ПРОТОКОЛ № 111-17

НАУЧНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АПРОБАЦИИ

от 03 февраля 2017 года

Исследования осуществлялись в рамках долговременной научно-исследовательской программы Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины (РАНМ) на основании договора между РАНМ и ООО «НТК Интегративные системы».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Комплексная оценка влияния на функциональное состояние (далее ФС) реципиента процедуры оздоровления, проведённой апробируемым специалистом.

МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ:

Экспериментальные исследования были проведены на методической базе РАНМ г. Москва 19 января 2017 года с использованием диагностической аппаратуры, предоставленной ООО «НТК Интегративные системы».

УЧАСТНИКИ ЭКСПЕРИМЕНТА:

Руководство апробацией осуществлял Розанов Алексей Львович - директор ООО “НТК Интегративные системы”, доктор технических наук, член-корреспондент Академии медико-технических наук, член ученого совета РАНМ, руководитель научного подразделения РАНМ, которое создано с целью проведения исследований, направленных на объективизацию целительских способностей.

Апробируемый специалист – **ЛАДИЦА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА**.

Был проведён многоступенчатый эксперимент, во время которого были апробированы два методологически различных варианта работы с реципиентом.

Реципиент - женщина 43-х лет, являющаяся постоянным клиентом апробируемого специалиста. В ходе эксперимента была апробирована **авторская практика оптимизации личности и межличностных взаимодействий.**

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА:

Для регистрации изменений ФС реципиента была использована электропунктурная диагностика по методу «Прогноз» (далее ЭПД), которая позволяет динамично фиксировать достаточно тонкие изменения состояния человека, не внося при этом значимых возмущений в сам объект исследования [1, 2, 3].

Данная диагностическая методика, и связанные с ней программно-технические компоненты, были разработаны в рамках Советской, а позже Российской, космической программы, в период с 1980 по 1996 год. В качестве основной области применения данной диагностической технологии предполагалось осуществление с её помощью экспресс-контроля за состоянием здоровья космонавтов в ходе длительных орбитальных полётов, включая планируемую экспедицию на Марс [4, 5].

В настоящее время эта разновидность ЭПД широко используется во врачебной практике Европейского союза [6], и является сертифицированной в ЕС в качестве медицинского продукта.

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

Основными предпосылками применения ЭПД «Прогноз» с целью объективизации комплексных изменений в организме человека под влияние различных (иногда достаточно «тонких») являются:

- фундаментальный научный и практический базис этой методики;
- высокая комплексность получаемых оценок ФС человека;
- наименьшая, из всех известных сертифицированных способов ЭПД, степень влияния измерительного процесса на объект исследования, что позволяет осуществлять многократные измерения в течение одного лечебного сеанса;
- процесс регистрации электрофизических свойств точек акупунктуры (далее ТА) в отличие от конкурентных технологий является метрологически выверенным и научно обоснованным (патенты РФ 2116750, 177717 и проч.).

В качестве измерительных средств для осуществления ЭПД в рассматриваемой апробации был использован прибор “Прогноз-Мини” (ЗАО “НТК Интегративные системы”, Россия) и для расширения инструментальной базы исследование измерительные средства “Prognos®” производства Германии (MEDPREVENT systems GmbH & Co. KG). Данные измерительные средства функционировали в программной среде «Прогноз-М» версия 6.1.

Для обеспечения большей комплексности апробации параллельно с анализом изменений в акупунктурных каналах (далее АК) осуществлялся дистанционный мониторинг изменения вариативности сердечного ритма (далее ВСР), как реципиента, так и самого апробируемого специалиста. Данный вид диагностических исследований является общепризнанным методом фиксации изменения ФС человека под влиянием различных факторов [7], в том числе, он широко используется в физиологии труда [8]. При помощи таких дополнительных измерений, с одной стороны, осуществлялась непрерывная оценка характера рабочей нагрузки на самого апробируемого специалиста. С другой стороны было проанализировано влияние различных фаз корректирующего процесса на адаптационные ресурсы и регуляционные возможности реципиента. В-третьих, при совместном рассмотрении параллельных измерений ВСР имеется возможность выявления степени синергизма участников эксперимента. Под синергизмом в данном случае понимается степень взаимообусловленности изменений их ФС. Таким образом, предпринималась попытка объективной оценки степени возникавшего между ними «партнёрства».

Для исследований ВСР были использованы инновационные измерительные средства фирмы «BM innovations GmbH» (пр-ва Германии) [9] и специализированное программное обеспечение ООО «НТК Интегративные системы» («Модуль вариационной пульсометрии» в составе «Гибкой автоматизированной медицинской системы для комплексной профилактики», версия 1.01 – 2013 г.)

На протяжении всего многоступенчатого эксперимента осуществлялся параллельный мониторинг параметров ВСР участников эксперимента. При этом регистрация параметров пульса проводилась не только непосредственно при осуществлении апробируемой процедуры оздоровления, но и охватывала некоторые периоды времени до и после её проведения.

На Рис. 1 приведён характер изменения частоты сердечных сокращений (далее ЧСС) участников эксперимента с разделением различных его фаз, а так же с указанием «событий», которые обращают на себя внимание в ходе эксперимента. Под «событием» в данном случае понимаются моменты времени, в которые происходили какие-либо изменения в тактике проведения сеанса, либо в положение участников эксперимента относительно друг друга, либо в их взаимодействии. В развёрнутом виде описание этих «событий» приведено в Таблице 1 с использованием лексики участников эксперимента.

CopyRight Розанов А.Л.

