ликвидаторов, подтвердили высокую отягощенность наблюдаемых лиц психопатологической симптоматикой (93%), определили ведущие психопатологические синдромы: психоорганический, неврозоподобный, депрессивный, астенический.

В прогностическом плане данные могли быть охарактеризованы как ригидные к проводимой терапии, склонные к суицидальным действиям и межличностным конфликтам, особенно в сфере семейных отношений.

Таким образом, РОФЭС®-диагностика в течение 5-10 минут обследования дает возможность качественно и количественно оценить выраженность дезадапционного синдрома у обследованного, определить основные его клинические проявления и обнаружить психофизиологические механизмы, лимитирующие адаптацию человека к дополнительным нагрузкам, а также предложить адекватную тактику его реабилитации с возможностью постоянного контроля.

18. Оценка адаптации к условиям мирной жизни участников антитеррористической операции на Северном Кавказе, как оценка эффективности социальной адаптации

Удовлетворительный социально-трудовой статус участников боевых действий, как показатель успешности социально-психологической адаптации к условиям гражданской жизни.

Данная работа осуществлялась на базе Центра социальной адаптации военнослужащих запаса и членов их семей, Министерства социальной защиты населения Свердловской области с 1998 по 2003 год, отделением медико-психологической реабилитации, заведующая отделением к.м.н. Козьмина К.И., Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов всех войн.

Научно-статистическая обработка результатов аппаратного диагностирования участников боевых действий на комплексе «РОФЭС» позволила выявить закономерность, показывающую прямую зависимость между показателем эффективности жизнедеятельности и их социально-трудовым статусом.

Неотъемлемой частью социально-психологической реабилитации участников боевых действий является восстановление их личностного и социально-трудового статуса. В качестве личностного статуса или эффективности жизнедеятельности взят интегральный показатель результата диагностики на комплексе «РОФЭС» - Адаптационный Потенциал (АП). В методе «рофэс-диагностика» Адаптационный Потенциал характеризует степень гармоничного состояния человека, как баланса его внутренних состояний - физиологического и психического, на предъявляемые требования окружающей среды, как показатель готовности выполнения своих жизнедеятельных функций. Чем выше АП, тем выше готовность выполнения своих жизнедеятельных функций. В качестве социально-трудового статуса взяты показатели трудовой обеспеченности участников боевых действий (от одного и более лет постоянной работы и материального дохода), полученные методом опроса при заполнении анкет, в период осуществления выездных работ работниками отделения по населённым пунктам Свердловской области. Результаты обследования сведены в таблицу и отображены на графиках.

Сводная таблица за 1999 – 2002 годы

№	Населённый пункт	Адаптационный Потенциал - АП	Кол.обсл.	Трудовая обеспеченность (процент обеспеченных стабильной работой)
1.	Покровское	АП - 59	7	7 человек – 100%
2.	Сысерть	АП - 48	16	13 человек – 81%
3.	Екатеринбург	АП - 44	68	43 чел - 63%
4.	Верхотурье	АП - 41	3	2 чел – 66%
5.	Серов	АП - 40	10	5 чел – 50%
6.	Новоуральск	АП - 36	86	53 чел – 61%
7.	Новая Ляля	АП - 34	14	9 чел – 64%
8.	Пышма	АП - 33	14	8 чел – 57%

9.	Туринск	АП - 32	23	11 чел – 47%
10	Красноуральск	АП - 31	21	15 чел – 71%
11	Тавда	АП - 30	36	19 чел – 52%
12	Мартюш	АП - 29	11	4 чел – 36%
13	Байкалово	АП - 29	13	5 чел – 38%
14	Невьянск	АП - 28	51	23 чел – 45%
15	Сосьва	АП - 17	8	3 чел – 37%
16	Ирбит 1999 год	АП - 12	8	3 чел – 37%
17	Берёзовский	АП – 10	28	11 чел – 39%
18	Кировоград	АП – 8	23	9 чел – 39%
19	Нижние Серьги	АП – 7	32	8 чел – 25%
20	Ирбит 2001 год	АП – 7	17	6 чел – 35%
21	Михайловск	АП – 4	43	4 чел – 9%
			Всего человек 532	Средняя обеспеченность работой – 50,09%

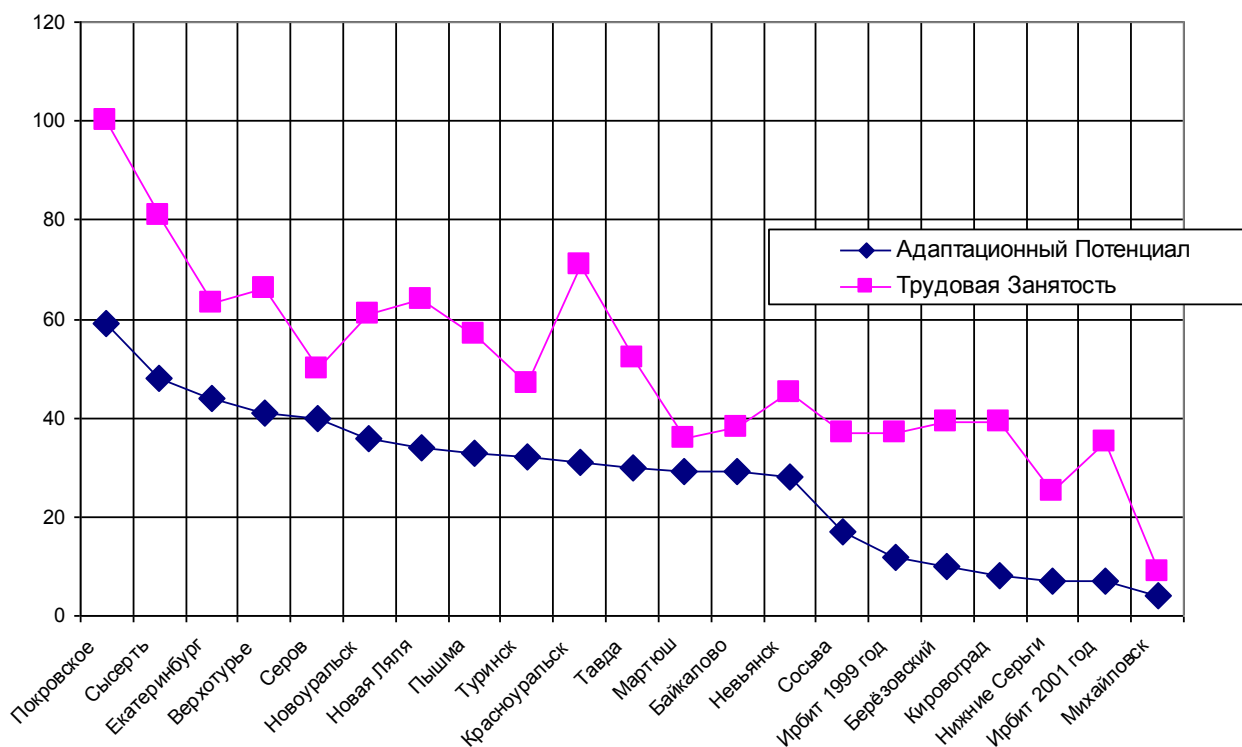


Рис. 24

Города Свердловской области в таблице и в графике отсортированы по убыванию среднегруппового Адаптационного Потенциала (нижний график). Как видно из верхнего графика другой показатель : процент имеющих постоянную работу – постоянный доход (верхний график), аналогично имеет тенденцию убывания, соответствующую распределению Адаптационного Потенциала (корреляция по Спирмену $k=0,8788$). Для выборки в 530 человек полученный коэффициент корреляции свидетельствует о наличии связи между эффективностью жизнедеятельности

(Адаптационным Потенциалом) и социально-трудовым статусом участников боевых действий.

Однако, выделяется группа городов, где на графике по общей тенденции убывания Адаптационного Потенциала и обеспеченности работой наблюдается феномен флюктуации в виде разрыва между АП и трудовой обеспеченностью (имеются ярко выраженные положительные приращения). То есть при относительно высокой трудовой обеспеченности участников боевых действий в этих населённых пунктах их средний АП остаётся низким. К ним относятся : Новоуральск, Пышма, Новая Ляля, Красноуральск, Невьянск, Берёзовский, Кировград, Ирбит (2001 год).

На наш взгляд, здесь можно говорить о макросоциально-психологических составляющих анализа полученных результатов. То есть проявляются факторы, изучаемые в новом направлении психологии – психологии среды.

Вывод:

Таким образом, для участников боевых действий высокий показатель эффективности жизнедеятельности (Адаптационный Потенциал) и их удовлетворённый социально-трудовой статус могут характеризовать успешность социально-психологической адаптации к условиям гражданской жизни. Конечно, показатель обеспеченности работой является одним из факторов, составляющих успешность адаптации участников к условиям мирной жизни. Однако, по значимости он играет, на наш взгляд, наибольшую роль в успешности их жизнедеятельности, что показывает анализ проведённых исследований. Критические всплески посттравматического стрессового расстройства будут проявляться у этих участников, скорее всего, в случае сезонных климатических колебаний, при обострении межличностных взаимоотношений. В эти периоды как раз необходима помощь на местах специализированных центров по работе с участниками контртеррористических операций, в необходимости которых показывает работа Центра социальной адаптации военнослужащих запаса.

Эффективность оказываемой помощи может оперативно определяться по приведённым выше критериям Адаптационного Потенциала.

19. Мониторинг адаптбельности и стрессоустойчивости на этапе профессиональной подготовки студентов и курсантов ВУЗов

© Талалаева Г.В., 2009

Проведение исследований по теме поддержано Российским гуманитарным научным фондом (грант РГНФ № 08-06-00030а) и Программами Президиума РАН «Фундаментальные науки - медицине» (2004 – 2008 гг.).

Вопросы безопасности интеллектуальной деятельности современного человека сегодня находятся по степени актуальности и практической значимости наравне с вопросами компетентности при подготовке молодых специалистов. Эта тема оказалась в центре дискуссии международного рабочего совещания преподавателей в области социального менеджмента, состоявшемся на базе кафедры социологии и социальных технологий ГОУ ВПО УГТУ-УПИ осенью 2008 года. Коллеги из Румынии высказались, что в век информационных технологий не набор профессиональных знаний, а личная адаптбельность (способность адаптироваться к новым условиям и требованиям работодателя) и стрессоустойчивость определяют конкурентоспособность и лидерство специалистов на глобальном рынке труда. В информационном обществе, когда компьютерные и мультимедийные технологии активно проникают в систему образования, учебные технологии имеют тенденцию к быстрому обновлению, что может стать объективной основой для волн информационного стресса и циклической динамики снижения стрессоустойчивости студентов каждые 3-5 лет. Эти циклы сопоставимы с продолжительностью обучения в вузе одного поколения студентов и даже меньше последней в 1,5 раза. Поэтому вопрос оценки и мониторинга стрессоустойчивости и адаптбельности студентов в эпоху информационных технологий перестает быть частной заботой о своем здоровье отдельных студентов, а превращается в неотъемлемый компонент компьютерных учебно-информационных технологий вуза.

Мониторинг стрессоустойчивости людей, занятых в профессионально вредных производствах, отработан в методическом и методологическом плане. Он является предметом специально выделенных областей научного знания – эргономики, профотбора, профпатологии, радиобиологии, радиационной медицины и им подобных дисциплин, относящихся к сфере прикладной медицины.

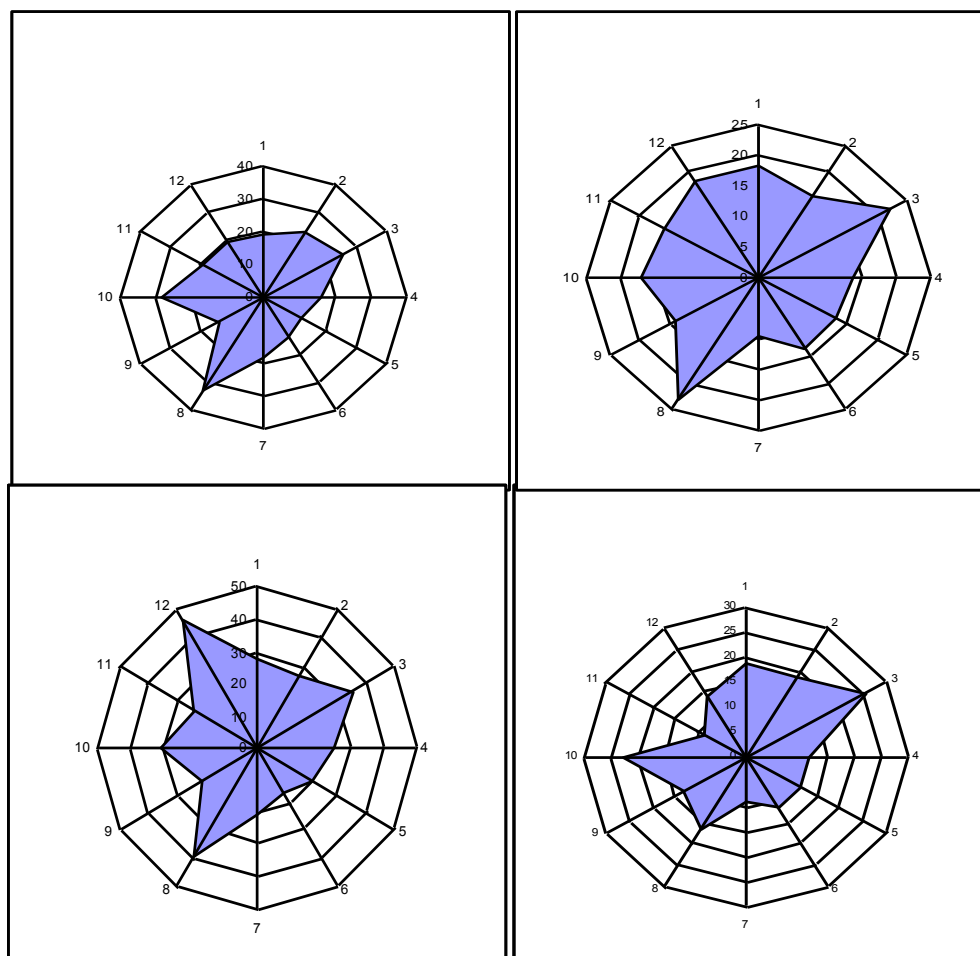
Иначе обстоят дела с оценкой неспецифических процессов адаптации и стрессоустойчивости у студентов на этапе подготовки к профессиональной деятельности в период интенсивных учебных и информационных нагрузок. Данный этап подготовки специалистов осуществляется по классическим схемам организации учебного процесса, сформированного в период индустриального общества. Отсутствуют системы динамичного мониторинга адаптбельности и неспецифической стрессоустойчивости студентов, которые бы в режиме реального времени позволяли не только оценивать степень отклонения студента от адаптивной нормы (выраженность у него синдрома дезадаптации), но давали бы в руки самого студента и курирующих его педагогов инструмент оперативной коррекции выявляемых нарушений.

Настоящие методические рекомендации заполняют этот пробел. Новая информационная реальность трансформирует ход учебного процесса, делает

необходимым определять текущую оценку адаптивных качеств студентов, мониторинг динамики стрессоустойчивости студентов к информационному стрессу, ставит на повестку дня вопрос о возможности оперативной самокоррекции утомления у студентов. Решить последние три задачи, на наш взгляд, возможно путем применения современных компьютерных методов диагностики функционального и эмоционального состояния человека, которые успешно разрабатываются сегодня в рамках инновационного направления медико-биологических исследований – информационной медицины. Одним из таких методов является метод «РОФЭС»-диагностики.

Ниже, в качестве примера, приводятся рофограммы некоторых категорий студентов и школьников, обследованных автором на предмет выявления у них нарушения стрессоустойчивости и появления синдрома дезадаптации. Сбор эмпирических данных был поддержан рядом научных грантов (РГНФ № 08-06-00030А, Программами Президиума РАН «Фундаментальные науки - медицине», ЕТП НИОКР МЧС России на 2008-2010 гг.) и проведен автором в формате взаимодействия академической и вузовской науки. В наборе и анализе материала принимали участие студенты кафедры экологии Уральского государственного университета им. А.М. Горького К.С. Соловьев (2007) и В.Н. Соколов (2008), для которых это было выполнением соответственно дипломной и курсовой работы. Принципиально важным для организации учебного процесса в школе и вузе, на наш взгляд, оказался тот факт, что биофизические портреты обследованных студентов различаются в зависимости от выбранной ими специальности и профилю обучения (рис. 1).

Рис. 1. Специфика биофизического статуса у разных категорий студентов:
слева направо в
верхнем ряду –
спортсмены-школьники,
студенты-экологи,
в
нижнем ряду - студенты-
экономисты,
спортсменки
университета.



Каждая группа студентов, объединенная одной специальностью, профилем обучения или доминирующими внеучебными занятиями (спортом, танцами) была достаточно однородна по своим биофизическим признакам, которые в свою очередь были инвариантны по признаку пола, возраста, формы обучения. Пристального внимания заслуживает, на наш взгляд, и тот факт, что между рофограммами студентов и курирующими их преподавателями регистрируются определенные черты биофизического сходства.

С учетом того, что отдельные группы студентов характеризуются вполне определенными параметрами рофограмм, отличающих их от рофограмм других студентов, из изложенного материала возникают два важных вывода. Первый заключается в том, что для студентов разных специальностей можно разработать специфичные для них приемы коррекции адаптивного статуса с помощью методов акупрессуры; второй – в том, что учебный процесс и информационная нагрузка для каждой из групп студентов должна быть организована адресно и дифференцированно, с учетом особенностей их адаптивного статуса. Второй вывод целиком и полностью вписывается в современную концепцию модульного обучения, является его развитием и продолжением в область здоровья сберегающих педагогических технологий.

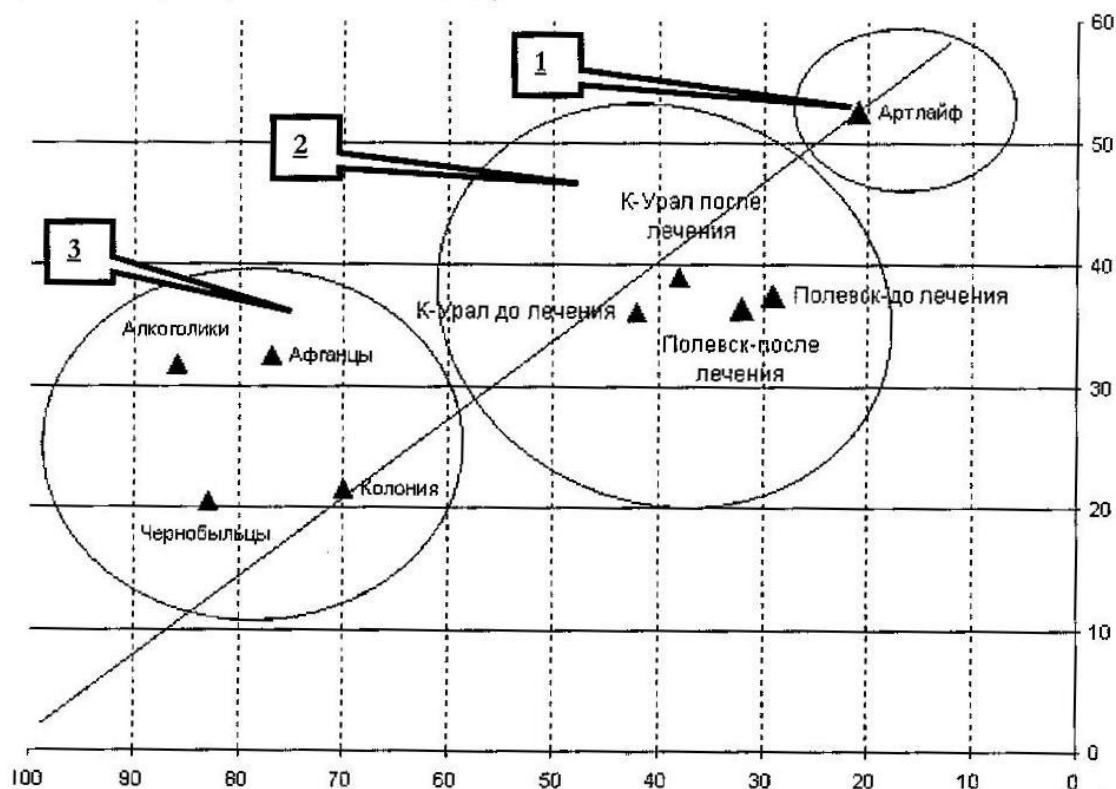
Градации синдрома дезадаптации: на основе количественных значений рофограмм было выделено три фазовых состояния биофизического статуса уральцев (Г.В. Талалаева, 2004) – удовлетворительной адаптации, экологического стресса и социально-экологического стресса (рис. 2). Указанные состояния отличаются друг от друга многими параметрами, в первую очередь, значениями средней электропроводности точек акупунктуры и размахом колебаний (амплитудой) величин электропроводности 12-ти каналов акупунктуры в одном сеансе измерений. По мере перехода от состояния удовлетворительной адаптации к состоянию экологического стресса и далее в состояние социально-экологического стресса значения средней электропроводности БАТ, выраженные в условных единицах, уменьшаются, а амплитуда их колебаний, наоборот, увеличивается. При этом прогрессивно понижается величина адаптационного потенциала и нарастает эффект «сжатия» рофограммы к центру круговой системы координат, нарастает изломанность хода линий энергетики и физиологии; в структуре рофограмм появляются «перекосы» и «окна прозрачности».