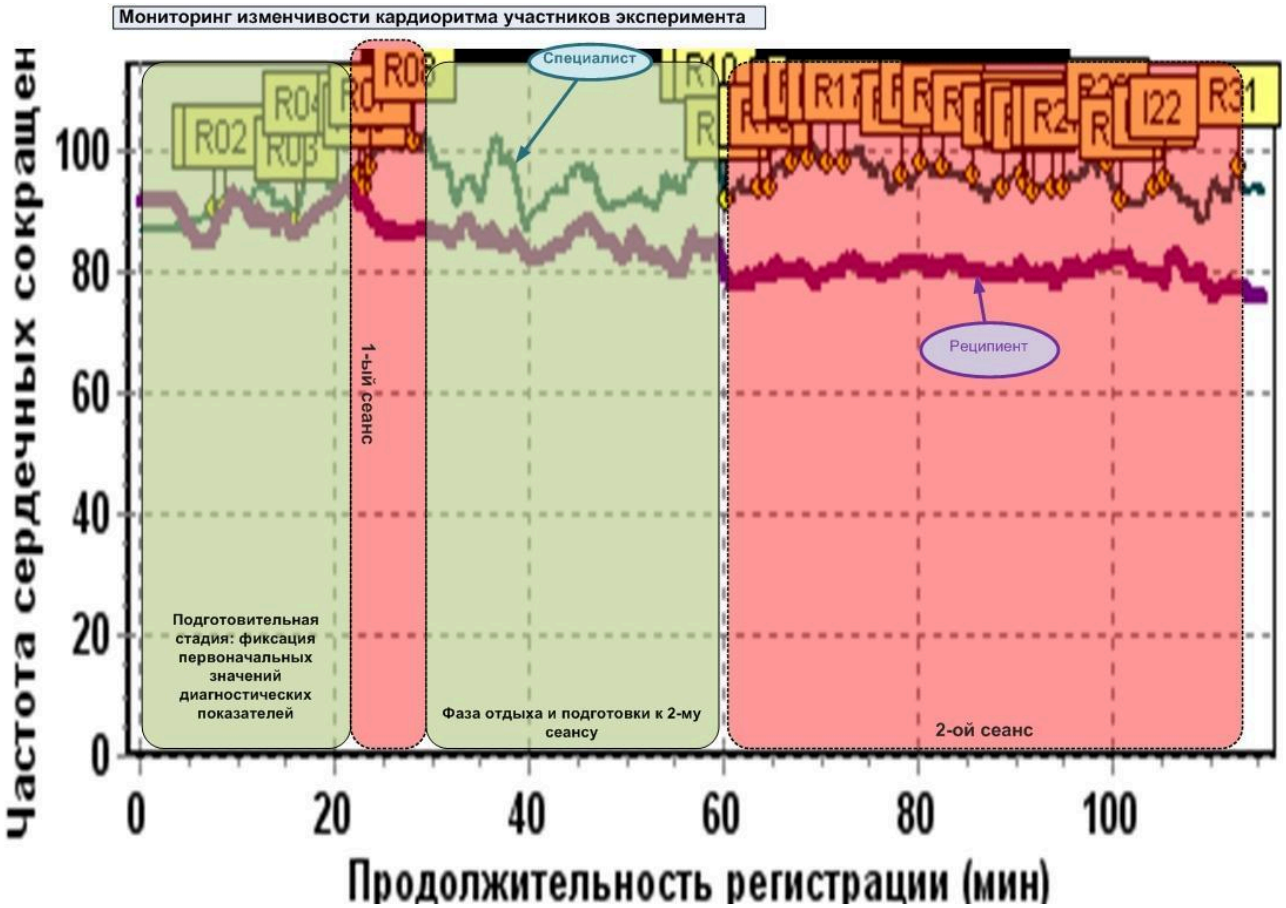

Рис. 1 Схематичное представление дизайна эксперимента

На основании динамики ЧСС участников эксперимента можно видеть, что с началом их взаимодействия уровень функционирования сердечнососудистой системы (далее ССС) реципиента имеет стойкую тенденцию к уменьшению. То есть реципиент переходит во всё более «энергетически незатратное» состояние, успокаивается. Причём четко видно, что эта тенденция наблюдается так же и в момент паузы между сеансами. Это даёт основание предположить непрерывность в работе апробируемого специалиста с реципиентом, т.е. подразделение на отдельные фазы воздействия в рассматриваемом случае достаточно условно, а на самом деле между обозначенными специалистом «сеансами» взаимодействие участников эксперимента также ясно прослеживается.

ЧСС апробируемого специалиста, напротив, имеет тенденцию к возрастанию, т.е. здесь явно прослеживается наличие функциональной нагрузки. Это представляется вполне логичным, т.к. целитель «тратит некий свой ресурс» на работу с реципиентом.

К тому же на рис. 1 отчётливо виды участки синхронных изменений ЧСС участников эксперимента, что позволяет выдвинуть гипотезу о наличии «синергизма» («партнерства») между участниками эксперимента на физиологическом уровне.

Как уже упоминалось несколько выше, для комплексной оценки изменений, происходящих в организме участников эксперимента, проводился динамический анализ электрофизических показателей ТА в определённые (контрольные) моменты времени. Процедуры ЭПД участников эксперимента осуществлялись в «положении сидя».

При этом сначала определялись исходные статические и динамические характеристики меридиональных систем участников эксперимента. С этой целью регистрировалось их фоновое (первоначальное) состояние системы АК, а затем обследуемому в качестве стандартной

CopyRight Розанов А.Л.

физиологической нагрузки предлагалось выполнить модифицированную дыхательную пробу по Генче. По окончании функциональной пробы была проведена повторная регистрация активности АК. Данный методологический приём, кроме минимизации ситуативной погрешности измерений, позволяет определить актуальное состояние адаптационных ресурсов системы АК обследуемого, а так же выявить АК с предполагаемыми нарушениями энергоинформационного обмена.

Таблица 1. Характерные события, отмеченные в ходе эксперимента.

R01 - Дыхательная нагрузка реципиента
R02 - Окончание дыхательной нагрузки реципиента
R03 - Дыхательная нагрузка специалиста
R04 - Окончание дыхательной нагрузки специалиста
R05 - "Настройка на сеанс"
R06 - Реципиент: "принимаю с благодарностью"
R07 - Вербальный контакт. Ощущение жара в солнечном сплетении реципиента.
R08 - Завершение 1-го сеанса.
R09 - Формулировка "проблемы" для 2-го сеанса.
R10 - "Настройка" на 2-ой сеанс.
R11 - Опрос ощущений ("образов"). Реципиент: "Ломота в правой ноге".
R12 - Посыл специалиста на "принятие материнской любви".
R13 - Прошли неприятные ощущения в правой ноге
R14 - Реципиент: "Тяжеловато в груди"
R15 - Специалист: "Чувствую сопротивление"
R16 - Установка специалиста: "Завершить борьбу за любовь!"
R17 - Вербальный контакт. Реципиент: "Гораздо легче. Ощущение легкого кома в горле"
R18 - Установка специалиста: "Принимать обоснованную внешнюю помощь!"
R19 - Образ специалиста: "Строительная каска, которая защищает"
R20 - Реципиент: "Стало свободней, плечи расправились"
R21 - Установка специалиста: "Ослабить тотальный контроль!"
R22 - Реципиент: "Ощущение боли. Хочется плакать. Не "отпускает!"
R23 - Реципиент: "Ощущение в груди, как будто "дырка"
R24 - Установка специалиста: "Принимать любовь к себе!"
R25 - Реципиент: "Ощущение "распирания в груди" и давления на уши"
R26 - Специалиста: "Есть ощущение, что все необходимые вопросы проработаны"
R27 - Специалист формулирует ряд заключительных "установок" реципиенту
R28 - Реципиент: "Мурашки по всему телу и различные зрительные образы"
R29 - Реципиент: "Ощущение целостности и "расширения" пространства". Психоэмоциональный подъём.
R30 - Завершение 2-го сеанса. Специалист: "Всё наполнено гармонией"
R31 - Заключительные измерения ВСР в полном покое

Здесь следует отметить, что специфика апробируемой методики воздействия не была, в общем-то, ориентирована на решение каких-либо проблем со здоровьем реципиента. Скорее её можно было бы охарактеризовать, как коррекция его психоэмоционального состояние и в определённой степени эта процедура была ориентирована на оптимизацию «личности реципиента» и/или его межличностных отношений.

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

Поэтому изменения в ФС реципиента нужно было бы скорее рассматривать в контексте анализа «степени воздействия» данной процедуры на отдельные АК, с последующей интерпретацией этих изменений в контексте связи АК – «психологическое состояние».

Тем не менее, для обобщенного анализа происходивших изменений следует рассмотреть и первоначальное ФС реципиента, а так же его изменение в ходе эксперимента.