Фазовые состояния синдрома дезадаптации определяются по двум основным параметрам рофограммы (групповой или индивидуальной). Одним из параметров является средняя электропроводность обследованных точек акупунктуры, вторым – показатель вариабельности электропроводности, рассчитанный в % к средним значениям электропроводности данного испытуемого или группы обследованных лиц. Выделяется три фазовых состояния: удовлетворительной адаптации, экологического стресса и социально-экологического стресса. Первому состоянию соответствуют значения электропроводности БАТ в пределах 45-60 у.е. и показатель вариабельности от 5 до 25 %; второму – электропроводность в пределах от 20 до 55 у.е. с показателем вариабельности от 20 до 60 %; третьему, соответственно, 10-40 у.е., 60-95%. Номограмма указанных состояний приведена на рисунке.

Примечание: по вертикальной оси – электропроводность БАТ в у. е.; по горизонтальной оси – амплитуда колебаний электропроводности в %.

Обследованные нами ранее студенты имели показатели, относящиеся к третьему фазовому состоянию синдрома дезадаптации – социально-экологическому стрессу. Возможно, такие параметры рофограмм являются адаптивной нормой студентов в условиях информационного стресса.

Рис. 2. Градации синдрома дезадаптации по данным «РОФЭС»-диагностики



Такая трактовка представленных данных соответствовала бы «принципу устойчивого неравновесия», выдвинутому Э.С. Бауэром (1935) и состоящего в признании того, что именно дисбаланс и дисфункция живых систем являются внутренним импульсом к их эволюции и развитию. Вместе с тем, принимая во внимание тот факт, что помимо студентов фазовое состояние социально-экологического стресса демонстрируют лица с признаками посттравматических стрессовых расстройств (ветераны локальных войн, участники ликвидации радиационной аварии и др.), мы полагаем, что для студентов инновационных вузов были бы оптимальными меньшие признаки синдрома дезадаптации и те параметры их биофизического статуса, которые соответствуют меньшей степени нарушения стрессоустойчивости организма. Поэтому мы полагаем, что для повышения стрессоустойчивости студентов целесообразны процедуры точечного самомассажа репрезентативных точек акупунктуры, а для успешной организации учебного процесса – оперативный мониторинг адаптабельности студентов.

Особого внимания заслуживает состояние адаптации студентов, выбравших рискоопасные профессии. К таким категориям студентов относятся, в частности, курсанты МЧС. Адаптация человека к условиям жизни и профессиональной деятельности в условиях риска всегда привлекала внимания педагогов, врачей и психологов. Для специалистов, работающих в системе МЧС и занятых подготовкой

курсантов рискованных профессий, в проблеме их адаптации наиболее важными являются те же три аспекта, что и для студентов ВУЗов:

- текущая оценка адаптивных качеств обучающегося,
- динамика показателей адаптации курсантов в ходе учебного процесса;
- возможность оперативной коррекции начальных симптомов дезадаптации с помощью педагогических технологий и процедур точечного самомассажа, выполняемого силами самих курсантов.

Настоящие методические рекомендации составлены на основе применения метода «РОФЭС»-диагностики в Уральском институте государственной противопожарной службы МЧС России.

Анализ адаптивных качеств курсантов выполнен в соответствии с техническим заданием МЧС России «Исследование проблем адаптации курсантов младших курсов образовательных учреждений МЧС России»; п.1.1.3.71 ЕТП НИОКР МЧС России на 2008-2010 гг.

Аппаратное сопровождение исследований обеспечено Программой Президиума РАН «Фундаментальные науки - медицине»; анализ эмпирического материала и их подготовка к печати осуществлена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 08-06-00030а).

Требования к адаптивным качествам курсантов МЧС. Профессиональные компетенции курсантов МЧС предусматривают наличие у них высокого уровня физической и психологической подготовки. Данные показатели являются предметом профотбора при поступлении абитуриентов в образовательные учреждения системы МЧС, выполняются по соответствующим регламентированным методикам и в определенной степени гарантируют курсантам успешность освоения ими учебной программы первого курса.

Однако, фоновая характеристика базовых качеств личности не является достаточным основанием для прогноза успешности учебы курсантов на средних и старших курсах вуза, когда общая физическая и теоретическая подготовка дополняется специальными дисциплинами, требующими повышенной устойчивости курсантов к ряду экстремальных факторов внешней среды. Для успешной учебы в вузе на всех этапах подготовки молодого специалиста приоритетными оказываются динамические характеристики стрессоустойчивости курсантов. К числу таких характеристик относится устойчивость молодых людей к температурным, электромагнитным, информационным стрессам; их надежность при выполнении профессиональных обязанностей, навыков и умений в условиях риска и неопределенности при наличии дефицита времени и риска для собственной жизни; готовность работать в команде; способность принимать ответственные решения в критических ситуациях, коммуникабельность и др.

Важно отметить, что начальные проявления несоответствия динамических личностных характеристик курсантов требованиям профессии не обладают специфическими чертами и проявляются вне зависимости от вызвавшей их причины одним и тем же патологическим состоянием – синдромом дезадаптации.

Синдром дезадаптации, так же и синдром стресса, впервые описан известным физиологом Г. Селье. Синдром дезадаптации (синдром дистресса или чрезмерного стресса) проявляется неспецифической реакцией: снижением внимания, сонливостью на учебных занятиях, нарастающей конфликтностью и агрессивностью в коллективе сверстников (или, в зависимости от темперамента, их аналогами – замкнутостью и изолированностью); снижением качества усваиваемых знаний, падением надежности

ранее выработанных учебных навыков. Как известно, синдром дезадаптации возникает на первом-втором году умеренных, но постоянных (хронических) нагрузок (рис. 3).
 Качество адаптации

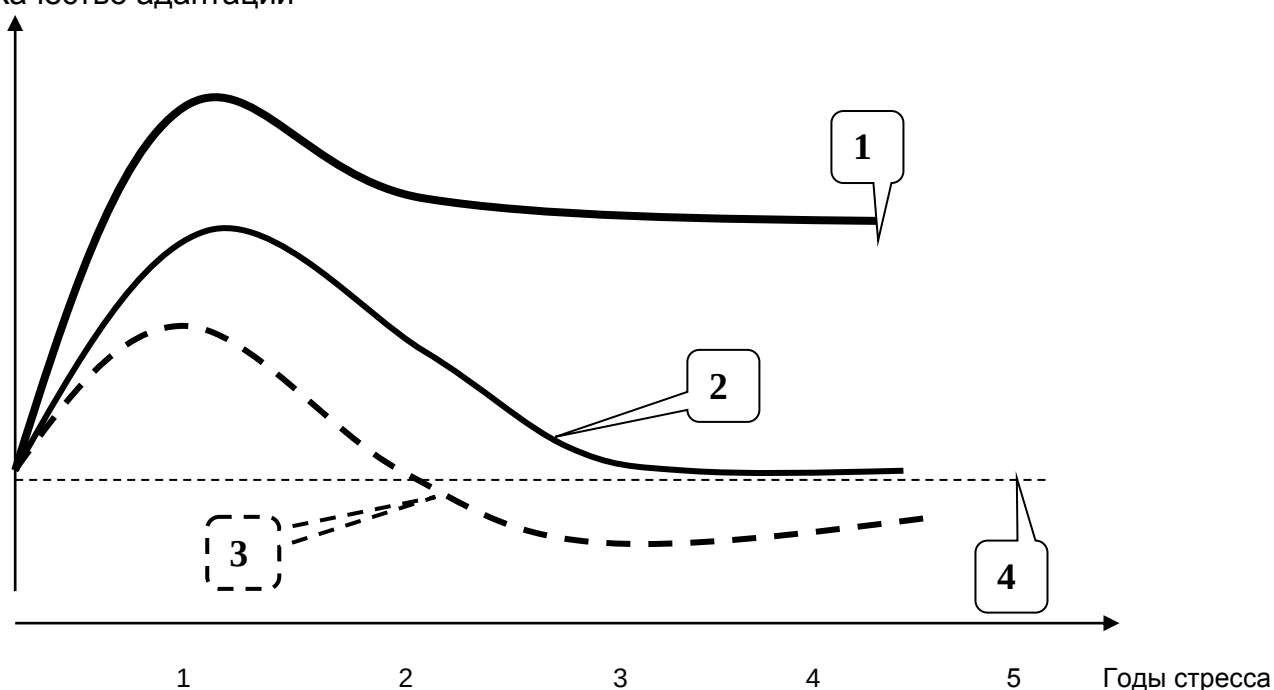


Рис. 3. Схема развития синдрома адаптации

Обозначения: 1 — успешная адаптация с эффектом тренировки и повышением уровня стрессоустойчивости; 2 — удовлетворительная адаптация с возвращением к исходному уровню стрессоустойчивости без эффекта тренировки; 3 — синдром дезадаптации со снижением уровня стрессоустойчивости ниже исходного уровня; 4 — исходный уровень стрессоустойчивости при поступлении в вуз;

В зависимости от динамических параметров личности, исходного уровня подготовки человека и его мотивации на продолжение пребывания в этих условиях он может длиться от трех до пяти лет и завершается одним из трех возможных результатов: повышением стрессоустойчивости человека по сравнению с исходным уровнем, возвращением к исходному состоянию; развитием явных признаков телесного и/или психического заболевания (или их сочетанными проявлениями в виде психосоматических постстрессовых расстройств).

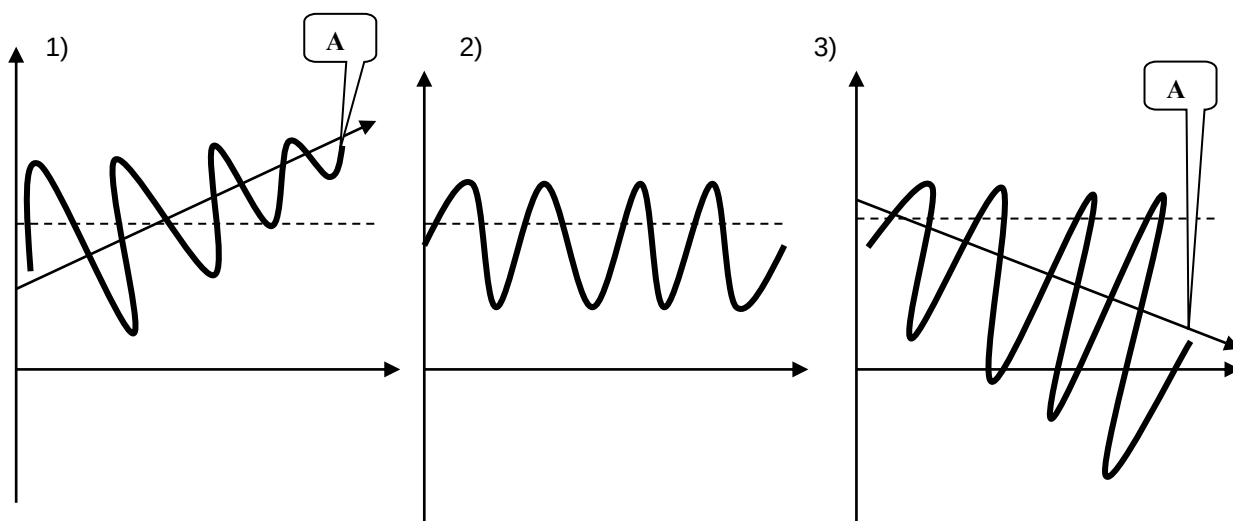


Рис. 4. Возможные варианты динамики адаптивных процессов курсантов

На критическом рубеже между первым и третьем годом обучения, когда курсанты находятся в переходном состоянии (между состоянием тренировки и срывом адаптационных резервов) любой внешний стимул, даже незначительный по своей продолжительности и интенсивности, может стать критическим и вызвать отказ приспособительных реакций. Механизм развития подобных явлений представлен на рисунке 4.

Обозначения. По горизонтальной оси – время; по вертикальной – эффективность адаптивных реакций. 1 – колебания с затухающей амплитудой и формированием реакции тренировки; 2 – незначительные отклонения от фонового уровня стрессоустойчивости без формирования реакции тренировки; 3 – колебания с нарастающей амплитудой и переходом организма в состояние дистресса (синдром дезадаптации). А – основной тренд динамики уровня и качества адаптивных реакций.

Как следует из рисунка 4, в переходных состояниях адаптивные процессы организма человека могут функционировать в одном из трех вариантов: затухающих колебаний, колебаний с постоянной амплитудой, колебаний с нарастающей амплитудой. Первый вариант способствует формированию повышенной стрессоустойчивости реакциям тренировки, второй обеспечивает постоянное возвращение стрессоустойчивости человека к одному и тому же типичному для индивида уровню, третий – неуклонное снижение стрессоустойчивости с формированием синдрома дезадаптации.

Применительно к системе образования последнее означает, что потеря интереса к учебе и снижение качества самоподготовки у курсантов могут наступать закономерно спустя 1,5-2 года от начала обучения. Данная закономерность требует к себе внимательного отношения педагогов и динамического наблюдения за адаптивными возможностями курсантов в режиме мониторинга. Эффективным инструментом такого рода мониторинга на современном этапе развития компьютерных технологий являются портативные аппараты экспресс-диагностики «РОФЭС», хорошо зарекомендовавшие себя в практике гражданских учебных заведений.

Метод «РОФЭС» применительно к работе в системе МЧС перспективен тем, что имеет технические и программные возможности быть использованным в нескольких форматах по усмотрению пользователя: 1) как портативный (в виде ноутбука) переносной пункт экспресс-диагностики, позволяющий оценить адаптивные характеристики курсантов в полевых условиях; 2) как стационарный пункт динамического наблюдения за курсантами в процессе их учебной нагрузки на основной площадке вуза; 3) как современную телемедицинскую технологию сопровождения VIP-персон и групп спасателей при выполнении ими высокопрофессиональных задач, связанных с риском для здоровья. Технологическая конструкция метода «РОФЭС» позволяет при необходимости осуществлять передачу данных обследования через Интернет с углубленным анализом полученных результатов в режиме on-line не на месте съема информации, а в отдаленном специализированном диспетчерском пункте.

Программное обеспечение метода позволяет в индивидуальном и групповом режиме составлять рецепты точечного самокоррекции нарушенных процессов адаптации. В обиход рецептур входят сведения по точечному самомассажу, фито- и физиотерапии.

Алгоритмы интерпретации результатов тестирования отработаны путем многолетних межцентровых исследований (Г.В. Талалаева с соавт., 1997 - 2009). Ранее полученная информация была положена в основу интерпретации результатов

«РОФЭС»-диагностики у курсантов МЧС. Ниже приводятся неспецифические признаки синдрома дезадаптации, которые встречались и у курсантов МЧС, как и у других лиц рискоопасных профессий, вне зависимости от характера их стрессовых нагрузок.

Феномен «окон прозрачности». Резкое смещение значений электропроводности БАТ одного или нескольких каналов к центру при относительной сохранности показателей электропроводности других каналов. Характеризует состояние повышенной проводимости в измененных каналах. Аналог «окон прозрачности» в восточной акупунктуре – феномен «риодораку». Является маркером слабых звеньев (*locus minoris resistencia*) в структуре ОАС.

Клиническая специфичность «окон прозрачности». Наличие «окон прозрачности» по каналам сердца и тонкого кишечника (С и Ig) указывают на предрасположенность человека к сосудистым заболеваниям, как форме проявления патологии ОАС. «Окна прозрачности», приуроченные к меридианам печени и желчного пузыря (F и VB), характеризуют склонность человека к аффективным реакциям и пограничным психическим расстройствам.

Феномен «трилистника» - электрофизиологический маркер психологической дезадаптации человека (см. рис. 5). Представляет собой межмеридианальную анизотропию электрохимической проводимости БАТ. Выражается в трансформации формы рофограммы из нормально округлой в трех-лепестковую структуру. Типичным является экстремальное приближение к центру диаграммы значений электропроводности по каналам толстого кишечника (GI), тонкого кишечника (Ig) и трех обогревателей (TR). Возможны варианты ротации трех-лепестковой структуры феномена «трилистника» по или против часовой стрелки в описанной выше круговой системе координат, а также сужения или расширения «окон прозрачности», по которым выявляется феномен «сжатия» рофограммы к центру.

Каждый вариант проявления феномена «трилистника» соответствует своему собственному паттерну психологической дезадаптации человека. Например, при суицидальном поведении маркерами трех-лепестковой структуры являются меридианы легких–толстого кишечника (P-GI), сердца (C) и перикарда-трех обогревателей-желчного пузыря (MC-TR-VB), значения которых максимально приближены к центру диаграммы.

Рис. 5. Феномен «трилистника» и «окна прозрачности» в структуре рофограмм лиц, переживших стрессовые воздействия

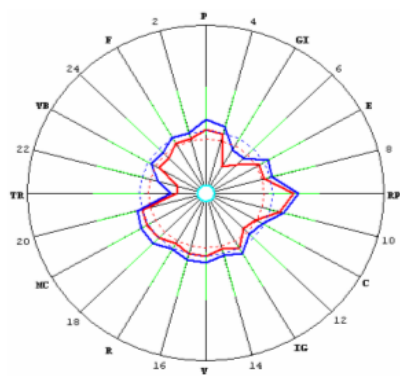


Рис. 4 Участники боевых действий в Афганистане. (Выборка - 69 мужчин - 69 измерений Средний АП - 29%)

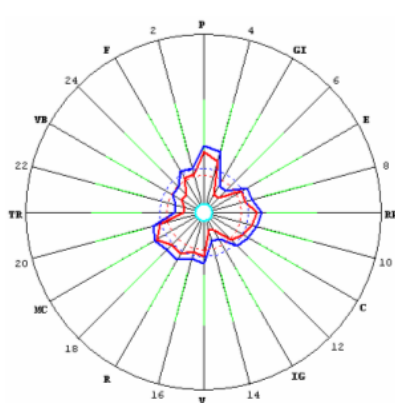


Рис. 5 Участники ликвидации аварии на ЧАЭС (Выборка - 41 мужчина - 52 измерения). Средний АП - 15 %

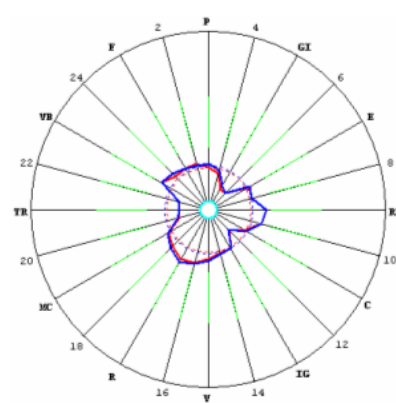


Рис. Кировоградская детская колония (Выборка - 15 мужчин - 29 измерений). Средний АП - 15 %

Градации синдрома дезадаптации: Кроме вышеперечисленных неспецифических признаков синдрома дезадаптации студентов ВУЗов, у курсантов МЧС были обнаружены некоторые отличительные признаки рофограмм, которые в силу отсутствия их у других групп обследованных можно было обозначить как специфические, связанные именно с особенностями их профессиональной подготовки.

Результаты обследования курсантов методом «РОФЭС» приведены ниже (табл. 1; рис. 6).

Средние значения показателей рофограммы значительно отличаются от величин, характеризующих уральцев, находящихся в состоянии покоя. Как известно, коридор региональной нормы показателей в условиях психофизиологического комфорта колеблется от 32 до 64 условных единиц. Обнаруженное отклонение показателей курсантов от коридора региональной нормы свидетельствует о наличии у них дезадаптационного синдрома, который может снижать качество и скорость обработки ими учебной и профессиональной информации, затруднять рабочие социальные и рабочие контакты.

Таблица 1. Параметры «РОФЭС»-диагностики у курсантов
Ури ГПС МЧС России (Екатеринбург, 2008)

Значения величин, у.е.	Характеристика замеров											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Канал легких	Канал толстого кишечника	Канал желудка	Канал селезенки и поджелудочной	Канал сердца	Канал тонкого кишечника	Канал мочевого пузыря	Канал почек	Канал перикарда	Канал тройного обогрвателя	Канал желчного пузыря	Канал печени
Среднее знач.	16,7	12,1	26,2	17,2	9,6	9,4	16,5	26,0	11,5	21,0	20,0	24,0
Ошибка средней	1,4	0,6	1,5	1,1	0,5	0,7	1,0	1,6	0,7	1,2	1,4	1,3



Рис. 6. Специфические проявления синдрома дезадаптации по данным рофограмм курсантов МЧС и их преподавателей.

Анализ значений адаптационного потенциала курсантов показал, что их величина была значительно меньше, чем у жителей промышленного Урала, находящихся в удовлетворительном адаптивном состоянии, ниже, чем у преподавателей Уральского института ГПС МЧС России и ниже, чем у профессиональных сотрудников Специального отделения МЧС г. Новоуральска (табл.2).

Таблица 2

Значения адаптационного потенциала (АП), зарегистрированные с помощью аппарата «РОФЭС» у курсантов, преподавателей и работников МЧС Свердловской области*

Контингенты	Диапазон колебаний АП	Примечания
Курсанты (n=39)	От 1 до 17	Возможный коридор колебаний от 1 до 100 % (100 % соответствуют состоянию комфорта у практически здорового человека)
Преподаватели	От 17 до 34	Замеры проведены у отдельных добровольцев, статистических данных нет
Профессиональные работники МЧС г. Новоуральска (n=300)	От 10 до 45	Длительность динамичного наблюдения – около 7 лет; УСТАНОВЛЕНЫ ЗАКОНОМЕРНОСТИ: • АП > 34 % - сотрудник способен успешно переносить повторные профессиональные нагрузки; • 17 % < АП < 34 % - сотрудник переносить профессиональные нагрузки, если после них он обеспечен регулярной последующей реабилитацией; • АП < 17 % - на пределе своих адаптивных возможностей сотрудник за счет высокого профессионализма может выполнить порученное задание, после чего, по всей вероятности, будет комиссован по медицинским показаниям

Детальный анализ структуры дезадаптационного синдрома у курсантов МЧС показал, что «слабым звеном» общего адаптационного синдрома курсантов является функциональное состояние четырех каналов акупунктуры: толстого кишечника, сердца, тонкого кишечника, перикарда. Именно эти каналы акупунктуры активно включены в процесс адаптации человека к условиям стресса, учебного и профессионального, к работе в экстремальных и чрезвычайных ситуациях. В связи с обнаруженными фактами на основе программы реабилитации, заложенной в компьютерно-аппаратный комплекс «РОФЭС», нами были составлены рекомендации для коррекции выявленных признаков дезадаптации.