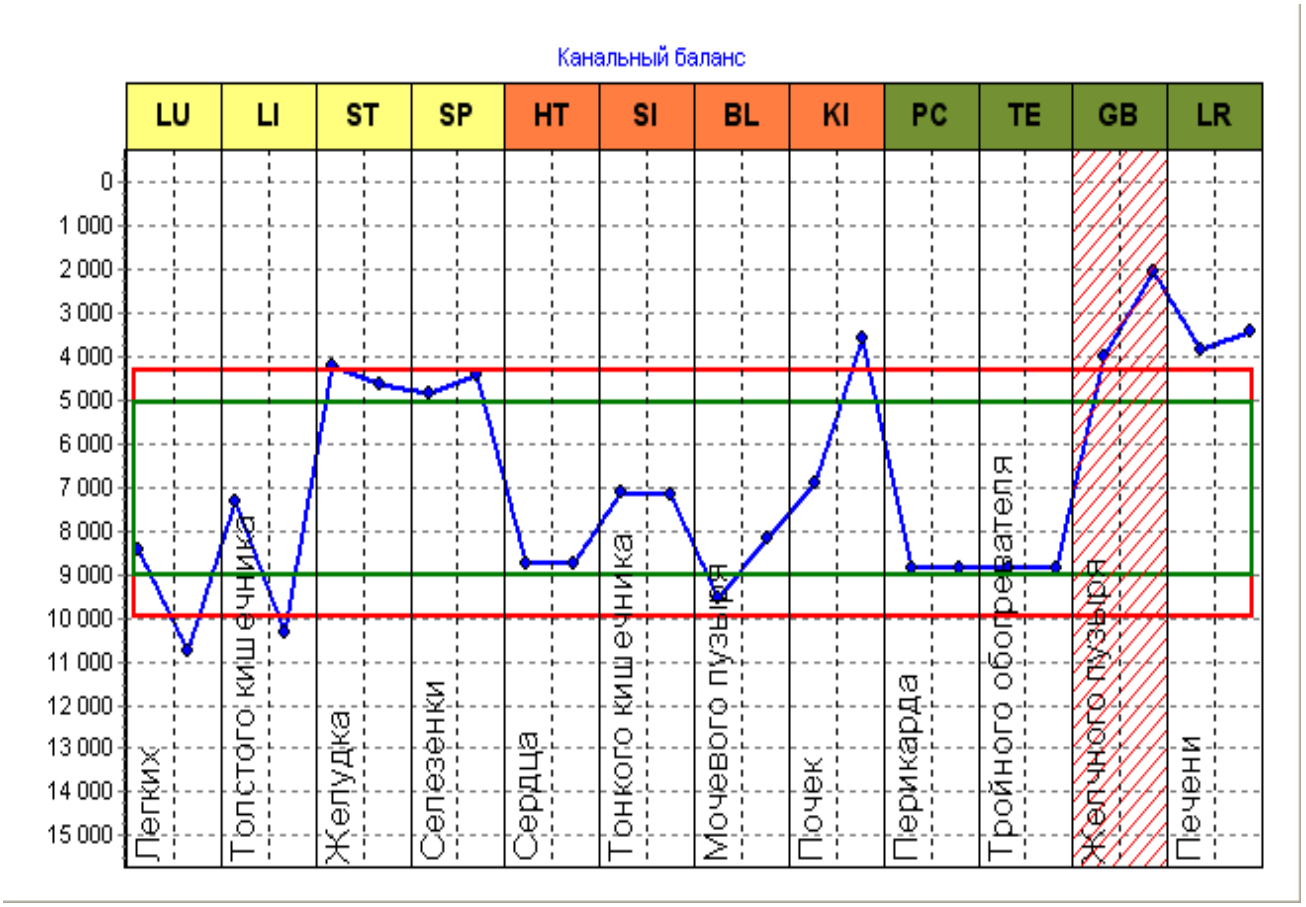

Рис. 2 Исходный «баланс» акупунктурных каналов реципиента

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

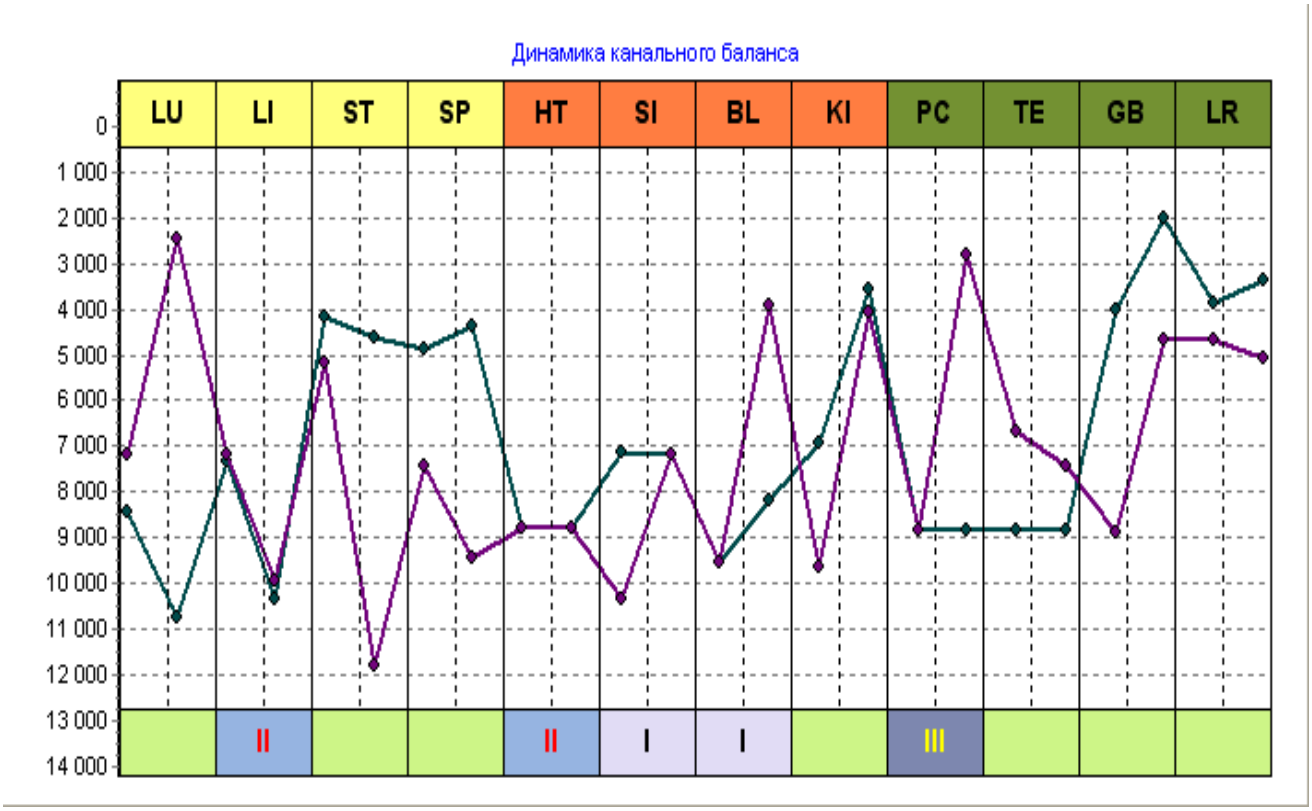

Рис. 3 Исходные динамические свойства канальной системы реципиента

АНАЛИЗ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ФС РЕЦИПИЕНТА

Результаты статической электропунктурной диагностики реципиента представлены на Рис. 2. Следует отметить, что в его меридиональной системе имеется ряд дисгармоничных сомато-висцеральных функциональных систем (далее СВФС). Речь, прежде всего, идёт об АК: ***«Желчного пузыря»***, ***«Лёгких»***, ***«Печени»*** и ***«Почек»***, измеренные значения которых в той или иной степени выходят за пределы области допустимых отклонений, ограниченной на графики Рис. 2 красными линиями. Причём большинство (3 из 4-х) вышеозначенные АК имеют признаки «избыточности» («гиперфункции»).

Однако степень выраженности изменений отдельных АК не превосходит 2-х условных единиц. Это означает, что оперативная коррекция системы АК реципиента не является безотлагательной задачей, т.е. без немедленных мероприятий по нормализации можно и обойтись. С другой стороны Наличие большого количества АК с «гиперфункцией» может косвенно свидетельствовать о возможном «неустойчивом психофизиологическом состоянии» реципиента.

Результаты динамической электропунктурной диагностики представлены на Рис. 3. Исходные динамические исследования свидетельствуют о том, что в реакции системы АК реципиента на нагрузочное тестирование обнаруживается существенное нарушение энергоинформационного обмена целого ряда АК. В первую очередь это относится к АК ***«Перикарда»***. У этого АК одна из ветвей (левая) не показывает должной динамики под влиянием нагрузки, а другая (правая), напротив, чрезвычайно динамична. Такое положение вещей соответствует «блокаде 3-ей степени» и является весьма тревожащим нарушением. Попутно следует упомянуть, что данный АК имеет тесную связь в «психологическим состоянием» реципиента. А именно, с такими

CopyRight Розанов А.Л.

«позитивными категориями» как ***«прощение»***, ***«великодушие»***, ***«расслабленность»*** и «негативными категориями» - ***«ревность»***, ***«сексуальная напряженность»***, ***«сожаление»***, ***«раскаяние»***. Ещё у двух меридианов (***«Толстого кишечника» и «Сердца»***) недостаточную динамичность при дозированной физиологической нагрузке обнаруживают обе ветви, что соответствует «блокаде 2-ой степени». Это также свидетельствует о существенных затруднениях в их энергоинформационном обмене с окружающей средой. АК ***«Тонкого кишечника»*** и ***«Мочевого пузыря»*** имеют признаки «блокады 1-ой степени», которая характеризуется недостаточной динамикой одной из ветвей (левой или правой). С одной стороны такое динамическое состояние принято считать разновидностью «условной нормы». Но следует учитывать, что даже незначительные динамические нарушения могут свидетельствовать о «некоторых тонких» (на психоэмоциональном уровне) нарушениях в ФС реципиента.

Таким образом, ФС реципиента с позиций ЭПД можно было бы классифицировать как «функциональные отклонения, не требующие проведения неотложных корректирующих мероприятий». Однако, учитывая проблемы в динамических свойствах АК, можно было бы рекомендовать какие-либо мероприятия направленные на нормализацию взаимодействие системы АК реципиента, в том числе с окружающей средой. В более общем смысле такое взаимодействие предполагает и правильную реакцию реципиента на возникающие психологические проблемы.

Основные параметры ВСР реципиента представлены в Таблице 2. Из сопоставления этих данных можно заключить, что регуляция сердечного ритма реципиента осуществляется без каких-либо существенных «патологических» особенностей. Можно лишь отметить, что его «уровень функционирования» (то есть нагрузка на его сердечнососудистую систему) перед началом исследования всё-таки достаточно высока (ЧСС 89 уд./мин). А достаточно высокие значения интегральных шкалированных критериев оценки ВСР, в которых усредняется достаточно большое количество локальных показателей ВСР, (строки 5 и 6 Таблицы 5) могут свидетельствовать о «выраженном функциональном напряжении» регуляторных систем организма реципиента. В норме эти показатели должны составлять не более 3-х условных единиц.

Таблица 2 ***Оценка основных показателей ВСР в начале эксперимента.***

Наименование параметра	**Значение**	**Вербальная оценка параметра**
Частота сердечных сокращений	89	Умеренная тахикардия => Функциональные отклонения
Общий размах последовательности кардиоинтервалов (мсек)	259	Синусовая аритмия 2-ой степени => Норма
Индекс напряженности (у.е.)	100,74	Нормотония => Идеальная норма
Вегетативный показатель ритма (у.е.)	5,93	Вегетативный гомеостаз сохранён => Идеальная норма
Оценка состояния регуляторных систем	2	Регуляторные механизмы организма работают с более высокой нагрузкой => Норма

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

Показатель активности регуляторных систем (у.е.)	4	Выраженное функциональное напряжение => Функциональные отклонения
Оценка суммарного эффекта регуляции сердечного ритма (у.е.)	2	Выраженная тахикардия => Функциональные отклонения
Оценка степени автоматизма сердечного ритма (у.е.)	-2	Выраженное нарушение автоматизма => Функциональные отклонения
Оценка характера вегетативного гомеостаза (у.е.)	0	Вегетативный гомеостаз сохранен => Идеальная норма
Оценка степени устойчивости регуляции сердечного ритма (у.е.)	2	Дисрегуляция => Функциональные отклонения
Оценка характера активности подкорковых нервных центров (у.е.)	0	Нормальная активность ПНЦ => Идеальная норма

ИЗМЕНЕНИЯ В ФС РЕЦИПИЕНТА ПОД ВЛИЯНИЕ АПРОБИРУЕМОЙ МЕТОДИКИ

Для отслеживания динамики электропунктурных показателей в ходе осуществления апробируемого воздействия у участников эксперимента были проведены ещё ряд процедур ЭПД: сразу после окончания 1-го сеанса, непосредственно перед началом 2-го сеанса, сразу после окончания 2-го сеанса и, с целью анализа отдалённого эффекта от проведённых манипуляций, через некоторое время после полного завершении воздействия (примерно через 40 минут).