* Информация о профессиональных работниках системы МЧС г. Новоуральска приведены согласно данным, опубликованным в Интернет (<http://rofes.ru>)

Рекомендации по коррекции синдрома дезадаптации у курсантов МЧС. Обнаруженные факты позволили нам сформулировать рекомендации для психологической службы и педагогов вуза, направленные на оптимизацию психофизиологического состояния курсантов и повышение эффективности учебного процесса. Согласно лечебно-восстановительной программе «РОФЭС», описанный выше тип рофотграмм успешно поддается коррекции с помощью самомассажа, проведенного в стимулирующем режиме по соответствующим точкам акупунктуры. Типичными зонами массажа в данном случае является схема, приведенная в таблице 3. Расположение указанных точек приведено на рисунке 4.

Таблица 3

Схема точечного массажа,
рекомендуемая курсантам МЧС для самокоррекции

Последовательность воздействия	Названия каналов и топография точек воздействия	Характер воздействия
Основная (ключевая) точка	V-d правый канал мочевого пузыря, область наружного свода стопы справа	Стимулировать
Вспомогательная точка № 2	GI-s левый канал толстого кишечника, область запястья со стороны большого пальца левой руки	Стимулировать
Вспомогательная точка № 3	GI-d правый канал толстого кишечника, область запястья со стороны большого пальца правой руки	Стимулировать

Для оперативного восстановления психофизиологических качеств и высокого адаптивного потенциала повторные процедуры коррекции рецептуры самомассажа целесообразно проводить 1 раз в неделю и дополнять их по необходимости контрольными замерами в случае, если в учебный план были внесены дополнительные учебно-тренировочные занятия повышенной степени сложности. Для перевода данной технологии на поток целесообразно создание в вузе комнаты психологической разгрузки и самокоррекции с оснащением ее современной реабилитационно-диагностической аппаратурой, в частности компьютерно-аппаратным комплексом «РОФЭС».

20. Заключение

Одна из существенных особенностей научной школы В.С. Мерлина - практическая ориентированность исследований с весьма высоким теоретическим уровнем.

Возможность использовать разработанную этой школой базовую модель строения человека и генерируемых им психических функций - интегральную индивидуальность, позволило авторам данной работы иметь твёрдую основу для реализации гипотезы о механизме возникновения связей между системой индивидуальных свойств организма и системой индивидуальных психических свойств личности в структуре интегральной индивидуальности человека.

Практическое применение теоретической модели, описанной в данной работе, реализуется через диагностику психосоматических состояний человека с помощью аппаратного тестирования.

Проведенное исследование подтверждает также гипотезу, выдвинутую Собчик Л.М. в статье "МЦВ" об отличии результатов проективных и вербальных методик. По ее мнению проективные тесты фиксируют вытесненные, вовнутрь тенденции, которые и являются комплексом "выбора, не проявлялись в открытом поведении". **Важно отметить также, что наиболее высокозначимые тенденции в поведении человека относятся именно к «вытесненным». Вербальные же тесты фиксируют в основном осознанные способ и стиль существования.**

На наш взгляд, для проверки изложенных гипотез необходимы дальнейшие исследования опирающиеся на дублирование результатов различных методик тем более, что феноменологические показатели этого метода сопоставимы с данными других методик в рамках рассмотренного здесь концептуального подхода.

В связи со сказанным ранее, актуальной является методика аппаратного тестирования, так как она обеспечивает психосоматическую трактовку результатов, опирающуюся на системный подход. На наш взгляд, важным является возможность анализа теоретических выводов по оценке соматического состояния человека.

Уникальность аппаратного тестирования, не смотря на параллелизм с проективными методами, заключается в том, что в нем присутствует количественная градация выраженности того или иного признака, что не встречается в других проективных методиках, что обеспечивает возможность построения стандартизированной шкалы. Широкие возможности аппаратного тестирования обеспечиваются обработкой результатов на базе компьютерной программы, минимизирующей время работы с тестируемым.

Таким образом, интерпретация результатов аппаратного тестирования обогащает общее восприятие и анализ конкретной личности или репрезентативной выборки информации, что делает методику незаменимым и тонким инструментом в руках вдумчивого психолога, педагога, врача.

Мы считаем, что значимость, перспективность данной работы в том, что в ней изложен один из путей, ведущий к истокам возникновения заболеваний, проявляющихся у человека в виде функциональных нарушений или конкретных нозологических форм. Найдя тенденции психологической направленности личности и связав их с конкретными физиологическими нарушениями, проявляющимися на очень ранних стадиях и фиксируемых аппаратно, мы получаем действенный метод ранней психосоматической диагностики и возможность проведения ранней медикопсихологической профилактики.

21. Вертебрология

Анализ функционального состояния позвоночного столба (вертеброграмм)

в «рофэс-диагностике»

Специалисты – разработчики : к.м.н. Агапов Ю.К., к.м.н. Пушкарёв И.Б., врач Шмаков Д.В., к.б.н. Корнюхин А.И.

г. Томск, г. Екатеринбург

Примечание : Для позвоночника, находящегося в функциональном состоянии - норма или компенсированное состояние характерно :

- амплитуда на графике синих измерений (A1) больше амплитуды на графике красных измерений (A2) на 3 - 5 %.
- «Групповой коридор нормы» - Значения усреднённых амплитуд красного и синего графиков лежат в пределах (40 – 60 %).

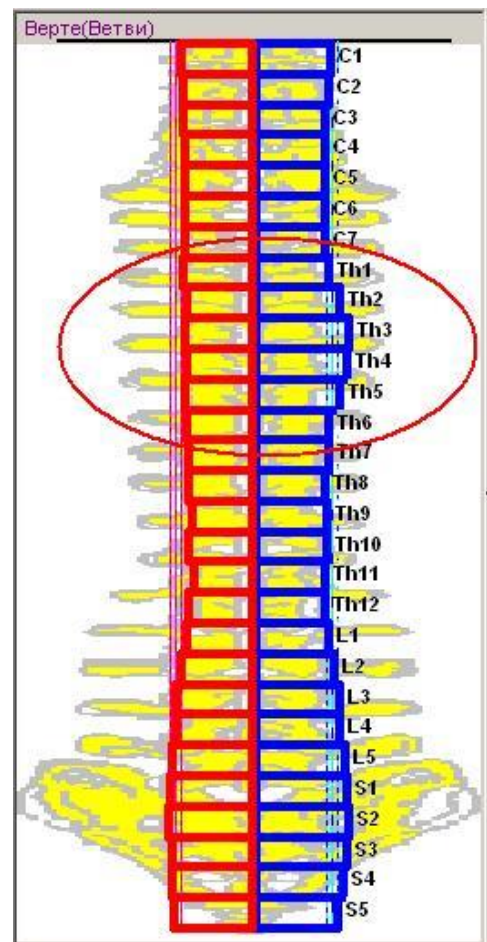
Анализ амплитуд для синего и красного графиков :

- «Индивидуальный коридор нормы» - коридор (две штриховые линии) в пределах +/- 7% от усреднённой амплитуды графика.
- Амплитуды в пределах «индивидуального коридора нормы» – НОРМА или КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ПРОЦЕСС.
- Амплитуды ближе к центру графика относительно «индивидуального коридора нормы» - ОСТРЫЙ, ПОДОСТРЫЙ ПРОЦЕСС.
- Амплитуды ближе к краю графика относительно «индивидуального коридора нормы» - ХРОНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА.

Примеры анализа вертеброграмм

1. Ранний остеохондроз (воспалительные процессы)

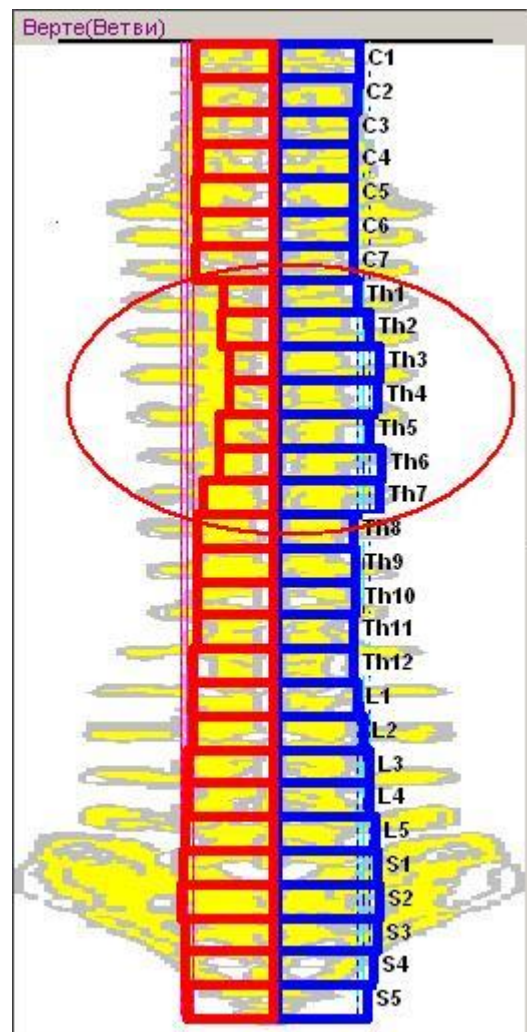
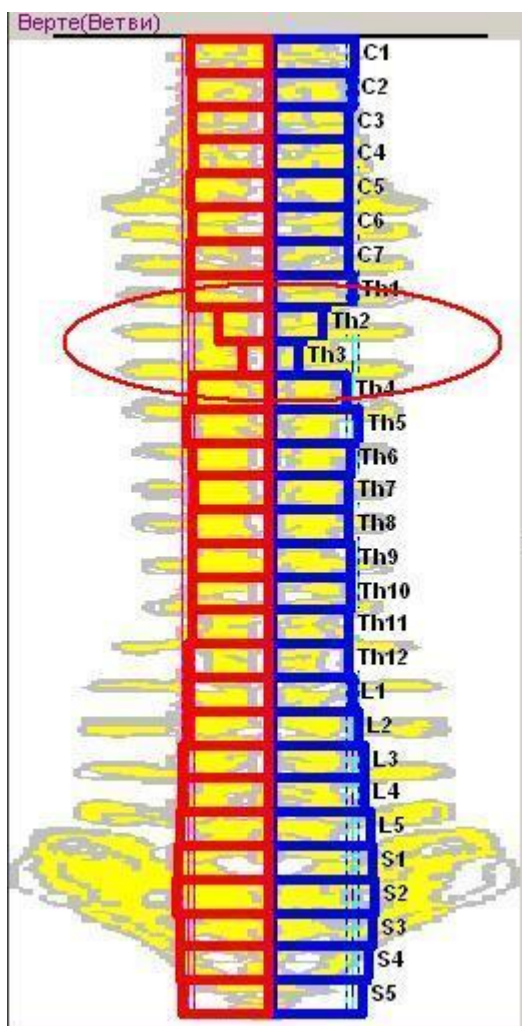
A1 > **A2** чем на 3 - 5%



2. Начинающийся воспалительный процесс

A1 >> A2

Позвонки Th1-Th7



3. Фиксация (мышечный блок) - Амплитуда для красного и синего графиков одинаково резко направлена к центру по сравнению с остальными позвонками (одинаково сильно к центру - в ян)

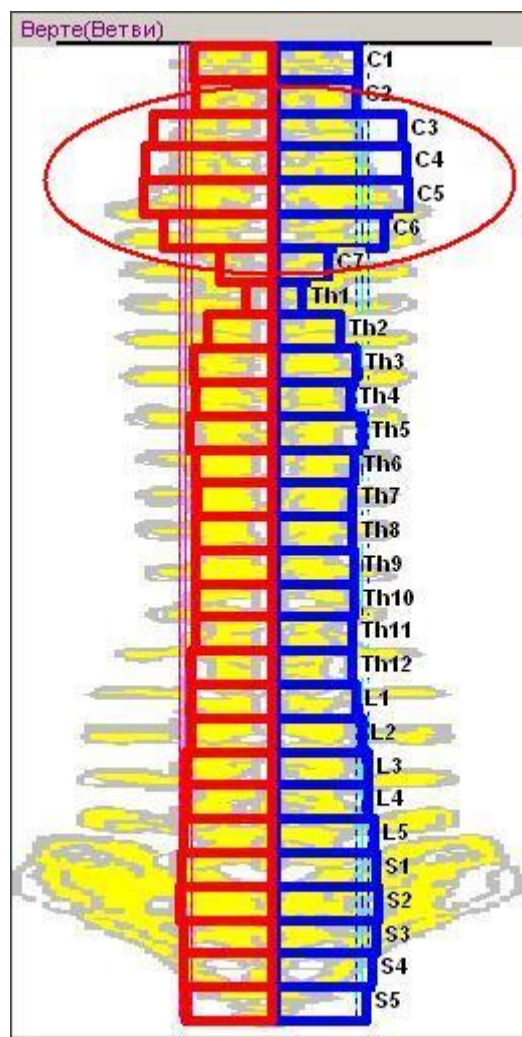
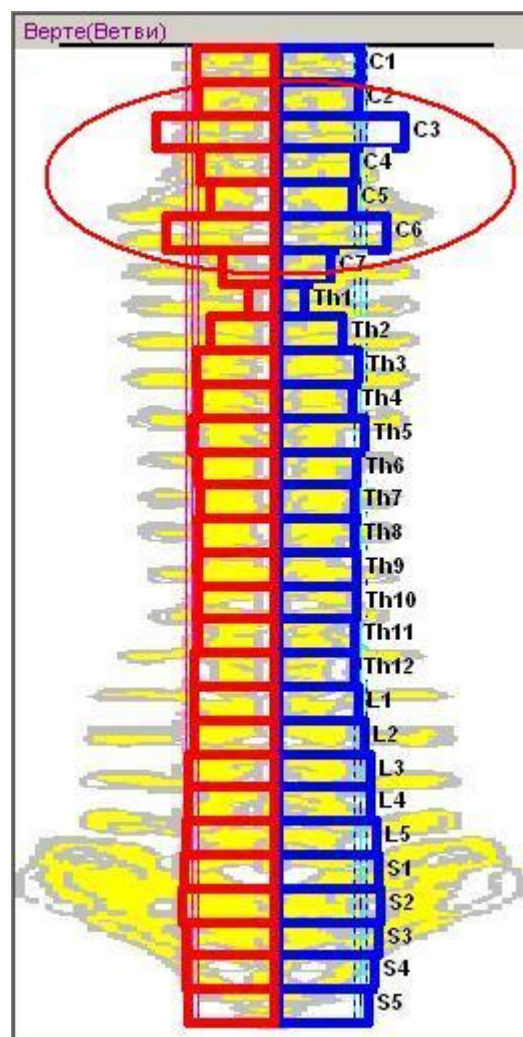
Мышечный блок на уровне Th3

4. Гипермобильность. Нестабильность.

Амплитуда для красного и синего графиков одинаково резко направлена к краю графика по сравнению с остальными позвонками (одинаково сильно к краю - в инь $A1 = A2$) (обычно вслед за фиксацией).

Гипермобильность на уровне позвонков C3 и C6

Мышечный блок на уровне позвонка Th1



5. Площадка гипермобильности - Амплитуды 3-х и более позвонков для красного и синего графиков одинаково резко направлены к краю по сравнению к остальным позвонкам (3 и больше позвонков одинаково к краю графика - в инь $A1 = A2$)

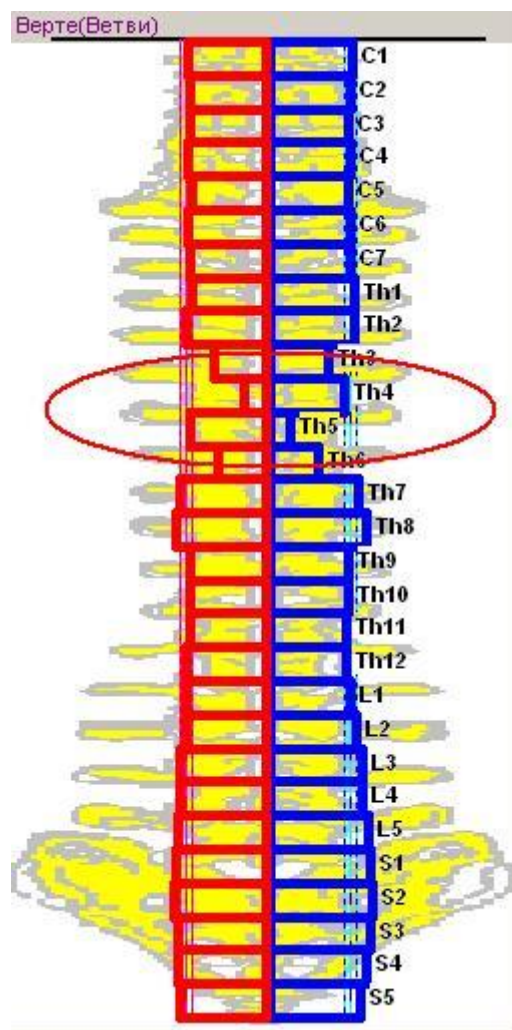
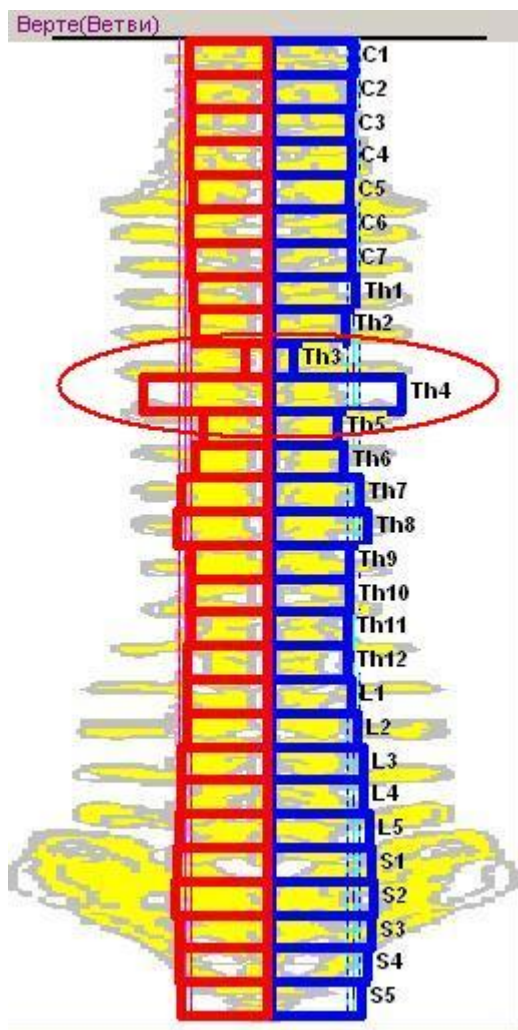
Площадка гипермобильности на уровне шейных позвонков C3 – C6

Мышечный блок на Th1

6. **Связочный блок** - Амплитуда для красного или синего графиков направлены к центру по сравнению к остальным позвонкам.

Амплитуда противоположного для неё графика находится на уровне нормы (**A1** сильно к центру - в ян, **A2** в норме, или к центру - в ян, но не слишком выражено. Либо наоборот.)