Сразу следует отметить, что с точки зрения состояния системы АК реципиента динамика показателей ЭПД в ходе апробируемой процедуры была, бесспорно, положительной (см. Рис. 4). Так сразу после о завершения воздействия АК, которые ранее находились в «возбужденном» состоянии («гиперфункции») были нормализованы. Речь идёт о АК: ***«Желчного пузыря»***, ***«Печени»*** и ***«Почек». Конечно же, ещё существует проблематика, связанная с АК «Лёгких»*** и ***«Толстого кишечника»***, но выраженность её весьма невелика. К тому же повторим ещё раз, что основной целью апробируемого воздействия не являлось, собственно, оздоровление.

Статическая диагностика сразу после завершения воздействия	Динамическая диагностика на протяжении всего исследования

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

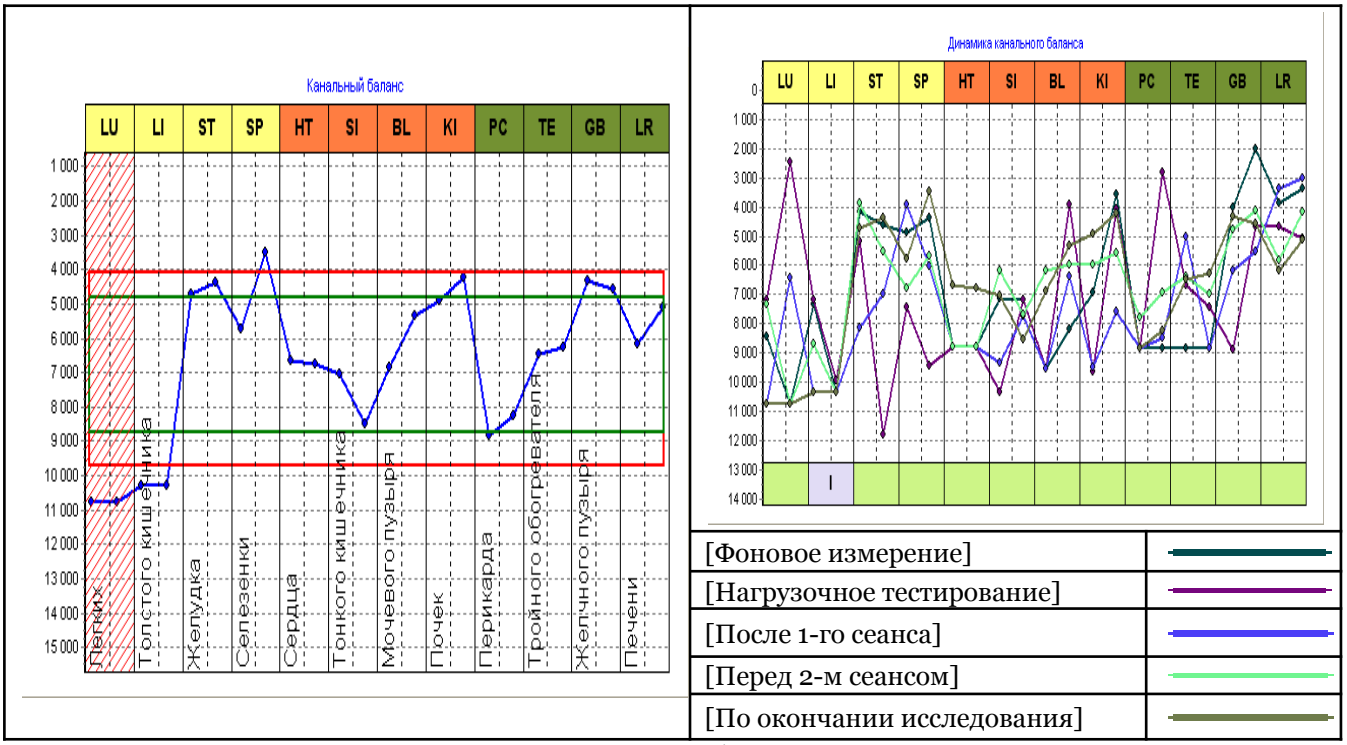

Рис. 4. Результаты электропунктурной диагностики в конце эксперимента

Как видно из левого графика Рис.4 в результате «дистанционного воздействия» наблюдалось выраженное улучшение динамических свойств системы АК. Так на графике можно обнаружить практически полное отсутствие признаков затруднений в энергоинформационном обмене АК («блокад»). Это свидетельствует о повышении адаптационного ресурса реципиента вследствие предпринятой процедуры оздоровления. А так же, возможно, о гармонизации его ситуативного психоэмоционального состояния.

Изменения, произошедшие в регуляции сердечного ритма реципиента, имеют разнонаправленные тенденции. С одной стороны значительное снижение ЧСС (до 76 уд./мин.) безусловно, положительный фактор. Положительно может быть оценено и некоторое снижение индекса напряженности регуляторных систем (ИН) (до 70 усл. ед.).