Связочный блок на уровне Th4 – Th5

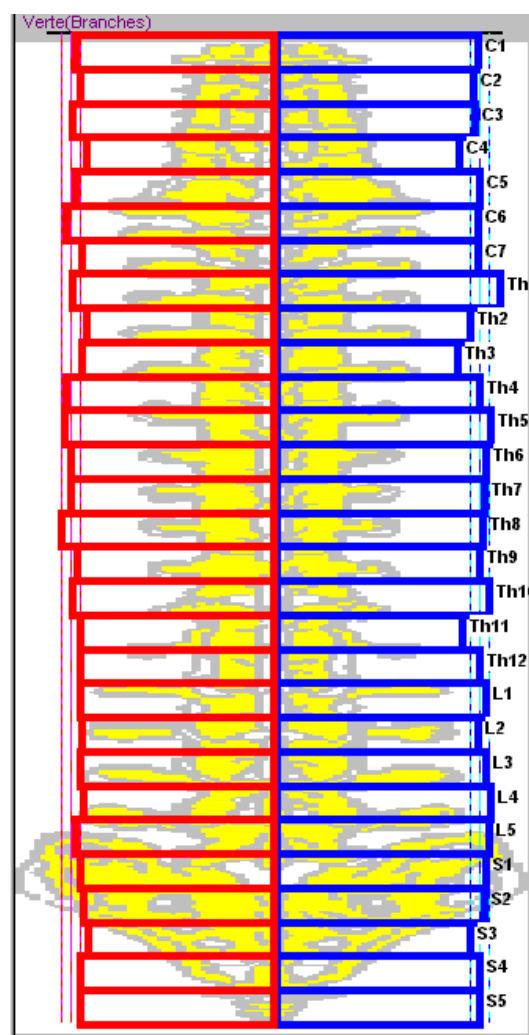
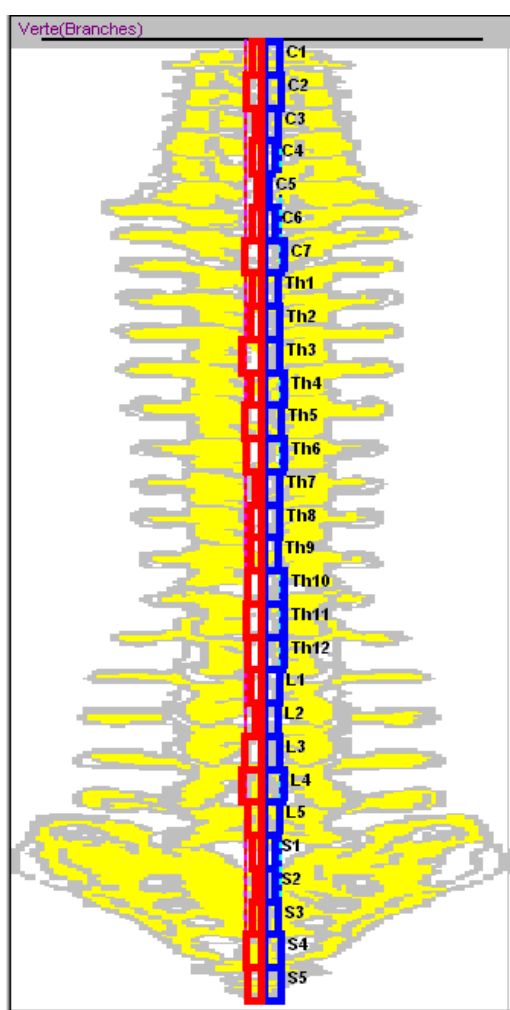


7. **Подвывих** - (Амплитуды верхнего позвонка сильно к центру - в ян, а амплитуды нижнего сильно к краю - в инь)

Подвывих на уровне позвонков Th3 – Th4

8. Тотальный остеохондроз

Амплитуда для красного и синего графиков максимально близка к краю по всей длине графика.



9. Остеопороз

Для пациентов старше 50 лет, измеряемых по проекционным зонам над остистыми отростками.

Для пациентов, измеряемых в микросистеме Суджок – этот показатель, в большей степени, характеризует стрессовое состояние, чем остеопороз.

Амплитуды для синего и красного графиков максимально приближены к центру.

10. **Фиксация диафрагмы** - если на нижних грудных позвонках связочные блоки е в инь, ф в ян или в норме. Либо наоборот (смотрите п. 6)

Приложение 1

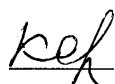
Таблица 1. Сравнительные данные по результатам диагностики с использованием "РОФЭС" и общепринятым диагностическим методам

Нозологическая форма	К-во наблюдений	Совпадение результатов	Несовпадение результатов
1. Хронический гастродуоденит	98	92 (93,9%)	6(6,1%)
2. Хронический колит	29	16 (55,2%)	13 (44,8%)
3. Дискинезии толстой кишки	76	67 (88,2%)	9(11,8%)
4. Хронический энтероколит	12	8 (66,7%)	4 (33,3%)
5. Хронический холецистит	71	58 (81,7%)	13 (18,3%)
6. Функциональные нарушения поджелудочной железы	53	38 (71,7%)	15 (28,3%)
7. Синдром вегетососудистой дистонии	25	20 (80%)	5 (20%)
8. Функциональная кардиопатия	18	16 (88,8%)	2(11,2%)
9. Очаги хронической инфекции носоглотки	86	83 (96,5%)	3 (3,5%)
10. Снижение функции иммунной системы	42	36 (85,7%)	6 (14,3%)
11. Хронический пиелонефрит	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)
12. Функциональные нарушения шейного отдела позвоночника	46	39 (84,8%)	7 (15,2%)
Всего:	562	478 (85,1%)	84 (14,9%)

При применении нами комплекса "РОФЭС" осложнений и противопоказаний не выявлено.

Следует считать, что его внедрение в практику детских лечебно-профилактических учреждений позволит повысить качество диагностики соматических заболеваний у детей, сократить количество осложнений. Замечаний нет.

Зав. кафедрой госпитальной педиатрии Новосибирского медицинского института, д.м.н., профессор



Л.Ф. Казначеева.

Приложение 2.

Статьи по тематике применения комплекса «РОФЭС» в различных областях медицины, психологии и педагогики

Особенности патогенеза больных атопическим дерматитом с анализом на комплексе «РОФЭС» в работе врача – дерматолога.

Лаврик И.Г. врач – рефлексотерапевт, дерматовенеролог.

Городской центр аллергодерматозов. г. Екатеринбург. (1998 г.)

Аллергодерматозы – обобщённый диагноз дерматозов в генезе формирования которых, играют роль аллергические и иммунопатологические реакции, происходящие в коже в ответ на экзогенные и эндогенные аллергены (атопены). В число аллергодерматозов включается и атопический дерматит (АД), другие названия которого – атопическая экзема, детская экзема, нейродермит, атопический нейродермит и др.

Аллергодерматозы у детей:

I группа – аллергические острые дерматозы:

- На эндогенные аллергены (пищевые, медикаментозные, паразитарные и др.);
- На экзогенные аллергены (фитоаллергены, средства бытовой химии и пр. подобное);

II группа – аллергические дерматозы уртикарного характера (крапивница (отёк Квинке) строфулюс, почесуха);

III группа – аллерготоксикодермии :

- Эритематозные, экссудативно – пакулёзные, везикулёзные;
- Буллезные, уртикарные, геморрагические;

IV группа – атопический дерматит:

- Острые формы (АКД, экзема – истинная, себорейная, смешанная, бляшечная),
- Хронические формы (нейродермит с различной площадью поражения кожи).

Атопический дерматит (АД) – мультифакторное заболевание с аномальной направленностью иммунного ответа, чаще на генетическом фоне, известном как «атопический синдром» характеризуется:

- семейным характером заболевания;
- аномальным Ig E ответом на аллергены (атопены);
- стадийностью в клиническом течении дерматоза.

Типичная клиническая картина атопического дерматита характеризуется зудом кожных покровов, стойкой гиперемией или переходящей эритемой, папулёзно – везикулёзными высыпаниями, экссудацией, сухостью кожи, шелушением, экскориацией, лихенификацией, носящими распространённый или ограниченный характер.

АД начинается обычно в первые месяцы жизни, принимая затем рецидивирующее течение с возможностью полной или неполной ремиссии различной частоты и длительности.

Общепризнанная в мире концепция патогенеза АД у детей и взрослых формируется следующим образом : «АД - мультифакторное заболевание у лиц с наследственной предрасположенностью к атопии, реализующейся неблагоприятными воздействиями факторов внешней среды.»

Формирование патологии кожи при АД – многофакторный этиологический и многокомпонентный патогенетический патофизиологический процесс, затрагивающий различные регуляторные системы и органы организма.

В практической деятельности врача принципиально важным является определение индивидуального патогенеза у каждого больного (перечисленного выше), определение индивидуальных факторов поддерживающих хроническое течение нейродермита, выделение факторов, приводящих к первой манифестации АД, стимулирующих обострение процесса.

«РОФЭС-диагностика» позволяет врачу выделить ведущие звенья патогенеза, которые являются основой для выбора методов лабораторно-клинического дообследования и патогенетической терапии. Правильная оценка «рофограммы» (здесь и далее, терминология, применяемая в методе «рофэс-диагностика», - прим. автора) оказывает существенное влияние на прогноз.

Для экспертной оценки рофограмм АД в 1995-96 г., на базе Городского Центра для детей с аллергодерматозами г. Екатеринбурга было обследовано 800 детей с атопическим дерматитом, среди которых 12% с тяжёлыми инвалидизирующими формами. В целом выделено три вида диаграмм :

1. диаграмма в форме «аллергической ромашки»;
2. диаграмма в форме «трилистника»;
3. диаграмма в форме «ёжика»

Первый вид диаграмм в форме «аллергической ромашки» наблюдается у больных – «истинных атопиков», где наследственная предрасположенность оказывает влияние на торпидное (длительное, рецидивирующее) течение дерматоза.

Рофограмма имеет расширенную форму «ромашки» к краю диаграммы.

Чем **более выражена степень эндотоксикоза** у больного, тем больше рофограмма расширяется к периферии (от 70-80 до 100 единиц). Чаще отклонения к краю диаграммы имеют меридианы Р; Gi; E; MC; Tr; F - до 70-80 условных единиц. Показатели меридианов VB; F изменяются в зависимости от вида дискинезии желчевыводящих путей и степени холистаза – к центру или краю от усреднённых линий.

Меридиан RP отражает изменения в поджелудочной железе:

- при реактивном панкреатите к краю диаграммы, при чём $s = d, f > e$;
- при явлениях ферментативной недостаточности, воспалительных процессах – к центру диаграммы $s > d, f = e$.

При выраженном зуде и наличие обширных очагов поражения отмечаем изменения в меридиане Р. У 80% больных значения меридиана Р направлены к краю диаграммы от 70-80 до 100 ед. Иньское состояние меридиана усиливается при наличие у больных хронических очагов инфекции верхних дыхательных путей, бронхиальной астмы, хр. обструктивного бронхита, либо патологии в шейном отделе позвоночника, при чём $f >> e$.

Учитывая, что у 30% обследованных больных имелись различные виды протозойно-паразитарных инвазий, наблюдаем **при лямблиозе** по меридиану Ig, направленном в инь, $s = d, f >> e$.

GI и IG направлены в инь при аскаридозе и токсокарозе, $s=d, f>e$.

F направлен в инь при **описторхозе** $s < d$, у 70-80% $f = e$, причём на VB – $s = d$, у 80% $f \gg e$.

На фоне диффузного течения АД происходит угнетение иммунной системы, что отражается на меридианах Tr; MC; Rp.

Смещение значений меридиана Tr к краю диаграммы и большой разрыв в коридоре e и f подтверждает угнетение клеточного звена иммунитета.

При **I – II степени тяжести иммунодефицита** - отклонения в инь по Tr составляет 70-80 ед., **II – III степень** – 80-90 ед., **III – IV степени** – 90 – 100 ед., причём, $s = d$, $f \gg e$, или $e > f$, или $e \gg f$.

Вегето-сосудистые дисфункции отражаются на каналах MC; RP; V; Ig; C.

У 40% больных с АД обнаруживается **дисметаболическая нефропатия** в разных степенях проявления, что на «рофограммах» отражается как отклонения меридиана R в инь (к краю диаграммы), $e = f$, либо V в инь $f > e$, $f \gg e$, $f = e$. При этом на УЗИ патологических отклонений со стороны почек не выявляется, но в дальнейшем течении болезни клинически проявляется.

Хроническое течение АД часто **сопровождается явлением надпочечниковой недостаточности**, при этом на меридиане R наблюдаются «сильные перекосы» из инь в ян, $f = e$. Косвенные показатели : TR и RP отклоняются в инь.

У 90% детей, страдающих АД выявлены нарушения функций и заболевания кишечника. При **хроническом энтероколите, дисбактериозе с явлениями атонии кишечника** меридиан GI направлен в инь от 70 до 100 ед., чаще $s = d$, $f \gg e$. При по меридиану GI наблюдаются перекосы из “инь в ян” $s \gg d$, $d \gg s$, $e = f$, либо $f \gg e$, а также направленность в ян по обеим ветвям меридиана.

При **гастрите, эрозивном гастродуодените** меридианы E, RP, IG отклоняются в ян, $s = d$, $s > d$, $s < d$, $f = e$, в зависимости от вариантов течения болезни. Косвенным, подтверждающим показателем является меридиан VB, который при обострении процесса направлен в ян с перекосами.

У больных с **выраженным синдромом эндогенной интоксикации** могут наблюдаться рофограммы в виде «инь – круга», характеризующегося состоянием всех меридианов направленными к краю диаграммы (в коридоре 90-100 ед.). Такое состояние отражает недостаточность (либо отсутствие) функций «шлаковыводящих» органов и гипофункцию иммунной системы. Изменение коридора между линиями, отражающими реакции меридианов на положительный и отрицательный ток, говорит об адаптационных способностях организма.

При **отсутствии эффекта от лечения, усиления зуда, появления уртикарных, экссудативно-пакулёзных элементов**, диаграмма принимает вид «трилистника». При этом часто наблюдаем «блокаду» первоэлементов: P + GI (металл), C + IG (огонь), MC + TR (вн. огонь) имеют направленность в инь, $s = d$, $f \gg e$; E + RP (земля), V + R (вода), VB + F (дерево) имеют направленность в ян, $s = d$, $f \gg e$. Такое состояние объясняется напряжением шлаковыводящих органов, накоплением медиаторов воспаления, нейровегетативными дисфункциями. При трансформации процесса в хроническую рецидивирующую форму, на фоне сенсibilизации организма, рофограмма расширяется и стремится к краю. При этом, увеличение расстояния между линиями физиологии и энергетики только подчёркивает данную тенденцию.

Третий вид диаграмм. При **острых аллергических процессах**, возникших внезапно на какой-либо аллерген (пищевые, медикаментозные и др.) рофограмма имеет тенденцию стягивания к центру и принимает вид «ёжика». То есть на меридианах Р, RP, С, MC, TR, VB в 80% наблюдаются перекосы из инь в ян. Меридианы GI, IG, F имеют направленность в инь.

Рофограмма позволяет оценить психоэмоциональный статус пациента, спрогнозировать периоды ремиссий и обострений. У больных, длительно страдающих зудящими дерматозами часто формируются психастенические состояния. Стойкое направление линий энергетики на меридианах С, IG, MC в инь подтверждает психологические расстройства. Депрессия, раздражительность, спонтанная агрессия отражаются на состоянии меридианов F и V в инь ; страхи и переживания на С, R, MC в инь. Невротичность, эмоциональная лабильность – на меридианах MC, V в ян. Смещение социальных ролей, потеря жизненных ориентиров, нереализованные желания - на меридианах Р, GI в инь.

Таким образом, неинвазивная скринг-диагностика на комплексе «РОФЭС» даёт возможность врачу-дерматологу качественно и оперативно оценить состояние больного, разработать дальнейшую тактику дообследования и лечения, спрогнозировать периоды ремиссий и обострений.

Исследование возможностей РОФЭС-диагностики при определении некоторых психологических характеристик на примере контингента сотрудников Российского Федерального Ядерного Центра

Власова Л.У. г. Снежинск

// Научно-практический семинар повышения квалификации для специалистов по «рофэс-диагностике». 23-24 марта 2001г., г. Екатеринбург

Цель и задачи исследования

Целью представляемой работы являлась проверка гипотезы о том, что ряд показателей РОФЭС-диагностики значимо коррелирует с некоторыми характеристиками психоэмоциональной и личностной сферы.

Контингент и условия проведения исследования

Психодиагностический эксперимент был проведен на базе Российского Федерального Ядерного Центра – Всероссийского Научно-Исследовательского Института Технической Физики (РФЯЦ-ВНИИТФ).

Обследованы сотрудники РФЯЦ-ВНИИТФ в количестве 60 человек.

- ◆ Принадлежность по полу – мужчины;
- ◆ Возрастной состав - от 21 до 56 лет;
- ◆ Образование – высшее.

Мужчины в возрасте от 30 до 45 лет составляют основную часть выборки (70%).

Более половины всей выборки (~62%) являются работниками подразделений, работа которых связана с повышенным риском (т.е. с ядерными материалами (ЯМ) и

радиоактивными веществами (РВ)). Например, спасатели Аварийно-технического Центра, сотрудники отдела радиационной безопасности и др.

Обследование и тестирование проводилось в индивидуальной форме и в соответствии с требованиями, предъявляемыми к психофизиологическому обследованию. С каждым испытуемым проводились ознакомительная и консультативная беседы по полученным результатам.

Кроме Рофэс-диагностики, испытуемые тестировались по высоко надежным профессиональным психологическим тестам. Выбор тестов был определен теми психологическими характеристиками, которые являются значимыми для работников ядерно- и радиационно опасных участков. Нами исследованы следующие:

- особенности субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями (Использован Опросник уровня субъективного контроля (УСК) в адаптации Бажина Е.Ф., Голынкиной Е.А. и Эткинда А.М. Опросник позволяет выявить степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события, как в целом (показатель интернальности Ио), так и по шести различным сферам жизни: в области достижений Ид, в области неудач Ин, в семейных отношениях Ис, в области производственных отношений Ип, в области межличностных отношений Им и в отношении здоровья и болезни Из);
- уровень ситуативной тревожности, как состояние, характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями, и уровень личностной тревожности как устойчивая индивидуальная черта личности, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге (Использовался опросник Спилбергера-Ханина);
- различные аспекты личности и актуальные психологические состояния, которые возможно исследовать с помощью Стандартизованного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), (вариант ММРІ в адаптации Л.Н.Собчик).

Последний опросник содержит 10 шкал:

- 1-я шкала сверхконтроля – показатель зажатости, сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность в качестве устойчивого свойства личности;
- 2-я шкала пессимистичности (депрессии) выявляет качество неудовлетворенности и склонности к волнениям;
- 3-я шкала эмоциональной лабильности – как чувствительность к средовым воздействиям и неустойчивость эмоционального состояния, склонность к демонстративному поведению;
- 4-я шкала импульсивности отражает степень импульсивности – контролируемости поведения;
- 5-я шкала маскулинности-феминности показывает степень соответствия полоролевого поведения и уровень сексуальной адаптированности;
- 6-я шкала ригидности – в норме отражает склонность к паранойяльным реакциям;
- 7-я шкала тревожности выявляет повышенную боязливость, конституционально обусловленную тревожность, неуверенность, мнительность;
- 8-я шкала индивидуалистичности отражает независимость суждений и поступков, нестандартное мышление, при высоких показателях проявляется как своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, отрыв от реальности;
- 9-я шкала оптимистичности выявляет уровень жизнелюбивых тенденций и общей активности;

- 0-я шкала интроверсии показывает уровень общительности, социальной вовлеченности личности, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний вплоть до замкнутости и аутичности, либо обращенность в мир реального окружения экстравертированной личности или эмоционально незрелой личности с ослабленным самоконтролем.

Обработка данных производилась под руководством кафедры психофизиологии и психофизики Уральского Государственного Университета.

По результатам проведенного исследования на кафедре психологии Новосибирского Государственного Университета защищена дипломная работа "Исследование возможностей РОФЭС-диагностики при определении психологических характеристик".

По всей выборке вычислялись корреляции по Спирмену между всеми показателями рофограмм (всего 51 показатель) с показателями тестов УСК, Спилберга-Ханина и СМЛЛ. Перед вами сокращенная корреляционная матрица, в которой представлены только значимые коэффициенты корреляции. (см. Табл.)

Критическим значением коэффициента корреляции для нашей выборки для уровня значимости $\beta=0,95$ ($p \leq 0,05$) является $r=0,25$.

Значимые коэффициенты корреляций между значениями рофограмм и тестов УСК, СМЛЛ, Спилберга – Ханина получены по показателям семи меридианов и с интегральным показателем рофограммы – адаптационным потенциалом (АП).

Наибольшее количество значимых корреляционных связей наблюдается между психологическими характеристиками и показателями меридиана V (16 достоверных коэффициентов корреляции). Это подтверждает предположение о связи меридиана V с характеристиками эмоциональной сферы.

Корреляции с данными теста УСК.

Получено девять корреляций показателей меридиана V с показателями УСК.

Чем ближе состояние меридиана к норме, тем более индивид контролирует свои неформальные отношения с другими людьми, считает, что большинство важных событий в его жизни было результатом его собственных действий и он может ими управлять.

Наиболее устойчива корреляция всех показателей меридиана V с *интернальностью в области достижений (ИД)*. (См. Табл.) Это может свидетельствовать о том, что показатели рофограммы по меридиану V являются достаточно хорошим индикатором для выявления индивидов целеустремленных, уверенных в себе и своих силах ($r=0,29---0,35$). при состоянии меридиана в норме.

Устойчивые положительные корреляции со шкалой интернальности в отношении здоровья (ИЗ) имеют показатели меридиана VB, причем статистически значимые даже для уровня $\beta_2=0,99$ ($p \leq 0.01$).

- При VB в инь (по экспертной системе – показатель мобилизации интеллектуальной сферы) человек ответственен за своё здоровье.
- При VB в ян (по экспертной системе – показатель интеллектуальной усталости, замедления процессов мышления) человек переносит ответственность за свое здоровье, выздоровление на внешние факторы (случай, врачей).

Пять значимых корреляций с данными УСК получено по меридиану легких P, причем, в основном, по ветви d.

Это говорит о том, что $P(d)$ в инь, (по экспертной системе - завышение оценки окружающей среды (нереально поставленные цели)), связано с возложением ответственности не только за свое здоровье и болезни на внешние факторы. $P(d)$ в инь наблюдается также у мужчин, которые свои успехи приписывают внешним обстоятельствам, не считают себя способным активно формировать свой круг общения и склонны считать свои отношения результатом действия партнеров (Ид, Им, Из).

Корреляции со шкалами тревожности

Получен только один значимый коэффициент корреляции адаптационного потенциала АП с уровнем личностной тревожности, который имеет отрицательный знак.

Т.е. с возрастанием уровня личностной тревожности снижается значение адаптационного потенциала, характеризующего адаптивные возможности индивида. И наоборот, при низком уровне личностной тревожности испытуемые имеют более высокие показатели адаптационного потенциала.

Корреляции со шкалами СМЛ

Положительные корреляции с показателями меридиана VB по ветви s (см. Табл.) имеет шкала эмоциональной лабильности 3(Ну) СМЛ Табл.).