Следует упомянуть, что кроме всего прочего ИН является надёжным индикатором уровня стресс (в Западной литературе аналогичный показатель именуется «стресс-индекс»). ИН характеризует активность механизмов симпатической регуляции, а так же состояние центрального контура регуляции. В норме ИН колеблется в пределах 80-150 условных единиц. При этом ИН чрезвычайно чувствителен к усилению тонуса симпатической нервной системы. Небольшая нагрузка (физическая или эмоциональная) увеличивает ИН в 1,5-2 раза. При значительных нагрузках он может увеличиваться в 5-10 раз.

С другой стороны комплексные критерии оценки ВСР имели некоторое негативное изменение. Так незначительное возрастание бальных оценок «состояния регуляторных систем» (до 3-х баллов) и «показателя активности регуляторных систем» (до 5-ти баллов) говорит о том, что в целом позитивные перестройки, произошедшие в системе АК реципиента, потребовали затраты некоторых внутренних ресурсов организме. Причём на достаточно «тонком уровне».

Так как по существу апробируемое воздействие можно рассматривать как некий «психологический эксперимент» представляет отдельный интерес рассмотрение «эффекта воздействия» каждого из проведённых сеансов на меридианную систему реципиента. И сопоставление полученных результатов с эмоциями, которые по литературным данным связаны с

CopyRight Розанов А.Л.

функционированием того или иного АК. С этой целью были выявлены по 3 наиболее изменчивых АК для каждого из рассмотренных сеансов (см. Рис. 5).

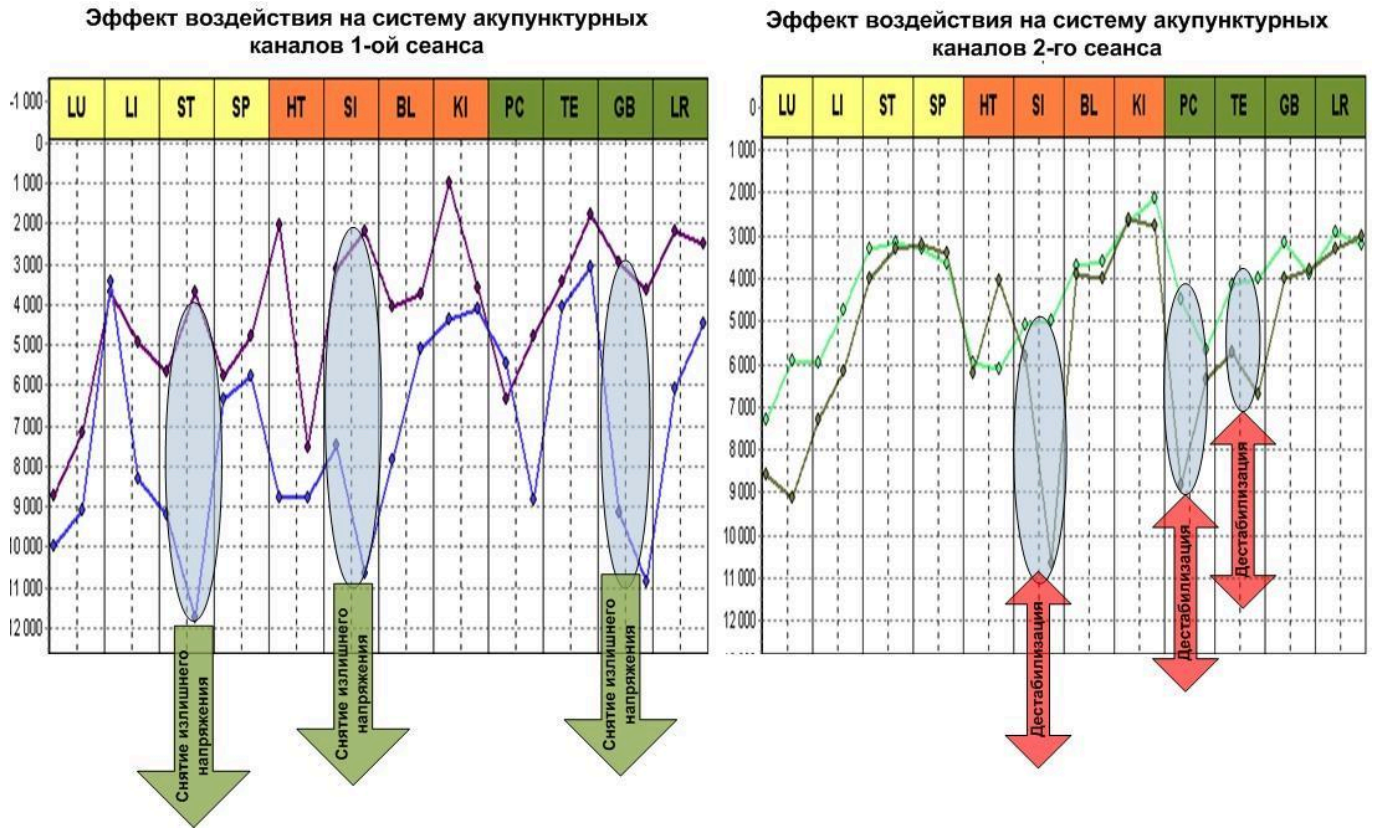

Рис. 5. Эффект воздействия отдельных сеансов воздействия на структуру АК реципиента

Общей закономерностью при этом является снижение уровня функционирования наиболее динамичных АК в процессе воздействия. Но, если во время 1-го сеанса, такое снижение можно было отнести к позитивным проявлениям, т.е. преимущественно снижалась «энергетика» ранее перевозбужденных АК, то в ходе 2-го сеанса воздействие приводило к временной дестабилизации АК, что имеет скорее негативный оттенок. Однако следует признать, что относительная динамика наиболее изменчивых АК в первом случае была всё-таки выше.