Полученные корреляции позволяют констатировать, что повышенная эмоциональная лабильность (т.е. высокие баллы по 3-ей шкале) сочетается с наполненностью меридиана VB (в инь).

И наоборот, «пустота» меридиана VB (в ян) (в экспертной системе - упадок сил и замедление (заторможенность) процессов мышления) связана с эмоциональной устойчивостью, пониженной чувствительностью к средовым воздействиям, с относительно низкой откликаемостью на проблемы социального микроклимата, недостаточной спонтанностью в социальных контактах, отсутствием необходимой "дипломатичности" и созвучности настроениям референтной группы, скептицизму.

По Л.Н.Собчик шкала импульсивности 4(Pd) выявляет активную личностную позицию, высокую поисковую активность, преобладание мотивации достижения, уверенность и быстроту в принятии решений. Это соответствует показателям меридиана V(d) в коридоре нормы.

V(d) в ян (пустота канала) будет соответствовать таким характеристикам: снижение мотивации достижения, отсутствие спонтанности, непосредственности поведения, хороший самоконтроль, невыраженное честолюбие; приверженность общепринятым нормам поведения, тенденция к сохранению постоянных установок, интересов и целей; конформизм.

Высоким значениям 4-ой шкалы соответствует отклонение в ян R(d) и TR(s). Если сравнить описание "пустоты" меридиана TR, данное в экспертной системе, и описание, данное Собчик, мы видим практическое совпадение формулировок. Так, TR в ян (см. табл.) характеризуется подверженностью эмоциональным срывам вплоть до отсутствия контроля над аффективными состояниями. Высокие значения по шкале 4(Pd)[Собчик] описываются следующим образом: "ослаблен контроль над эмоциями" и в крайних значениях: "потеря контроля над своим поведением и эмоциями, легко возникающая раздражительность".

Аналогично, шкала оптимистичности 9 (Ma) СМИЛ, имеющая также положительную корреляцию ($r=0,25—0,29$) с меридианом V по ветви d (соответствует отношениям индивида с социальным окружением), отражает активность позиции, высокий уровень жизнелюбия, уверенность в себе, позитивную самооценку, высокую мотивацию достижения и т.д. Т.е. чем ближе ветвь d меридиана V к норме, тем более выражена активная личностная позиция.

Еще одна связь 9(Ma) шкалы оптимистичности СМИЛ с ветвью d меридиана P имеет отрицательный знак. Т.е. «пустота» меридиана (P(d) в ян), получается связанной с повышением таких качеств, как оптимизм, стремление быть в центре внимания, эгоцентризм, настойчивость, эмоциональную незрелость, тенденции отрицать тревогу, снисходительное отношение к своим промахам. А при d в инь можно ожидать у испытуемого снижение оптимизма, жизнелюбия и активности; недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие. (См. Табл.)

Показатели меридиана MC коррелируют только со шкалой интроверсии 0(Si) СМИЛ. Обе корреляции получены по ветви s.

Меридиан MC в основном характеризует состояние нервной системы индивидуума [Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. –М.:Медицина, 1980].

Переполнение меридиана MC (в ян), характеризующееся в экспертной системе РОФЭС-диагностики как нервное напряжение, прямой показатель (с точки зрения индивидуума) внешнего воздействия среды, неврозы, может соответствовать выраженности таких характеристик (шкала 0(Si)), как:

- Внутренняя дисгармония, сокрытие от окружающих своеобразия своего характера, неловкости в общении.
- В ситуации стресса – заторможенность, уход от контактов, бегство от проблем.
- Затруднения при осуществлении межличностных контактов.
- При вынужденных контактах – легкость возникновения тревоги.

Наличие таких характеристик мы также можем ожидать и при V(d) в ян и R(s) в ян. И наоборот, чем ближе к норме состояние меридиана R, тем спокойнее, уравновешеннее тип реагирования.

Для нашей выборки наблюдается также связь состояния меридиана P(s) с 5(Mf) шкалой маскулинности – феминности. Высокие значения шкалы 5(Mf) для мужчин соответствуют феминизации интересов и поведения, сензитивности, пассивности, мягкости, склонности к волнениям и внутренним переживаниям, отсутствию типично мужского стиля полоролевого поведения.

При полученном отрицательном знаке коэффициента корреляции такие качества у мужчины будут наблюдаться при P(s) в ян. (Заметим, что по экспертной системе P(s) характеризуются заниженной самооценкой).

И наоборот, при P(s) в инь (по экспертной системе - завышенная (неадекватно) самооценка) выражены такие качества, как типично мужской стиль поведения, жесткость характера, склонность к соперничеству, практичность, самоуверенность, снисходительное отношение к собственным недостаткам и стремление к уклонению от

трудных ситуаций. Таким образом, мы можем предполагать, что по ветви s меридиана R можно судить о степени выраженности маскулинно-феминных качеств у мужчин.

Соответственно отклонение ветви s меридиана GI в инь будет соответствовать низким значениям 5-ой шкалы, т.е. выраженной маскулинности (если считать увеличение маскулинных качеств у мужчины как увеличение качеств активной социальной позиции), а увеличение феминных как рост пассивных тенденций (GI в ян).

Кроме вполне объяснимых результатов получены и такие, которые ставят вопрос о дальнейших исследованиях. Например, вызывает вопросы заключение экспертной системы относительно «пустоты» меридиана R, которое характеризуется авторами как наличие беспокойств, повышенной тревожности, фобий, длительных переживаний. Это вступает в противоречие с полученными корреляциями показателей меридиана со шкалами 2(D) и 0(Si) СМЛ. Т.к. низкие показатели шкалы D характеризуются как раз низким уровнем тревоги, активностью, ощущением своей значимости, силы, энергии и бодрости. А низкие показатели нулевой шкалы указывают на выраженность качеств экстравертированности и социабельности. В то же время корреляций непосредственно с показателями как ситуативной $r = -0,084 - 0,059$, так и личностной тревожности ($r = -0,109 - 0,088$) не обнаружено. В связи с этим встает вопрос о правомочности описания пустоты меридиана V как показателя тревожности.

Также не находят объяснения и высокие значения коэффициентов корреляции меридиана GI (особенно со шкалами УСК).

Полученные результаты ставят вопрос о дальнейших исследованиях психологических коррелятов и других меридианов, не получивших корреляций с исследованными характеристиками.

Заключение

На основе обработки экспериментальных данных получены корреляции и исследован характер значимых корреляций между отдельными показателями рофограмм и результатами тестовых методик, что дает возможность сделать вывод о подтверждении выдвинутой гипотезы.

Полученные результаты являются основанием для продолжения исследований в выбранном направлении. Ближайшей задачей видится исследование надежности методики путем ретестирования данной выборки. Уже сейчас набирается материал по другим выборкам, т.е. для различного контингента обследуемых.

В перспективе представляется интересным дальнейшее развитие исследований в плане нахождения связей показателей электропунктурной диагностики с другими сторонами психологического портрета личности. Подтверждение или опровержение экспертных оценок в ходе подобных исследований поможет расширить психодиагностические возможности РОФЭС-диагностики. Наличие в экспертной базе обоснованных оценок даст возможность различным специалистам, использующим в своей практике РОФЭС, более дифференцированной работы с клиентом (пациентом) с учетом его психоэмоционального состояния и психологических особенностей.

Использование явлений биорезонанса в диагностике и лечении.

Шумов И. В. (г. Омск)

Разработчик поличастот коррекции по симптомокомплексам

и нозологиям в модуле «Физиотерапия» shumov@infomsk.ru.

врач традиционной медицины, действительный член Всемирной Ассоциации китайской медицины (WACM), Канадской Академии китайской медицины (CACTHS), Международной академии авторов научных открытий и изобретений (МААНОИ).

Доклад на научно-практическом семинаре в рамках Общества специалистов по рофэс-диагностике. Тема семинара: Освоение метода волновой - многочастотной диагностики и коррекции на комплексе РОФЭС.

Сроки проведения: 13 - 15 ноября 2003г. г. Екатеринбург

Биорезонансная терапия по своей сути делится на 2 основных вида: экзогенная и эндогенная. Идея биорезонансной терапии (БРТ) была высказана и научно обоснована Ф. Морелем в 1977 году, и состоит в применении для лечения сверхслабых электромагнитных колебаний, снятых с самого пациента, которые после аппаратной обработки возвращаются ему же. Метод электромагнитной полевой терапии по сути своей тоже является биорезонансным, но в отличие от МОРА-терапии, электромагнитное поле, воздействующее на пациента в последнем случае, является по отношению к нему внешним. Соответственно электромагнитная терапия на полном основании может быть названа экзогенной биорезонансной терапией. Наличие биорезонанса в системе обусловлены следующими факторами: характеристики колебаний (совпадение спектра колебаний, естественно повышает вероятность возникновения эффекта резонанса); частота (для наличия в биосистеме эффекта резонанса, частота прикладываемых к ней колебаний должна совпадать с частотой самой биосистемы); амплитуда (чем больше амплитуда, тем более вероятно возникновение резонанса). Работами российских и немецких ученых был доказан тот факт, что рецепторами-приёмниками электромагнитных полей являются системы меридианов и точки акупунктуры (ТА). В процессе экспериментальных исследований в указанных зонах были обнаружены низкочастотные электрические и электромагнитные сигналы, имеющие максимальные значения амплитуд на ряде дискретных частот в диапазоне от единиц до 100 Гц. Было установлено, что при смещении датчика из зоны ТА амплитуды принимаемых сигналов резко уменьшаются и пространственное распределение сигналов в зоне проекции ТА имеет анизотропный характер. На участках тела, вне БАЗ, фиксируемые сигналы имели шумовой характер, и их амплитуда в 5-10 раз была меньше, чем в зонах проекций ТА.

В работах американских исследователей (Райф, Кларк, Статфорд и др.) указывается на то, что резонансные частоты не ограничиваются коридором от единиц до 100 Гц. По крайней мере, доказанным является тот факт, что резонансные частоты составляют от десятых Гц до нескольких миллионов Гц.

Живые организмы обладают способностью к накоплению патологической информации. Поэтому всегда можно уничтожить только те колебания, которые существуют в данный момент и доступны для воздействия. А поскольку информация накапливается постоянно, то обязательно появятся дополнительные поступления патологической информации. Исходя из этого, при острых заболеваниях чаще

достаточно 3-5 сеансов, при лечении хронических заболеваний может потребоваться от 8 до 20 сеансов.

По сравнению с лечением импульсами электричества, метод воздействия на пациента терапевтическими частотами, вносимыми посредством электромагнитного поля, имеет ряд преимуществ - терапевтический сеанс проходит без каких-либо ощущений и что крайне важно - невозможна передозировка воздействия.

Известно, что спектры гомеопатических препаратов таковы: низкие потенции, до D 6 имеют спектр до 300 Гц, средние, от D 6 до D 12 - от 300 до 1000 Гц, высокие потенции, от D 12 до D 200 - от 1000 Гц до 10000 Гц. В соответствии с этим, можно провести некоторые аналогии для лечения электромагнитными колебаниями. Настоящая версия РОФЭС (2002 г., прим. авторов) позволяет воздействовать частотами от 0,1 Гц до 500 Гц (в настоящее время до 100000 Гц, прим. авторов), то есть фактически, эти частоты соответствуют гомеопатическим препаратам десятичных разведений.

Под термином биологический резонанс подразумевается навязывание конкретному уровню структурно-функциональной организации организма такой частоты внешнего воздействия, при которой соответствующие ткани перестают подчиняться имеющейся патологической информации и начинают функционировать под влиянием заданного извне режима. Для вхождения в резонанс к различным органам, и системам были разработаны лечебные программы воздействия. Они представляют собой набор частот от 1 до нескольких десятков для решения поставленной задачи. Для достижения стойкого эффекта необходимо длительное терапевтическое воздействие - 2 минуты на частоту лечебного воздействия для детей и 3-5 минут на частоту для взрослых. Длительность сеанса может достигать 2 часов. Нужно отметить, что чем выше частота, тем короче может быть время воздействия. Применение этих физиологических электромагнитных частот приводит к морфологической и функциональной реставрации патологически измененных тканей и органов, резко повышая эффективность лечения.

Как и любой лечебный метод, электромагнитная полевая терапия, имеет свои противопоказания. К ним относятся: беременность; декомпенсированные заболевания сердца; пневмосклероз со склонностью к кровотечениям; инфаркт миокарда до двух месяцев давности; врожденные патологии центральной нервной системы. Но по большому счету, эти противопоказания являются относительными.

Под действием ЭМП происходят изменения, которые реализуются на всех уровнях организации живой материи: субклеточном, клеточном, тканевом, органном, системном и организменном. Влияние ЭМП на органические соединения и биологические объекты связано со сложными молекулярно-биологическими, клеточными и субклеточными процессами. Лечебный эффект электромагнитного поля зависит от особенностей организма человека. Важными факторами являются возраст (старикам реагируют слабее), пол (мужчины более чувствительны к ЭМП) исходное функциональное состояние (работающий орган сильнее реагирует на действие ЭМП, чем находящийся в состоянии покоя).

Наиболее чувствительна к электромагнитному воздействию нервная система, далее в порядке убывания чувствительности: эндокринная, сердечно-сосудистая, кровь, мышечная, пищеварительная, выделительная, дыхательная и костная.

За 1,5 года (2002 – 2003, *прим. авторов*) методами экзогенной биорезонансной терапии на комплексе «РОФЭС» пролечено 655 человек. Средняя эффективность лечения составила 71%. Частотное воздействие осуществлялось на точки акупунктуры, в соответствии с диагностированным состоянием. В некоторых случаях (нейродермит, псориаз и некоторые другие) использовалось, кроме воздействия на АТ, местное лечение на очаг поражения. Для каждого пациента составлялась индивидуальная частотная программа. Ввиду того, что диагностические возможности аппаратно-программного комплекса «РОФЭС» ограничиваются 15 Гц (*для приборов до 2003 г., в настоящее время – 100 Гц, прим. авторов*), для полноценного лечения приходится использовать кроме диагностированных «частотных поломок», дополнительные частоты. Для построения частотных комбинаций были использованы работы Р. Фолля, П. Шмидта, Р. Райфа, В. Людвига, Д. Бара, Р. Гербера, Х. Кларк, Д. Гарвея, Р. Стафорда и других. В среднем, курс лечения состоял из 10-16 сеансов, проводимых ежедневно. В необходимых случаях, курс лечения повторялся через 2-3 недели. Параллельно с данным лечением все пациенты получали индивидуальные препараты, созданные путем переноса частот на гомеопатическую крупку. Необходимо отметить тот факт, что методы экзогенной БРТ хорошо сочетаются со многими методами альтернативной медицины.

В заключение хотелось бы отметить, что методы экзогенной БРТ являются высокоэффективными в лечении очень широкого спектра заболеваний. Появились перспективы в лечении данными методами таких серьезных заболеваний как гепатит, СПИД, доброкачественные и злокачественные новообразования.

Приложение 3.

Краткая характеристика меридианов и их функций

Данный раздел пособия содержит синтезированную и структурированную информацию из основных учебников по рефлексотерапии известных авторов Гаваа Лувсан, Табеевой Д.М., Портнова Ф.Г., осуществлённую авторами пособия.

Рисунки взяты из книги «Электропунктурная рефлексотерапия» Ф.Г. Портнова.

Меридиан Лёгких – Р (I)

Суточная активность меридиана (Р) 3ч-5ч.

Меридиан Лёгких (Р) является входным меридианом, с которого начинается циркуляция энергии по правилу концепции "У-син" - "Суточный цикл циркуляции энергии в меридиональной структуре организма человека".

Меридиан Лёгких (Р) - "иньский" меридиан, он является накопителем энергии.

(Р) объединён с меридианом Толстого кишечника (GI) в первоэлемент "МЕТАЛЛ".

Относится к системе меридианов Инь руки. Центробежный, парный. Насчитывает 11 точек акупунктуры.

Внутренний ход меридиана Р :

Начинается в средней части туловища, что соответствует проекции точки XIV12 переднесрединного меридиана. Затем поднимается вверх, доходит до кардинальной части желудка, пересекает диафрагму, входит в лёгкие, проходит гортань, Далее спускается вниз в область плечевого сустава, где и заканчивается внешним ходом. Внутренний ход имеет одно ответвление, которое, начинаясь от легких, спускается вниз и связывается с толстой кишкой.

Наружный ход:

в области подключичной ямки (P(I)1, P(I)2) меридиан проходит по третьей боковой линии груди, в области плеча (P(I)3, P(I)4) - по наружному краю двуглавой мышцы плеча, в области локтевого сустава (P(I)5) - по наружному краю сухожилия этой же мышцы, на предплечье (P(I)6 - P(I)9) следует по его переднелатеральному краю (внутренне-лучевой стороне), на кисти (P(I)10 - P(I)11) пересекает возвышение большого пальца, заканчиваясь у латерального (лучевого) края корня ногтя большого пальца.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика в корпоральном методе:

Р 9 (ТАЙ-ЮАНЬ, TAIYUAN)- находится на нижней складке лучезапястного сустава у лучевого края лучевой артерии. Проекция - между сухожилием лучевого сгибателя запястья и сухожилием длинной мышцы, отводящей большой палец кисти, нижний край круглого пронатора. Определение - рука обращена ладонью вверх. (Лакуста). На ладонной стороне лучезапястного сустава, на складке сгиба, над лучевой артерией (Нгуен Ван Нги).

Меридиан Легких (Р) отвечает:

- за состояние газового, водного баланса человека,
- общий энергопотенциал.

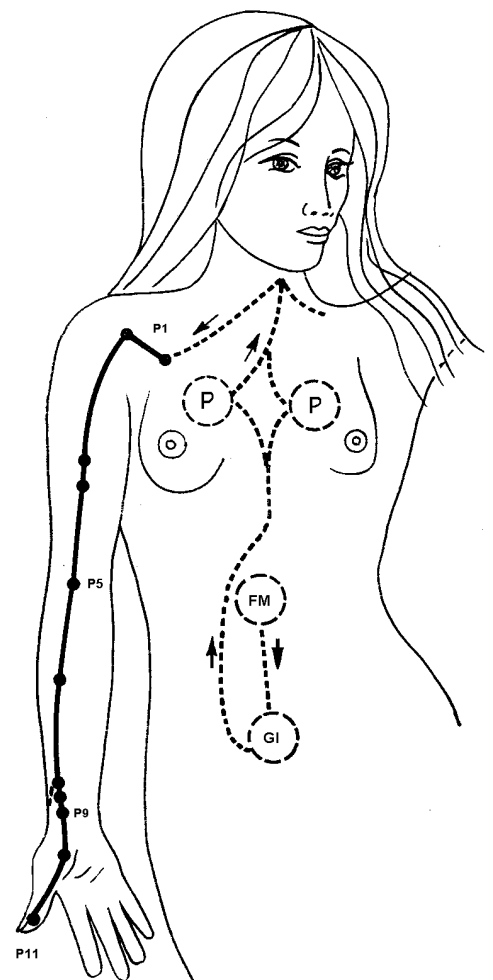
ЗЕРКАЛО :

- волосяной покров

Зонами влияния являются:

- кожа, волосы тела, макушка, нос, плечи.

На функционирование меридиана лёгких большое влияние оказывает длительное состояние человека в



эмоциональном напряжении (смотрите психологические интерпретации).

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства с внутренним ходом меридиана :

- кашель, одышка, удушье,
- бронхиальная астма,
- болезни горла

Расстройства с наружным ходом меридиана :

- напряжение мышц спины,
- боль в лучезапястном суставе,
- неврит лучевого нерва,
- межрёберная невралгия,
- боль в грудной клетке

Объединенные расстройства :

- повышенная чувствительность к холоду, ветру,
- воспалительные заболевания полости рта и глотки,
- повышение температуры, головная боль, бессонница,
- кожный зуд,
- неврит лицевого нерва,
- депрессивные состояния,
- заболевания сердца,

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА Р

1. Секутся и выпадают волосы.
2. Частая икота.
3. Зевота.
4. Сонливость.
5. Кашель. Повышение температуры тела

Меридиан Толстого кишечника - GI (II)

Суточная активность меридиана Толстого кишечника (GI) с 5ч-7ч.

Меридиан Толстого кишечника (GI) - "Янский меридиан" является проводником энергии, накапливаемой в "Иньском меридиане" - Лёгких (Р).

Они объединены в первоэлемент "МЕТАЛЛ"

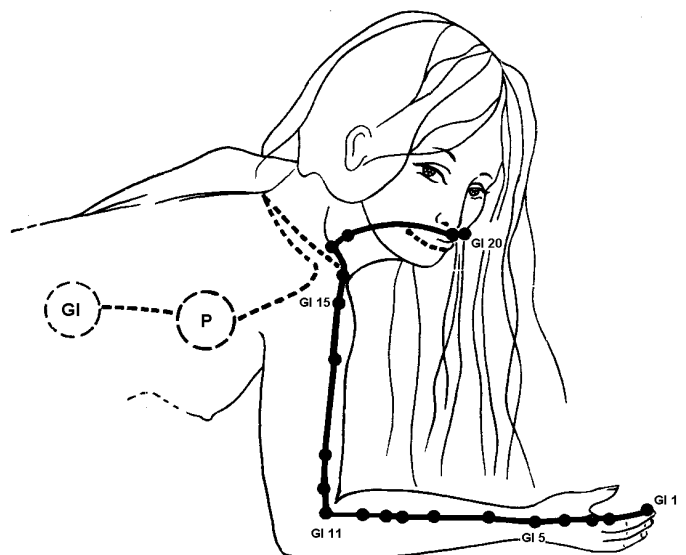
Относится к системе меридианов ЯН руки. Центростремительный, парный.

Внутренний ход :

Начинается от точки E12, опускается внутрь, проходит лёгкие, диафрагму и доходит до толстого кишечника.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика в корпоральном методе:

Gi 5 (ЯН-СИ, YANGXI) - находится на складке лучезапястного сустава при легком разгибании кисти находится между сухожилиями короткого и длинного разгибателей большого пальца, в центре анатомической табакерки. Проекция - лучевой край лучезапястного сустава. Определение - при согнутой в локтевом суставе руке, пальцы выпрямлены, большой палец отведен в сторону, кисть повернута лучевым краем вверх. (Лакуста). В углублении дна анатомической табакерки лучезапястного сустава. (Нгуен Ван Нги).



Меридиан Толстого кишечника (GI) контролирует:

- эвакуацию отходов пищи,
- всасывание воды из пищевой массы,
- качество соков тела.

Меридиан Толстого кишечника (GI) отражает:

- состояние слизистых оболочек,
- состояние системы выделения.

ЗЕРКАЛО :

- Кожа.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- все болезни толстого кишечника,
- паразитарные инвазии,
- воспалительный процесс в легких,
- заболевания ЛОР органов,
- патология миндалин

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- боль по ходу меридиана,
- патологический процесс в шейном отделе позвоночника,
- при поражении обеих ветвей остро лихорадочные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни сердца.

На состояние меридиана (GI) большое влияние оказывает уровень жизненной устойчивости (уравновешенности) человека (смотрите психологические интерпретации).

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Метеоризм.

1. Расстройства стула(то слабит, то крепит).

3. Болезненность живота.

4. Дурной запах изо рта.

5. Геморрой.

6. Ухудшение памяти.

7. Дефекты слизистой (трещины в анусе).

Меридиан Желудка – Е (III)

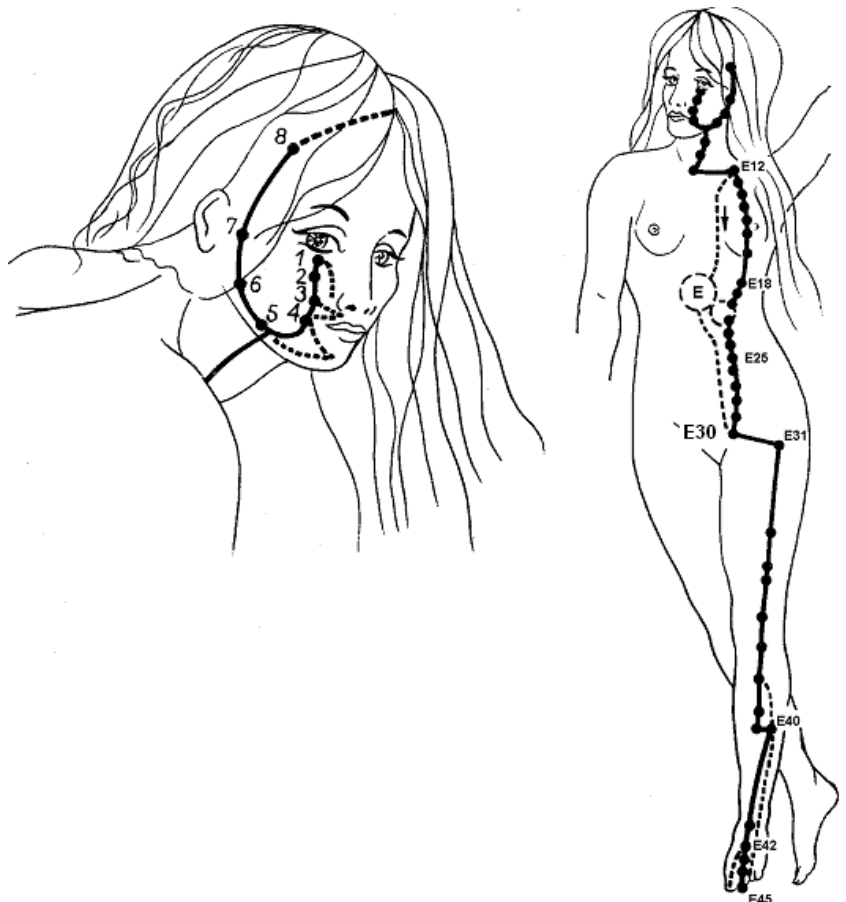
Суточная активность меридиана желудка (Е) - с 7 до 9 часов. Объединён в первоэлемент "ЗЕМЛЯ" с меридианом RP.

Меридиан желудка (Е) - "янский меридиан" является проводником энергии, накапливаемой в меридиане поджелудочной-селезёнки (RP).

Относится к системе меридианов ЯН ноги. Центробежный, парный.

Внутренний ход :

Туловищно-ножного направления от точки E12, расположенной в надключичной ямке, опускается внутрь, прободает диафрагму и



доходит до желудка, далее связывается с селезёнкой. Имеет одно ответвление, которое начинается от привратника желудка, спускается вниз в брюшную полость и доходит до точки Е30, где и соединяется с наружным ходом.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

Е 42 (ЧУН-ЯН, CHONGYANG)- находится на самом высоком месте свода стопы между 2 и 3 клиновидными костями, на 1/4 расстояния от точки Е 41 и Е 44. Проекция - медиальный край сухожилия длинного разгибателя пальцев. Определение - в положении сидя. (Лакуста). На самом высоком месте свода стопы, на 3 цуня проксимальнее Е 44, там где прощупывается пульсация тыльной артерии стопы. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие меридиану :

- желудок,
- 12-перстная кишка.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ :

- Приём и передача переваренной пищи дальше тонкому кишечнику. Переваренные, измельченные вещества всасываются и далее передаются селезенке, распространяясь по всему организму.
- Дополнительными зонами влияния являются руки.

КОНТРОЛЬ НАД :

- Физическим тонусом человека,
- Мышечной силой,
- Выносливостью

ОКНО :

- Е 36

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства внутреннего хода меридиана:

- связан с желудком: язва, гастрит, гастродуоденит
- диспептические расстройства : рвота, понос.

Расстройства внешнего хода меридиана :

- головная боль, зубная боль,
- межрёберная невралгия,
- патология молочной железы (боль),
- патология передней брюшной стенки,
- нарушения по ходу меридиана : передняя поверхность бедра, коленных суставов, голень, тыл стопы.

Объединённые расстройства :

- эпилепсия,
- маниакально-депрессивные состояния,
- заболевания органов дыхания, ЛОР,
- заболевания наружных половых органов, все гинекологические нарушения.

При нормальной функции меридиана желудка, его чи-энергия (функциональное начало) опускается вниз.

При нарушенном состоянии наблюдается обратный ход (чи меридиана желудка поднимается вверх), что сопровождается тошнотой и рвотой.

В восточной медицине функции меридиана желудка придается большое значение. Если болезнь не повреждает его чи-энергии, то заболевание излечивается относительно легко, и наоборот. Это надо учитывать при назначении лекарств - вследствие повреждения чи меридиана желудка, может нарушиться весь режим восстановления и распространения питательных веществ (восстановление аппетита при заболевании - хороший признак).

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Расстройство аппетита.
2. Боли в области желудка.

3. Головные боли.
4. Скачки температуры.
5. Нервное расстройство желудка.

Меридиан Поджелудочной – Селезёнки RP(IV)

Суточная активность меридиана Поджелудочной -селезёнки (RP) с 9 до 11 часов.
Меридиан (RP) - "иньский" меридиан, он является накопителем энергии.
Объединён с меридианом желудка (E) в первоэлемент "ЗЕМЛЯ"

Относится к системе меридианов ИНЬ ноги. Центростремительный, парный.

Внутренний ход меридиана :

Внутренний ход меридиана от точки 10XIV переднесрединного меридиана проходит в брюшную полость, доходит до селезёнки, далее связывается с желудком. Имеет два ответвления, которые начинаются от желудка, проецируясь снаружи в точке 12XIV переднесрединного меридиана (над желудком). Первое ответвление поднимается от этой точки вверх, проходит диафрагму, лёгкие, повторяя наружный ход и на уровне точки RP20 делится на нисходящую ветвь, которая идёт к точке RP21, и восходящую, которая дальше продолжает подниматься вверх, проходя по боковой трахеи горла и гортани, и связывается с корнем языка, где радиально расходится. Второе ответвление от 12XIV начинается также от желудка, проходит диафрагму, доходит до сердца, где связывается с меридианом Сердца (C).

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

Рр 3 (ТАЙ-БАЙ, TAIBAI)-находится на внутренней поверхности стопы кзади и книзу от головки первой плюсневой кости. Проекция - задненижний край плюсневой кости, мышца, отводящая большой палец стопы. Определение в положении сидя. (Лакуста). На медиальной поверхности стопы, в углублении проксимальнее метатарзофалангового сустава большого пальца. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ :

- селезенка,
- поджелудочная железа,
- мышцы,
- жировая ткань,
- губы.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ :

- Транспортировка и превращение в питательную субстанцию полученных от желудка продуктов, подъём от желудка воды и влаги;
- Распределение питательных веществ по организму .

КОНТРОЛЬ НАД :

- Питанием мышц;
- Циркуляцией крови.

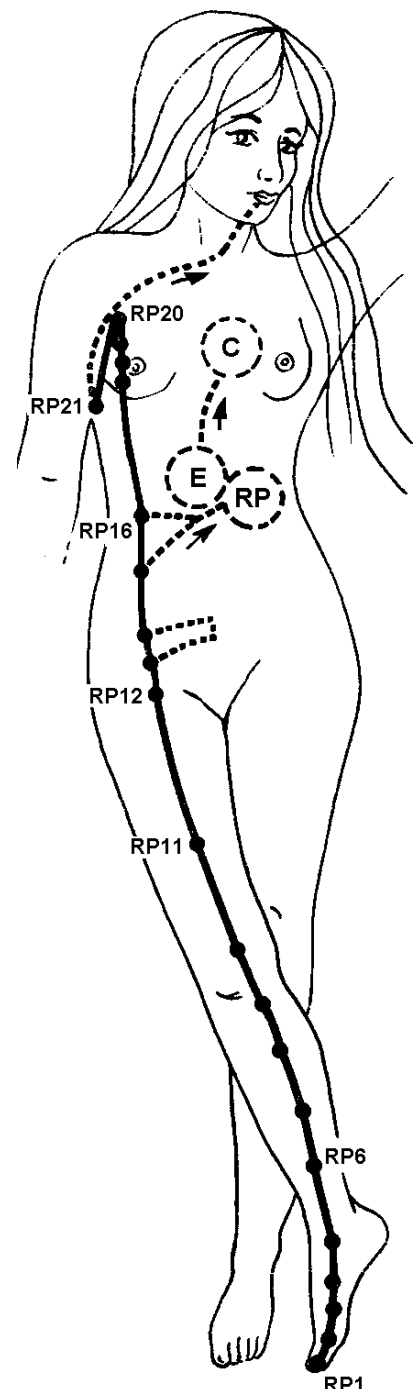
ОКНО :

- Губы

ЗЕРКАЛО :

- Мышцы конечностей.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана Расстройства по внутреннему ходу меридиана :



- спастическая боль в желудке,
- вздутие живота, запор, урчание, метеоризм, анорексия, рвота, понос,
- боль в языке,
- заболевания ЛОР органов,
- нижние зубы

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- голеностопный, коленный тазобедренные суставы,
- передняя брюшная стенка,
- м.р.невралгия

Объединённые расстройства :

- заболевания МПС,
- отеки, венозный застой,
- изменения по меридиану участвуют в каждом процессе при нарушении в эндокринной системе

ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ (У-син) :

- Раздумье,
- Печаль.

Таким образом, функция меридиана (RP) состоит в приеме, усвоении, дальнейшей передаче и распределении по всему организму питательных веществ. Происходит транспортировка к каждому органу того субстрата, который ему нужен.

КОНТРОЛЬ крови состоит в том, что нормальное функционирование меридиана (RP) препятствует ее выделению из сосудов и образованию кровотечений. "Чи-энергия" меридиана (RP) связана с циркуляцией крови - если функция селезенки нормальная, то кровь не выходит из кровяного русла, если же функция слабая, то теряется способность к ее сдерживанию, она выходит из русла, возникают гематомы, обильные месячные и др.

КОНТРОЛЬ питания мышц проявляется в снабжении мышц питательной субстанцией (ку-чи). Если "чи-энергия" меридиана (RP) нормальная, то мышцы имеют эластичную упругость, не устают. Если же, наоборот, "чи-энергия" меридиана (RP) ослаблена, то мышцы имеют дряблый вид, устают.

ЗЕРКАЛОМ меридиана (RP) являются мышцы конечностей, по ним можно судить о состоянии ее работы. И в то же время, регулярно и правильно нагружая конечности путем лечебной гимнастики, можно добиться хорошей работы селезенки.

ОКНОМ селезенки является рот (губы). При крепкой "чи-энергии" меридиана (RP) у человека хороший аппетит, ощущение вкуса. При нарушении ее функций могут быть изменения вкуса и аппетита. При нормальной функции меридиана губы имеют розовый цвет, нетрескаются, при пониженной функции (недостатке "чи") губы вялые, поблекшие.

ПРИМЕР :

На уровне первоэлементов: деструктивное влияние первоэлемента "ДЕРЕВО" (R - почки) на первоэлемент "ЗЕМЛЯ"(RP-подж.-селез.), происходящее по правилу "Корни ДЕРЕВА разрушают ЗЕМЛЮ", позволяет через ПЕЧАЛЬ, РАЗДУМЬЕ (RP в инь) лечить СТРАХ, ИСПУГ (R в ян), или через стимуляцию мышц конечностей : физические игры, спорт, что также приводит к уравниванию эмоциональной сферы.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Сонливость днем.
2. Плохая память.
3. Потеря контроля за собой.
4. Слабость в ногах (трудно долго ходить).
5. Мозговое истощение(сидит и смотрит в одну точку).
6. Неустойчивый аппетит.
7. Стремление к сладостям.
8. Дефекты соединительной ткани (опущение органов, слабость мышц).

Меридиан Сердца – С (V)

Меридиан сердца (С) - суточная активность с 11ч до 13ч. "Иньский меридиан" - накопитель энергетического потенциала.

Объединён в первоэлемент "ОГОНЬ (Внутренний ОГОНЬ)" с меридианом (IG).

Внутренний ход меридиана С :

Начинается от сердца на уровне проекции точки 17XIV переднесрединного меридиана (на уровне суставной вырезки V ребра). Далее проходит лёгкие и выходит наружу в подмышечную область в точке С1 (на уровне подмышечной складки, непосредственно у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края короткой головки двуглавой мышцы плеча). Внутренний ход имеет два ответвления. Первое – поднимается вверх по боковой поверхности трахеи, горла, где проецируется снаружи на уровне точки 23XIV (в щели, образуемой между краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща), далее проходит гортань и доходит до глазного яблока, а уже отсюда связывается с головным мозгом. Второе ответвление опускается вниз, проходит диафрагму и связывается с тонким кишечником.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

С 7 (ШЕНЬ-МЭНЬ, SHENMEN)- находится во впадине между гороховидной и локтевой костями на проксимальной складке лучезапястного сустава у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти. Проекция - глубокий сгибатель пальцев. Определение - рука несколько согнута и ладонью обращена кверху (Лакуста). В сгибе лучезапястного сустава, в углублении на медиальном крае гороховидной кости, над локтевой артерией. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ:

- Сердце
- Кровь

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ :

- Определяет состояние сердечно-сосудистой системы.
- Определяет состояние нервной системы.

Дополнительные зоны влияния :

- Передняя и задняя часть лёгких.
- Локти.

КОНТРОЛЬ НАД :

- Сосудами.
- Потом.
- Кровью.

ОКНО :

- Язык.

ЗЕРКАЛО :

- Лицо.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

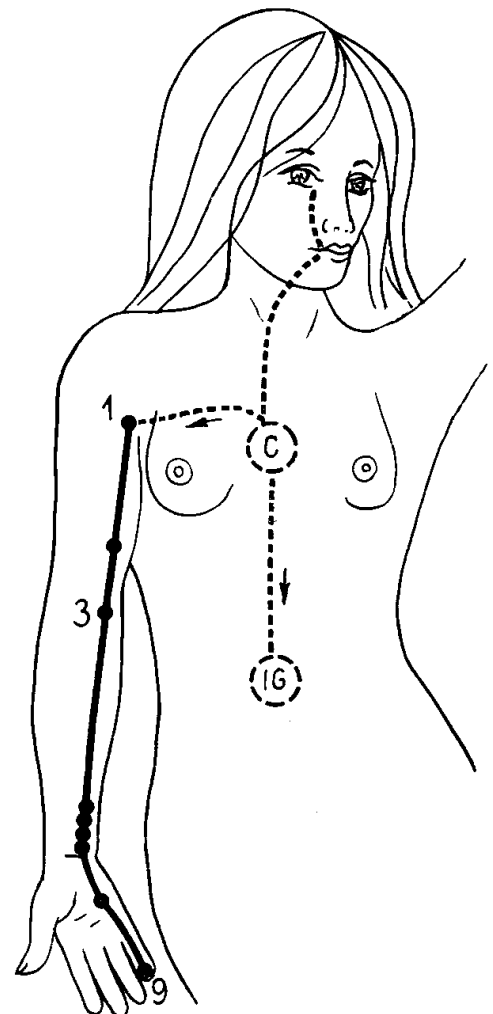
Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- боль в области сердца, аритмии,
- головная боль, головокружение,
- симптомы недостаточности мозгового кровообращения
- заболевания ЛОР органов,
- верхние зубы

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- по ходу меридиана,
- мышечные судороги в руках.

Объединённые расстройства :



- страх, внутреннее беспокойство, психозы, маниакально-депрессивное состояние, нарушение интеллекта, снижение памяти,
- эпилепсия,
- заболевания печени и поджелудочной железы.

ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ (У-син) :

Определяет активность духовной сферы, контроль сознания, мыслей (Связь между первоэлементами "ОГОНЬ" - "ДЕРЕВО").

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Белки глаз в красных прожилках.
2. Отечность и чернота под глазами.
3. Дефекты кожи носа и лба.
4. Краснота подмышек.
5. Торопливая речь.
6. Боязнь выступлений перед аудиторией.
7. Боязнь высоты.
8. Напряженная манера работать (стиснув зубы или губы).
9. Беспричинная тревога и страх.
10. Застенчивость (умственная истощенность).

Меридиан Тонкого кишечника IG (VI)

Меридиан "Тонкого кишечника" - (IG) - суточная активность меридиана с 13ч до 15ч.

Меридиан (IG) "Янский меридиан", является проводником энергии, накапливаемой "Иньским меридианом" (C), с которым они объединены в первоэлемент "ВНУТРЕННИЙ ОГОНЬ".

Внутренний ход меридиана IG :

Начинается от подключичной ямки (в проекции точки E12), спускается вниз, связывается с сердцем, идёт по боковой поверхности пищевода, проходит диафрагму, желудок и доходит до тонкого кишечника.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

Ig 4 (ВАНЬ-ГУ, WANGU)- находится на локтевой стороне кисти в промежутке между проксимальным концом 5 пястной кости и трехгранной костями. Проекция - латеральный край места прикрепления локтевого разгибателя запястья; мышца, отводящая мизинец. Определение - при выпрямленной кисти. (Лакуста). На ульнарном краю тыла кисти дистальнее лучезапястного сустава. (Нгуен Ван Нги). На 1 палец (второй) от Ig 5 .

АНАТОМИЧЕСКИЙ ОРГАН, соответствующий меридиану :

Тонкий кишечник.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами по этим меридианам :

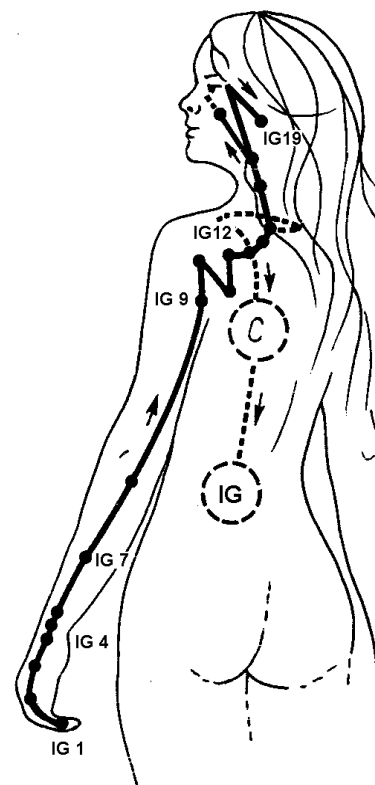
- Выделяет питательные вещества из пищи.
- Передаёт непереваренные фракции в толстый кишечник.
- Отводит от сердца ненужные паталогические вещества.

ОКНО :

- Кожный покров

ЗЕРКАЛО :

- Мелкие суставы рук.



СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- все формы нарушения транспортировки пищи,
- различные формы диспепсий,
- боль в области пупка, нижней части живота,
- лихорадка,
- боль в сердце

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- боль в затылке, шее,
- шум в ушах, снижение слуха,
- судороги в мышцах,
- все суставы рук по ходу меридиана

Объединённые расстройства :

- нервно-психические заболевания, - ревматоидный процесс,
- хорей,
- судороги,
- нарушение мозгового кровообращения,
- симптоматика, относящаяся к меридиану сердца (С)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ :

Отражает:

чувственное восприятие мира, показатель глубины чувств, сопереживания. На нём в большей степени отражаются ситуативные характеристики сферы чувств человека во взаимоотношении с окружающим миром.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Неспособность повернуть голову от плеча до плеча.
2. Двойной подбородок.
3. Ноющая боль внизу живота.
4. Боль в горле.
5. Боль в предплечье.
6. Напряженность в шее.
7. Нарывчики во рту и на губах.
8. Иногда тяжесть или резкая боль в груди.
9. Чувство жара.
10. Потливость.

Меридиан мочевого пузыря V (VII)

Меридиан "Мочевого пузыря"- (V), суточная активность с 15ч до 17ч.

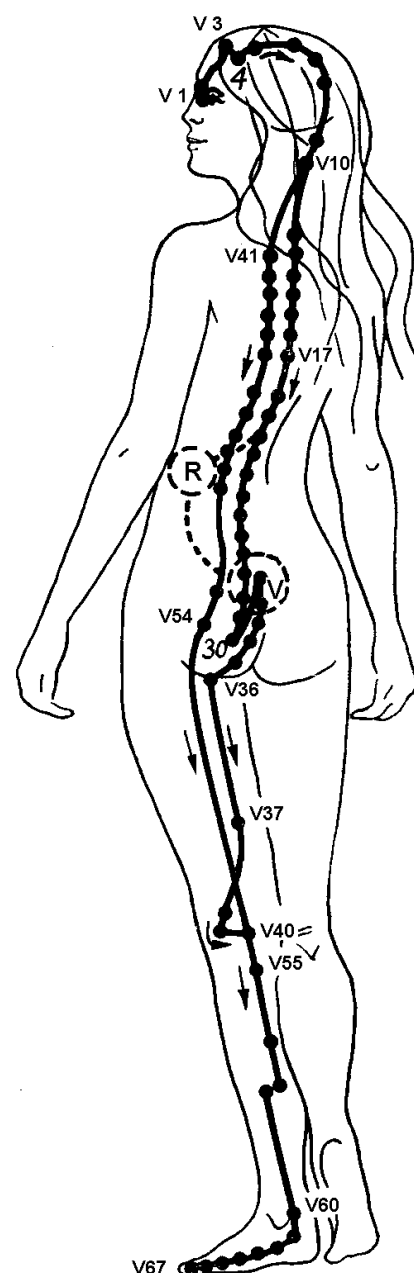
Меридиан (V) - "Янский меридиан", является проводником энергии, накапливаемой "Иньским меридианом" (R), с которым они объединены в первоэлемент.

Внутренний ход меридиана V :

Начинается от точки V23 (снаружи от промежутка между остистыми отростками L2-L3 на 1.5 цуня), входит в брюшную полость, связывается с почками и доходит до мочевого пузыря.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

V 65 (ШУ-ГУ, SHUGU)- находится на границе тыльной и подошвенной поверхностей стопы под задним концом головки 5 плюсневой кости. Проекция - латеральный край мышцы, отводящей мизинец стопы. Положение - лежа на спине. (Лакуста). На латеральном крае стопы, проксимально от 5



метатарзо-фалангового сустава, в углублении на переходе кожи с тыла стопы на подошву. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие данному меридиану :
Мочевой пузырь, мочеполовая система.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами по меридиану V :

- Накопление "мутных" жидкостей и выведение мочи.
- Отвечает за водно-солевой баланс человека.

ОКНО :

- V палец стопы,
- анус.

ЗЕРКАЛО :

- поясничный отдел позвоночника

ОТРАЖАЕТ воспалительные заболевания органов малого таза.

ПОДТВЕРЖДАЕТ дегенеративные или воспалительные заболевания позвоночника в поясничном отделе.

КОНТРОЛЬ над выведением шлаков из организма.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- недержание или задержка мочи,
- анурия, олигурия,
- цистит,
- пиелонефрит, нефрит, гломерулонефрит,
- боли в МПС и половых органах.

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- всё, что связано с наружным ходом канала,
- ринит,
- отеки на лице,
- вазомоторный ринит, заболевания глаз,
- лобно-затылочная головная боль, головокружение,
- боль по всему позвоночнику (остеохондроз),
- напряжение и судороги мышц, боль в пояснично-крестцовой области, бедре, стопе, матке,
- все суставы, где он проходит

Объединённые расстройства :

- заболевания ЛОР органов ,
- брюшной полости,
- грудной клетки,
- заболевания МПС,
- геморрой в активной форме,

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Боль в задней части шеи.
2. Боль в позвоночнике.
3. Боль в лодыжке.
4. Боль в области шеи.
6. Боль в макушке.
7. Нарушение зрения (близорукость).
8. Слезящиеся глаза.
9. Зуд в глазах.
10. Повышенная чувствительность к холоду и ветру.
11. Бессоница.
12. Нарушение психического равновесия.
13. Слезливость.

- 14. Геморрой.
- 15. Обильное выделение из носа.

Меридиан Почек R (VIII)

Меридиан "Почек" - (R), суточная активность с 17ч до 19ч.

Меридиан (R) является "Иньским меридианом", то есть накопителем энергетического потенциала. Объединён с "Янским меридианом" (V) в первоэлемент "ВОДА".

Левая почка - показатель наследственной энергии.

Правая почка - показатель слаженности работы организма по переработке и накоплению поступающей энергии извне.

Внутренний ход меридиана R :

Начинается от точки 1XIV переднесрединного меридиана, погружается внутрь и поднимается на переднюю поверхность позвоночника до уровня почек. Затем опускается к мочевому пузырю и связывается с ним. Имеет одно ответвление, которое начинается от почек, пересекает печень, проходит через диафрагму и лёгкие, где разветвляется на две ветви. Первая ветвь поднимается параллельно наружному ходу, а с уровня проекции точки R27 начинает отходить к средней линии туловища и на уровне проекции точки 23XIV соединяется с внутренним ходом переднесрединного меридиана, и доходя до края языка заканчивается. Вторая ветвь также поднимается параллельно наружному ходу до проекции точки R23 (в четвёртом межреберье на первой боковой линии груди), а отсюда проходит к переднесрединному меридиану, проецируясь снаружи на уровне точки MC1, соединяясь с меридианом перикарда (MC).

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

R 3 (ТАЙ-СИ, ТАЙХИ)- находится в центре между верхушкой внутренней лодыжки и ахилловым сухожилием. Проекция - посредине между медиальной лодыжкой и медиальным краем пяточного сухожилия. Определяется в положении лежа на спине. (Лакуста). На 0,5 цуня сзади внутренней лодыжки, в углублении сверху пяточной кости - там можно прощупать пульсацию заднебедренной артерии. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие данному меридиану :

- Почки,
- Уши, волосяной покров головы, кости, мочеполовая система, поясничный отдел позвоночника.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами по меридиану R :

- Очищают от воды кровь и передают жидкость мочевому пузырю.
- Выработка, как костного мозга, так и спинного.
- Накопление субстанции "чжин".

ОКНО :

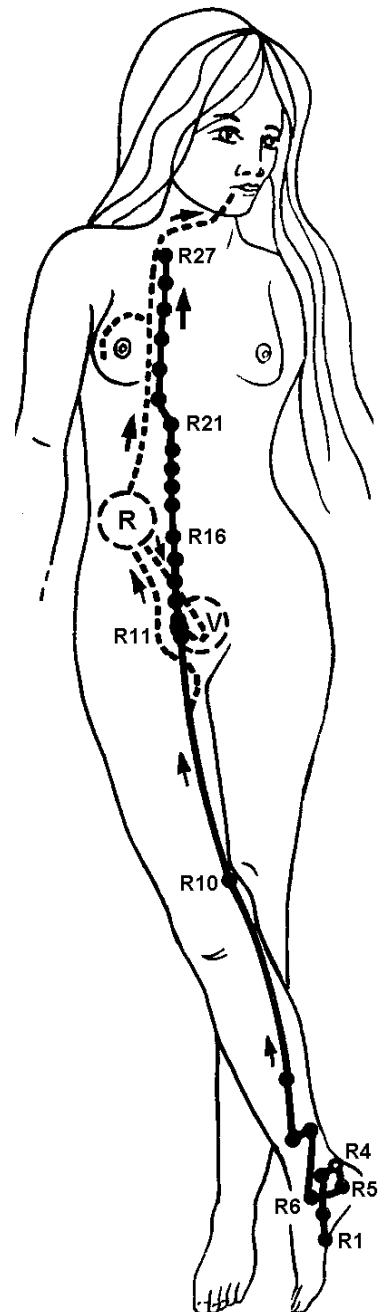
- корень языка

КОНТРОЛЬ над :

- Костями,
- Распределением жидкости.
- Слухом.

Через кровь контроль над волосяным покровом головы.

ОТВЕЧАЕТ за воспалительные заболевания почек, мочеполовой системы.



ПОДТВЕРЖДАЕТ процессы в позвоночнике и суставах.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- задержка, недержание мочи,
- все заболевания почек, мочевого пузыря,
- при недостаточности надпочечников импотенция, фригидность

Расстройства по внешнему ходу меридиана :

- вся патология с наружным ходом канала,
- боли во всех суставах,
- похолодание подошв,
- боль в позвоночнике,
- боль в передней брюшной стенке, груди.

Объединённые расстройства :

- болезни малого таза,
- болезни брюшной полости,
- болезни грудной клетки,
- болезни ЛОР органов,
- головная боль,
- снижение зрения, слуха,
- эмоциональные расстройства,
- снижение АД,
- ожирение,
- венозный застой,
- отеки,
- избытки жира.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Потливость после еды.
2. Бессоница
3. Зевота.
4. Импотенция.
5. Боли в области шеи.
6. Отеки.
7. Вздутый живот.

Меридиан Перикарда MC (IX)

(или меридиан кровообращения и половой функции)

Суточная активность меридиана "Перикарда" - (MC) с 19ч до 21ч.

Меридиан (MC) - "иньский меридиан". Накапливает энергию.

Объединён с меридианом "Три обогревателя" - (TR) в первоэлемент "ВНЕШНИЙ ОГОНЬ" (в некоторой литературе этот первоэлемент носит название "УМ")

Внутренний ход меридиана MC:

Начинается от перикарда в грудной клетке, в проекции к точке 18XIV переднесрединного меридиана, далее проходит к подреберью и заканчивается в точке MC 1. Имеет одно ответвление, которое начинается от перикарда, проецируясь снаружи на уровне точки 17XIV, спускается вниз, проходит диафрагму и последовательно связывается с верхней, средней и нижней частями туловища.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

МС 7 (ДА-ЛИН, DAILING)- находится на середине проксимальной складки лучезапястного сустава. Проекция - между сухожилиями лучевого сгибателя запястья и длинной ладонной мышцы, сухожилие длинного сгибателя большого пальца кисти, глубокий сгибатель пальцев. Определение - в положении лежа или сидя, рука обращена ладонью вверх. (Лакуста). В середине складки сгиба лучезапястного сустава, в углублении между сухожилиями. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие меридиану МС :

- Сердечная сумка.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами по меридиану МС :

- Защита сердца

- Функционирование ЦНС

ОТРАЖАЕТ изменения по меридиану сердца.

ОКАЗЫВАЕТ прямое воздействие на артериальное давление.

КОНТРОЛЬ над фильтрующей системой почек.

ЗЕРКАЛО :

- Артериальное давление

ОКНО :

- Бёдра.

- Язык.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- боль в области сердца, перикарде,

- нарушения сердечного ритма.

Расстройства по внешнему ходу канала :

- межрёберная невралгия,

- нарушения по ходу канала.

Объединённые расстройства :

- заболевания желудка,

- заболевания легких,

- нервно-психические расстройства

- лихорадочные состояния,

- м.р.невралгия,

- по ходу канала.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Чувство неполноценности.

2. Обильный беспричинный смех.

3. Красное лицо.

4. Горячие ладони.

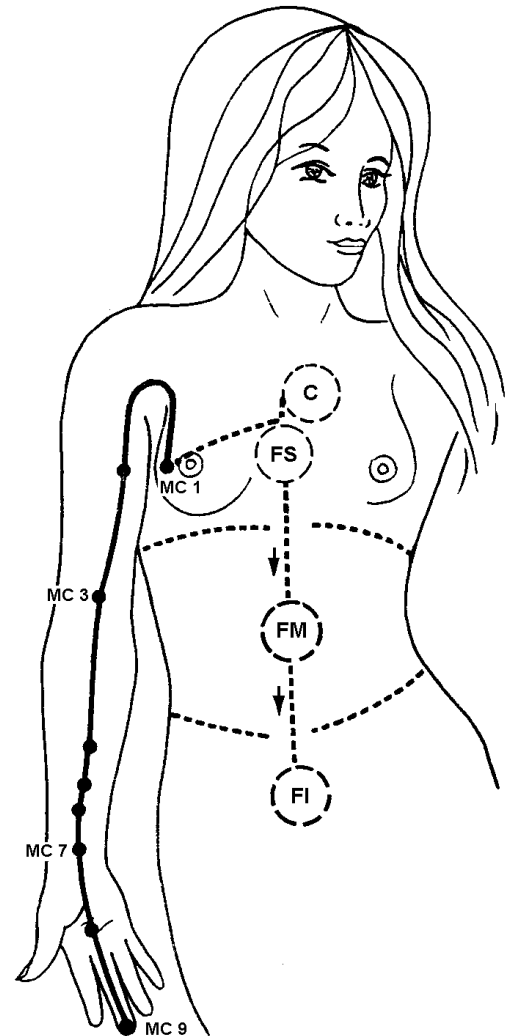
5. Опухание желез под мышками.

6. Дурной запах изо рта.

7. Тяжесть в сердце.

8. Быстрая утомляемость.

9. Приступы гнева и злобы по пустякам.



Меридиан Трёх обогревателей TR (X) (или меридиан теплообразования)

Суточная активность меридиана "Трёх обогревателей" - (TR) с 21ч до 23 часов.

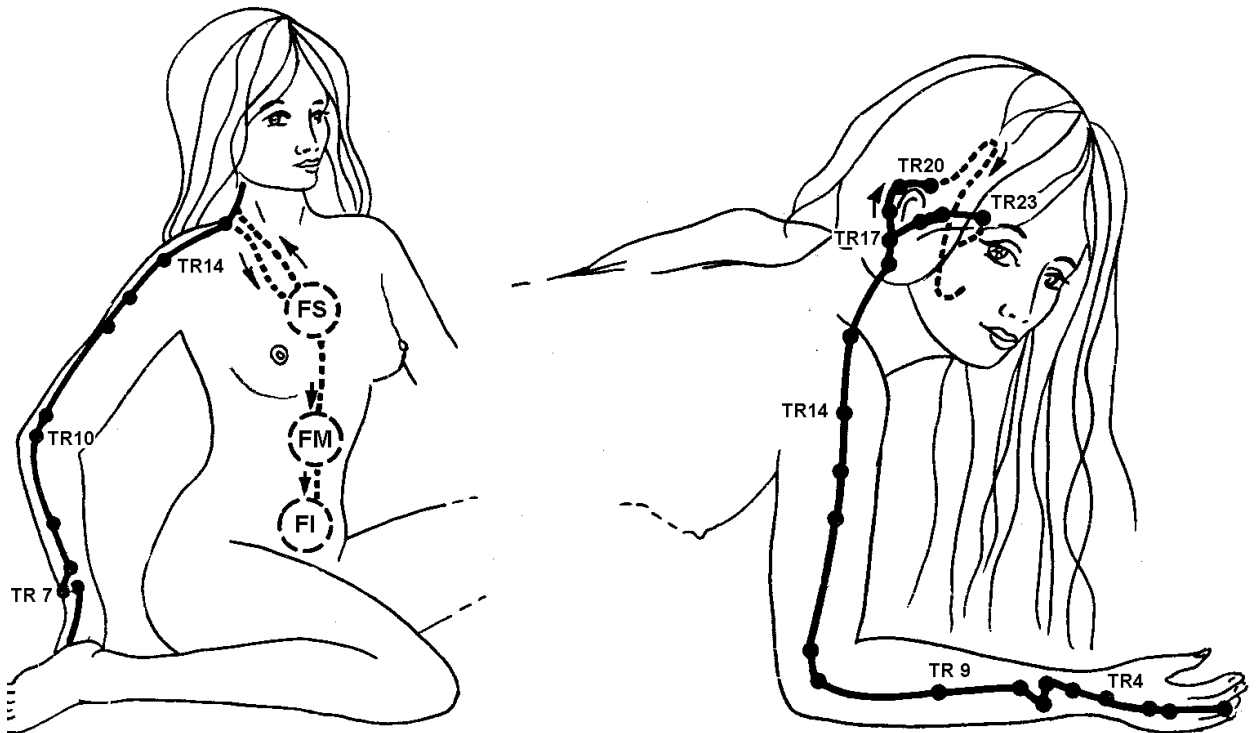
Меридиан (TR) является "Янским меридианом", то есть проводником энергии, накапливаемой "Иньским меридианом" - (MC), с которым они объединены в первоэлемент "ВНЕШНИЙ ОГОНЬ" (в некоторой литературе этот первоэлемент носит название "УМ").

Внутренний ход меридиана TR :

Начинается от надключичной ямки (точка E12), идёт вниз, косо проходит верхнюю часть туловища до проекции точки 17XIV, где даёт ответвление для связи с перикардом. Далее проходит диафрагму и опускается вниз, следуя средней линии туловища, проходит среднюю часть туловища, проецируясь на поверхности в точке 12 XIV, и доходит до нижней части туловища, проецируясь на поверхность в точке 7XIV, таким образом связываясь с тремя частями туловища.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

TR 4 (ЯН-ЧИ, YANGCHI)-находится на тыльной складке в области лучезапястного сустава у локтевого края сухожилия общего разгибателя пальцев. Проекция - нижний край соединения локтевой и лучевой костей, между сухожилиями разгибателя пальцев и разгибателя мизинца. Определение - в положении сидя, ладонь обращена вниз. (Лакуста). На задней поверхности лучезапястного сустава, в углублении вблизи шиловидного отростка локтевой кости. (Нгуен Ван Нги).



АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие меридиану TR :

Эндокринная и лимфотическая системы.

ФУНКЦИИ, выполняемые меридианом TR :

Верхний обогреватель находится выше диафрагмы и включает в себя :

"иньские органы" - лёгкие и сердце.

Средний располагается в верхней части живота и включает в себя :

"иньские органы" - поджелудочную-селезёнку и перикард

"янские органы" - желудок, желчный пузырь

Нижний располагается в нижней части живота и включает в себя :

"иньские органы" - почки, печень;

"янские органы" - толстый кишечник, тонкий кишечник и мочевого пузырь.

По взглядам китайской медицины, TR является органом "испарения" в организме человека:

- Верхний ведает дыханием и кровеносными сосудами, осуществляет контроль за порами кожи.
- Средний за перевариванием пищи.

- Нижний ответственный за фильтрацию, отделение "мутного" от "прозрачного", выводя из организма избыток воды и ненужные вещества.

КОНТРОЛЬ над

- Иmunной , эндокринной , лимфатической системами.

ОКНО :

- V палец кисти ,
- имунная система.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- нарушение терморегуляции, непереносимость жары и холода,
- паталогия груди, ЖКТ, МПС, в стадии либо очень острого состояния или очень длительного, хронического.

Расстройство по внешнему ходу канала :

- боль в кисти и по всей топография канала, шея, затылок,
- головная боль,
- головокружение,
- шум в ушах (отит), глухота,
- мастоидит,
- глазные болезни,
- боли в мелких суставах рук.

Объединённые расстройства :

- депрессия, апатия, сонливость,
- судороги у детей,
- иммунодефицитное состояние,
- заболевание эндокринной системы,
- колебания АД.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Зябкость.
2. Невозможность полностью согнуть и выпрямить руки в локтях.
3. Острые боли в сердце.
4. Беспорядочность мыслей.
5. Причудливые сновидения.
6. Боль десен и зубов.
7. Непроизвольное стискивание зубов.
8. Опухание горла.
9. Сухость во рту.
10. Отсутствие аппетита.

Меридиан Желчного пузыря VB (XI)

Суточная активность меридиана "Желчного пузыря" - (VB) с 23ч до 1 часа.

Меридиан (VB) - "Янский меридиан", то есть является проводником энергии , накапливаемой "Иньским меридианом" - F , объединённым с ним в первоэлемент "ДЕРЕВО".

Внутренний ход меридиана :

Начинается от центра надключичной ямки, спускаясь вовнутрь в грудную клетку, проходит диафрагму, связывается с печенью и входит в желчный пузырь. Имеет ответвление, которое спускается вниз, в брюшную полость, где проецируется снаружи в точке E30 (кверху и кнаружи от бугорка лобковой кости), далее огибает край лобковой кости и входит в тазобедренный сустав, где и соединяется с наружным ходом меридиана.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

VB 40 (ЦЮ-СЮЙ, QIUXU)- находится в углублении под передним краем наружной лодыжки. Проекция - латеральный край сухожилия длинного разгибателя пальцев. Определение - лежа на спине. (Лакуста). В углублении вплотную вперед и книзу от наружной лодыжки (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие меридиану :

- Желчный пузырь.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами по этому меридиану :

- Принимает участие в пищеварении;
- Накапливает и транспортирует желч.

При заболеваниях желчного пузыря, желч поднимается вверх, создавая горький вкус во рту, рвоту. Возможна желтизна склер и кожных покровов.

ОКНО :

- Глаза (склеры).

ЗЕРКАЛО :

- мелкие суставы ног.

КОНТРОЛЬ над :

- Работой печени.

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

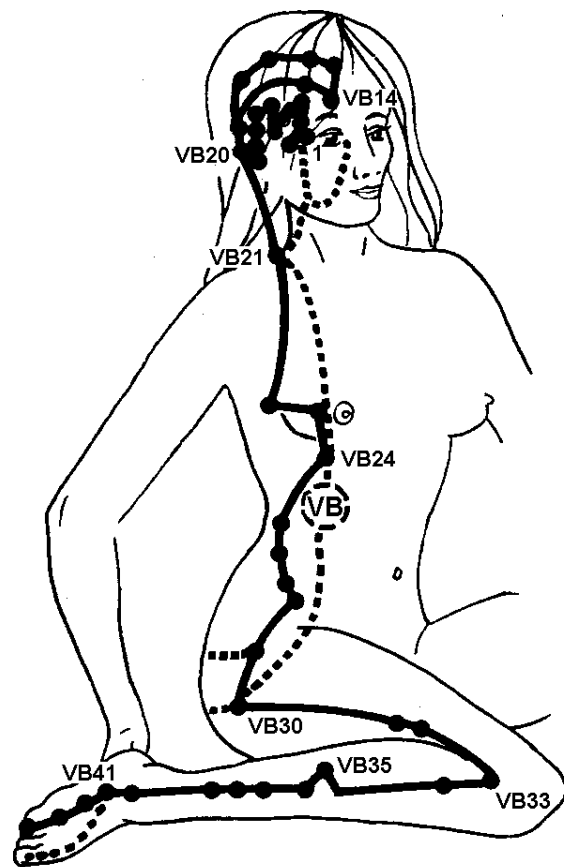
- все изменения, связанные с желчным пузырем,
- расстройство ЖКТ,
- горечь во рту.

Расстройство по внешнему ходу канала :

- головная боль в висках и затылке,
- боль в над- и под- ключичной ямках,
- боли по бокам грудной клетки, бокам живота, наружной поверхности бедра,
- боли крупных суставов ног,
- заболевания глаз,
- шум в ушах,
- носовое кровотечение,
- зубная боль.

Объединённые расстройства :

- кашель, одышка, астма, плеврит,
- нарушение менструального цикла,
- боли в малом тазу,
- нервнопсихические расстройства,
- инсульт,
- инфаркт миокарда,
- эпилепсия,
- патология связанная с сосудами головы.



СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Бледное, землистое лицо.
2. Горечь во рту.
3. Боль под печенью.
4. Боли в боках.
5. Боли в сердце.
6. Боль и ощущение сжатия головы и подбородка.
7. Горячие ступни ног.

8. Ознобы.
9. Потливость.
10. Опухание желез под мышками.
11. Боли в бедрах, коленных и других суставах.

Меридиан Печени F (XII)

Суточная активность меридиана "Печени" - (F) с 14 до 3 часов.
Меридиан (F) - "Иньский меридиан", накапливающий энергетический потенциал. Объединён с "Янским меридианом" - (VB) в первоэлемент "ДЕРЕВО".

Внутренний ход меридиана :

Начинается в точке F13, от неё идёт мимо желудка, проецируясь в точке 10XIV переднесрединного меридиана и доходит до печени, а также связывается с желчным пузырём. Имеет два ответвления. Первое ответвление начинается из печени, проецируясь наружу в точке F14, поднимается вверх, проходит диафрагму, грудную полость, проецируясь наружу в точке 18XIV переднесрединного меридиана, далее идёт по задней поверхности горла, зева и связываясь с глазным пучком, делится на две ветви: восходящую и нисходящую. Восходящая ветвь проходит лобную и теменную части головы и соединяется с заднесрединным меридианом в точке 20XIII. Нисходящая ветвь проходит по внутренней поверхности щеки и огибает губы снизу.

Второе ответвление начинается также от печени, проходит диафрагму, доходит до лёгких и кончается в точке 12XIV переднесрединного меридиана, где связывается с меридианом лёгких.

ТОЧКА, по которой проводится диагностика:

F 3 (ТАЙ-ЧУН, TAICHONG)- находится в самом узком месте между 1 и 2 плюсневыми костями, в проксимальном углу, образованном этими костями. Проекция - латеральный край длинного сгибателя большого пальца. Определяется в положении сидя. (Лакуста). На 1,5 цуня (2 пальца) проксимальнее точки F 2, в углу между 1 и 2 метатарзальными костями. (Нгуен Ван Нги).

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРГАНЫ, соответствующие меридиану :

- Печень,
- Расположенные на уровне печени бока.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, выполняемые органами :

- Печень - "депо крови" и осуществляет её регулирование, очистку.

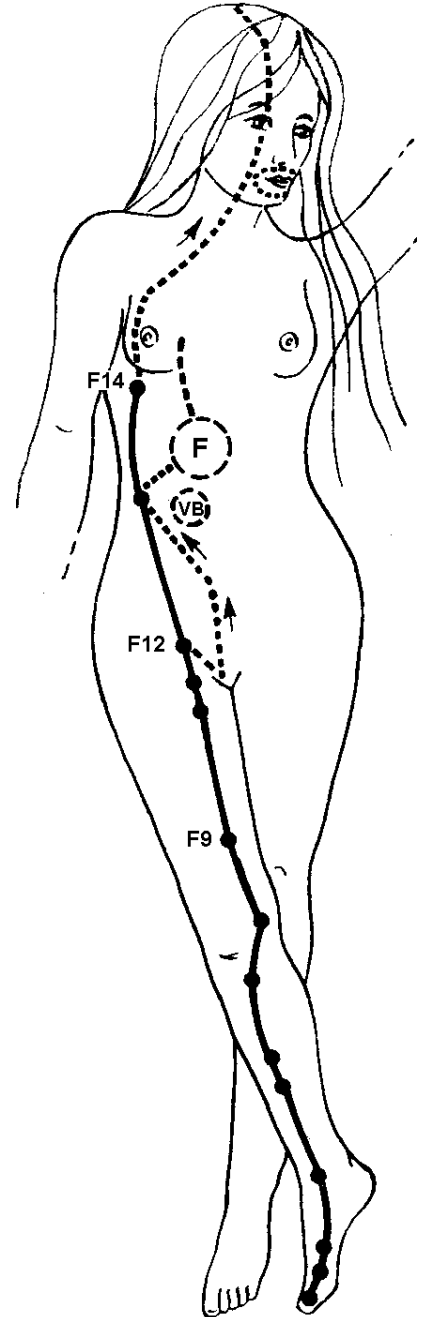
- Ведает связочным аппаратом (сухожилия, фасции).

Функция печени как "депо крови" заключается в её НАКОПЛЕНИИ и ВЫПУСКЕ необходимого количества при работе конечностей и мускулатуры.

При болезнях печени возникают нарушения, связанные со снабжением кровью всех органов. Одновременно могут развиваться болезни крови, появляются судороги мышц, мелькание "мушек" в глазах, расстройство месячных, кровохарканье, выделения из носа.

Лишь при хорошем обеспечении транспортировки крови печенью мышцы хорошо питаются. Это же относится и к связкам, которые по взглядам восточной медицины, служат оболочкой мышц, то есть фасциями. Сухожилия и фасции составляют единую структуру. При нарушении распределения крови возникают судорожные подёргивания конечностей.

КОНТРОЛЬ над :



- Выделением желчи;
- Глазами (цвет, зрение).

ОКНО :

- Глаза.

ЗЕРКАЛО :

- Ногти

СИМПТОМАТИКА при расстройствах меридиана

Расстройства по внутреннему ходу меридиана :

- боль в правом подреберье,
- все болезни печени,
- ЖКТ расстройства (дискенизии, рвота, понос, анорексия, запоры)

Расстройство по внешнему ходу канала :

- по ходу канала,
- м.р. невралгия,
- задержка,
- недержание мочи,
- почечные боли,
- боли при паховых грыжах,
- заболевания мочеполовых органов.

Объединённые расстройства :

- головная боль, головокружение,
- раздражительность, агрессия, страхи,
- все заболевания глаз,
- кожные болезни,
- заболевания молочных желез.

СИМПТОМЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕРИДИАНА

1. Сухость в горле.
2. Боль в печени.
3. Нельзя наклониться или нагнуться назад в талии.
4. Серый цвет лица.
5. Боль в верхней части правой лопатки.

Список литературы и авторских публикаций по методу «РОФЭС-диагностики»

1. Асратян Э.А. Физиология центральной нервной системы мозга. - М. 1953, - 560с.
2. Анохин П.К. Избранные труды: Философские аспекты теории функциональных систем. - М.: Наука, 1978. - 400с.
3. Альтман Н.С. "Нетрадиционные методы диагностики эрозивно-язвенного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей и подростков с последующей реабилитацией" //Материалы VI-го конгресса гастроэнтерологов.- Москва, 2005.-С.67.
4. Баранов А.А. Эпидемиология и организационные принципы течения неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей: Дис. ... д-ра мед. наук - М., 1977.
5. Баранов А.А., Гринина О.В. Болезни органов пищеварения у детей: Принципы профилактики и медицинского обслуживания. – Горький, 1981; 160.
6. Батуев С.А. Физиология поведения. Нейробиологические закономерности. - Л.: Наука, 1987. - 736 с.
7. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. - Л.: Медицина, 1971. - 118 с.
8. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. М., 2005. 36 с.
9. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь - справочник по психологической диагностике. - Киев: Наукова думка, 1989.
10. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия: Чжэнь-цзю.- Горький: Волго-Вятское кн. изд-во, 1988.- 335 с.
11. Василенко А.М. Акупунктура и рефлексотерапия: эволюция методологии и теории. – Таганрог. – 1998.
12. Волков А.И. Клинико-морфологические варианты прогнозирования течения и лечения хронических гастродуоденитов и язвенной болезни у детей: Дис. ... д-ра мед. наук - М., 1986.
13. Гапанюк П.Я. и др. Акупунктурная терапия. Топография точек. - Ярославль, Верхне - волжское кн. изд - во, 1983 г.
14. Добросердов А.Ю., Корнюхин А.И., Яковлев О.В., «Рофэс-диагностика»: медицинские и психологические аспекты анализа структур организма человека (Сборник материалов международной конференции «Медико-экологические информационные технологии»)// Россия, Курск, 1998.
15. Добросердов А. Ю., Корнюхин А.И., Ханафиев С.В., Сбор, хранение и отображение результатов измерений с экспертной оценкой для экспресс - диагностического комплекса «РОФЭС»././ Авторское свидетельство №970188, Российская Федерация, РосАПО, 28/04/1997
16. Запруднов А.М., Мазурин А.М., Филин В.А. ВОМ и Д, - 1983; С:41.
17. Загрядский В.А., Злоказов В.П., Парин В.В. Пунктурная электродиагностика и терапия функциональных отклонений в целостном организме человека. // В кн.: Акупунктура. Научные и практические достижения. Смоленск, Гомеопатическая медицина., 1997. - С.81 – 92.
18. Иванов В.И. Традиционная медицина: Опыт отечественной и восточной народной медицины в современной лечебной практике.- М.: Воениздат, 1991.- 430 с.
19. Казначеев В.П. Учение В.И. Вернадского о биосфере и ноосфере -Новосибирск: Наука, Сиб. отд., 1989. - 248 с.
20. Ф.Крамер. Учебник по электроakupунктуре. Москва. "Имедис". 1995г.
21. Лупичев Н.Л. Электропунктурная диагностика, гомеотерапия и феномен дальнего действия.- М.: СП "Альфа-Эко", 1990.- 136 с.

22. Лувсанг Г. Очерки методов Восточной рефлексотерапии. - Новосибирск: Наука. Сибирское отделение. 1991. 432с.
23. Малахов А.П., Корнюхин А.И. «Коррекция психофизиологических нарушений у лиц с алкогольной зависимостью. Компьютерная объективизация результатов изменений» // Психофизиологические аспекты адаптации и реабилитации. Материалы региональной научно-практической конференции. Екатеринбург. — 2000. —Изд. УрГМА. — с.52
24. Мерлин В.С. «Интегральная индивидуальность» - Изб. психол. тр.: В 70 т. М. - Воронеж: Издательство "Институт практической психологии", НПО "МОДЭК", 1998.- 324 с. 10 000 экз. Серия "Психологи отечества". ISBN 5-89395-052-6.
25. Нечушкин А.И., Гайдакина А.М. Стандартный метод определения тонуса вегетативной нервной системы в норме и патологии // Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Армянской ССР, 1981.- Т. XXI.- No 2.- С. 164-172.
26. Портнов Ф.Г. Электростимуляторная рефлексотерапия.- Рига: Зинатне, 1988.- 352 с.
27. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Полное собрание сочинений. - М.1973. - 659 с.
28. Пятакович Ф.А., Загускин С.Л., Якуненко Т.И. Биоправляемая хронофизиотерапия: Уч. пособие. – Белгород, Изд. БГУ, 2002. – 164с.
29. Ростовцева Е.Е., Казначеева Л.Ф., Ландайс Я.Я., Шилева Н.В. Диагностика соматических заболеваний у школьников с помощью программно-аппаратного комплекса «РОФЭС-Универсал» // Актуальные вопросы современной медицины: VIII научно-практ. конф. врачей. Тез. докл.- Новосибирск, 1998. - С.228.
30. А.В. Самохин, Ю. В. Готовский. Электростимуляторная диагностика и терапия по методу Р. Фолля. Москва "Имедис". 1995г.
31. Селье Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ А.Н.Лука и И.С. Хорола. Общая редакция Е.М.Крепса. Печатается по изданию 1982г.(М., «Прогресс»). Рига: «Виeда», 1992. – 106 с.
32. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Современные методы акупунктурной диагностики (учебно-методическое пособие).- Киев: МЗО УССР, Киевский ГИУВ МЗ УССР, Каф. невропатологии и рефлексотерапии, 1991.- 66 с.
33. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов . Модифицированный цветовой тест Люшера. Методическое руководство. Серия "Методы психологической диагностики". – Москва,1990. – 78 с.
34. Семенов И.М. Физиология и психология. Избр. произв. Т1 - М.-772 с.
35. Ситько С.П., Мкртчян Л.Н., Введение в квантовую медицину. – Киев: МНИЦ «ВИДГУК». 1994 год, 147 с.
36. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии.- М.: Медицина, 1982.- 560 с.
37. Талалаева Г.В., Корнюхин А.И. Экологическая медицина на Урале: итоги, перспективы, пути развития (методология и методы объективизации). Изд-во Екатеринбург, серия «Медицина», 1997. 51 с.
38. Талалаева Г.В. Адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС - жителей Среднего Урала. Автореф. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1999. 55 с.
39. Талалаева Г.В. К вопросу о бифуркации адаптационных реакций человека на возмущающее воздействие факторов внешней среды в отдаленном постстрессовом периоде // Проблемы радиозкологии и пограничных дисциплин / Под ред. А.В. Трапезникова и С.М. Вовка. Приложение к журналу "Аналитика и контроль". -Заречный, 1999. Вып. 2. С.240-259.

40. Талалаева Г.В. Человек-невидимка – иллюзия и реальность (инвариантность электрофизиологического портрета Homo technogenicus). Уральский изобретатель. 2000. № 4. С. 21-24; 2001. № 1. С. 13-17.
41. Талалаева Г.В. Электropsихофизиологический феномен как маркер предрасположенности человека к радиационно-индуцированным эффектам // Хроническое радиационное воздействие: возможности биологической индикации./ Мат-лы международного симпозиума. Челябинск, 2000. С. 157-158.
42. Талалаева Г.В. Современные подходы к прогнозированию срыва адаптационных процессов у работников опасных производств / Сунгульская конф. - Изд-во РФЯЦ-ВНИИТФ. Снежинск, 2001. С. 244-272.
43. Талалаева Г.В. Энерго-информационная патология - новый класс заболеваний современного урбанизированного общества / Безопасность биосферы: Сб. науч. тр. Екатеринбург: УГТУ-УПИ. 2001. С. 75-81.
44. Талалаева Г.В., Юшков П. И., Талалаева А. С. Адаптация человека к хроническому стрессу: "Цена", хронология, используемые стратегии выживания / Проблемы радиоэкологии и пограничных дисциплин: [Сб. ст.] / Под ред. В. И. Мигунова, А. В. Трапезникова, С. М. Вовка. Екатеринбург, 2004. Вып. 5. С. 188-217.
45. Талалаева Г.В. Варианты влияния электромагнитных полей на электрохимические и амплитудно-частотные характеристики биологически активных точек человека / Проблемы радиоэкологии и пограничных дисциплин: [Сб. ст.] / Под ред. В. И. Мигунова, А. В. Трапезникова, С. М. Вовка. Екатеринбург, 2004.-Вып. 5. С. 270-286.
46. Талалаева Г.В., Рольник И.О. Верификация медицинских и экологических эффектов «малых доз» радиации с помощью электроакупунктурной диагностики «РОФЭС» // Мат-лы III междунар. научно-практ. конф. «Медицинские и экологические эффекты ионизирующего излучения»: Приложение к журналу «Бюллетень сибирской медицины» № 2, 2005 / Отв. ред. Р.М. Тахауов. Северск-Томск, 2005. С. 191-193.
47. Талалаева Г.В. Биологическая эквидозиметрия в условиях техногенеза территорий // Проблемы радиоэкологии и пограничных дисциплин. Вып. 7. Под ред. В.И. Мигунова, А.В. Трапезникова. Екатеринбург, 2005. С. 253-310.
48. Талалаева Г.В. Время, радиация и техногенез: биологические ритмы у жителей промышленных территорий. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2006. - 234 с.
49. Талалаева Г.В. Опыт и перспективы создания компьютерных технологий оценки качества народонаселения // Сб. мат-лов Третьей междунар. науч.-практ. конфер. МЕДБИОТЕК «Актуальные вопросы инновационной деятельности в биологии и медицине». Москва, 4-5 декабря 2006 г. М.: ОАО «Авиаиздат», 2006. С. 92-93.
50. Талалаева Г.В., Позолотина В.Н. Индивидуальная вариабельность стрессоустойчивости человека по данным биофизического мониторинга // V съезд по радиационным исследованиям: (радиобиология, радиоэкология, радиац. безопасность), М, 10-14 апр. 2006 г. : тез. докл./РАН Отд-ние биол. наук. М.,2006. Т.2 (секции YI-IXA). С. 54.
51. Талалаева Г.В., Позолотина В.Н., Антонова Е.В. Методологические подходы к анализу стабильности биофизического статуса человека. Экология человека. 2007. № 4. С. 41-44.
52. Talalaeva G.V. Methodology of the research into phenotypical variability of electropsycho-physiological adaptation in liquidators of the Chernobyl accident – residents of the Middle Urals // Proceedings of the International Conference "Genetic Consequences of Emergency Radiation Situations". Moscow, 2002. P. 254-256.
53. Talalaeva G.V. Determination of Heterogeneity Biota as a Perspective Parameter of Ecological Standardization // Equidosimetry/ Eds. by F. Brechignac and G. Desmet. Springer. Printed in the Netherlands. 2005. P. 51-56.

54. Talalaeva G.V. Computer technologies for diagnosis of population quality: experience and perspective of design // The 3-rd International Scientific Conference and Training School MEDBIOTECH "Modern Issues of Innovation Activity in Biology and Medicine" //Proceedings of the Conference. December 4-5, 2006, Moscow. P. 189-190.
55. Талалаева Г.В. Компьютерная диагностика синдрома дезадаптации методом «РОФЭС» в экстремальной и экологической медицине // Мат-лы Ежегодной Всероссийской школы-семинара «Методы компьютерной диагностики в биологии и медицине – 2008»; под ред. проф. Д.А. Усанова. – Саратов: Изд-во Саратов. Ун-та, 2008. – С. 12 – 15.
56. Талалаева Г.В., Симанович В.К., Романов И.Т. Биоинформационные технологии в системе образования: Учеб. пособие. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2008. – 92 с. ISBN 978-5-7996-0357-1.
57. Талалаева Г.В. Инновационные технологии в медицине: экспресс-диагностика синдрома дезадаптации методом «РОФЭС». Альманах клинической медицины. Т. XVII. Ч. 2. III Троицкая конференция «Медицинская физика и инновации в медицине» (3-6 июнь 2008 г.); под общей ред. д-ра мед наук, Лауреата Премии Правительства РФ, проф. В.И. Шумского. – М.: МОНИКИ, 2008. – С. 255 – 258.
58. Талалаева Г.В. Амбивалентность картины мира у курсантов рискованных профессий // Тез. докл. XIII Междунар. науч.-практ. конф. по проблемам защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций «Актуальные проблемы формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения». Москва, ВВЦ, 14-15 мая 2008 г. С. 122.
59. Талалаева Г.В., Симанович В.К. Психологические аспекты предрасположенности к экстремизму и подходы к ее коррекции // Актуальные вопросы психологии в области человеческого фактора: Мат-лы второй междунар. науч.-практ. конф., Екатеринбург, 20-22 марта 2008 г. / ГОУ ВПО «Урал. гос. пед. ун-т»; ГОУ ВПО «Урал. ин-т. гос. противопож. службы» Екатеринбург, 2008. С. 237 – 240.
60. Талалаева Г.В., Симанович В.К. Оценка и оперативная самокоррекция адаптивного состояния курсантов МЧС России: Методические рекомендации. – Екатеринбург, 2008. – 39 с.
61. Талалаева Г.В. Стрессоустойчивость студентов в условиях информационных нагрузок: Методические рекомендации. – Екатеринбург, 2008. – 36 с.
62. . Шмелёв А.Г. Основы психодиагностики. Учебное пособие для студентов педвузов. Москва. Стр. 86 .1996 г.
63. К.Г.Юнг. Йога и Запад. Львов, Инициатива, 1994. – 211с.
64. Яновский О.Г., Карлыев К.М., Королева Н.А., Кузнецова Т.В., Готовский Ю.В. Возможности компьютеризированной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии: Методические рекомендации – М.: МЗ РФ, НИИ ТМЛ, 1999 – 27с.