Таким образом, при 1-м сеансе воздействия в основном было оказано на АК ***«Желчного пузыря»***, ***«Тонкого кишечника»*** и ***«Желудка»***. Учитывая упомянутый выше позитивный характер этих изменений, можно говорить о формировании во время 1-го сеанса следующих психологических свойств личности (нарастания следующих эмоций): ***«Любовь»*** (АК - ***GB***); ***«Радость», «Удовольствие»*** (АК - ***SI***) и ***«Удовлетворение»*** (АК - ***ST***). Это, в общем и целом совпадает с теми установками, которые давал апробируемый специалист во время всего проводимого исследования (1-го и 2-го сеансов).

В результате 2-го сеанса в наибольшей степени изменялись АК: ***«Перикарда»***, ***«Тонкого кишечника»*** и ***«Тройного обогревателя»***. Принимая во внимание скорее негативный характер произошедших изменений, следует говорить о следующем эмоциональном фоне происходящих изменений: ***«Ревность», «Раскаяние»*** (АК - ***PC***), ***«Печаль», «Грусть»*** (АК - ***SI***) и ***«Депрессия»*** (АК - ***TE***). Такие эмоциональные перестройки можно объяснить кругом внутренних переживаний (проблем), с которым приходилось сталкиваться реципиенту в ходе сеанса №2. Опять же следует повторить, что ряд, приведенных выше, а так же упомянутых при

CopyRight Розанов А.Л.

последующем изложении фактов, позволяют нам сделать вывод о непрерывности работы с реципиентом в ходе всего эксперимента.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ «СИНЕРГИЗМА» УЧАСТНИКОВ ЭКСПЕРИМЕНТА

На рис 6 представлена динамика ИН участников эксперимента в ходе оздоровительного сеанса. Из визуального анализа верхнего графика можно заключить, что изменения этого параметра ВСР синхронны. И, как правило, локальным экстремумам (максимальным или минимальным значениям) специалиста соответствовали локальные экстремумы реципиента. Это даёт основание выдвинуть гипотезу о наличии функциональной зависимости между параметрами ВСР реципиента и апробируемого специалиста.

Для проверки статистической гипотезы о статистической значимости взаимозависимости показателей сердечного ритма реципиента и специалиста был проведён корреляционный анализ с использованием непараметрического критерия Фехнера. В расчётах использовались значения ИН зафиксированные в одно и то же время. При этом вычисления коэффициентов корреляции осуществлялись после наступления какого-либо события из Таблицы 1 (нижний график Рис. 6).

Дополнительно, для повышения достоверность выводов о «партнёрстве» участников эксперимента были проведены аналогичные вычисления для динамик их ЧСС. При этом вычисления коэффициентов корреляции проводились через равные промежутки времени (Рис. 7).

Как мы видим на Рис. 6 и 7, для различных моментов исследования анализируемая взаимосвязь имеет различную степень достоверности. При этом «фиолетовым цветом» обозначена «безусловная взаимосвязь реципиента и специалиста», «красным» - «высокая достоверность синергизма». «Жёлтый цвет» отражает факт того, что «имеется вероятность взаимосвязи реципиента и специалиста». Все прочие цветовые обозначения свидетельствуют скорее о том, что в данный момент времени анализируемые параметры сердечного ритма участников эксперимента были независимы. Причём положительным значениям на графике соответствует вероятная прямая функциональная зависимость, а отрицательным – обратная, то есть, когда увеличение какого-либо свойства у специалиста приводит к уменьшению свойства у реципиента.

Вообще на графиках рис. 5 наблюдается достаточно большое количество коэффициентов корреляции, имеющих высокую достоверность. Наивысшая степень корреляции («максимальный уровень партнёрства») наблюдается для ИН после событий ***R08*** и ***R15***. А также в промежутке между воздействиями, если речь заходит о синхронных изменениях ЧСС (см. Рис. 7). Последний факт даёт нам дополнительные основания утверждать, что формально прерванное воздействие продолжалось и между сеансами, т.к. усматривается наличие некой физиологической связи между участниками эксперимента в данный момент времени.

Принимая во внимание все выявленные достоверные коэффициенты корреляции, процесс взаимодействия реципиента и целителя формально можно описать следующим образом. В течение 1-го сеанса происходит «настройка» («привыкание») участников эксперимента друг к другу. Этот процесс приводит к возникновению устойчивой физиологической взаимосвязи, которая не разрывается даже во время паузы между сеансами. Примерно до «события» ***R16*** эффект «партнёрства» проявляется наиболее выражено, а затем начинает ослабевать. Гипотетично можно предположить, что в данный момент поставленные специалистом цели воздействия, в общем и целом достигнуты, и дальнейшее взаимодействие может быть больше, и не носит «насущной необходимости». Некоторый всплеск «синергизма» наблюдается лишь в самом конце сеанса («событие» ***R30***), когда целитель констатирует, что «*…Всё наполнено гармонией…*»

На основании вышесказанного можно предположить, что некоторое чрезмерное влияние специалиста на реципиента в ходе 2-го сеанса вполне могло обусловить ряд негативных

CopyRight Розанов А.Л.

эмоциональных проявления, зафиксированных нами на данном этапе исследования (см. несколько выше).

CopyRight Розанов А.Л.

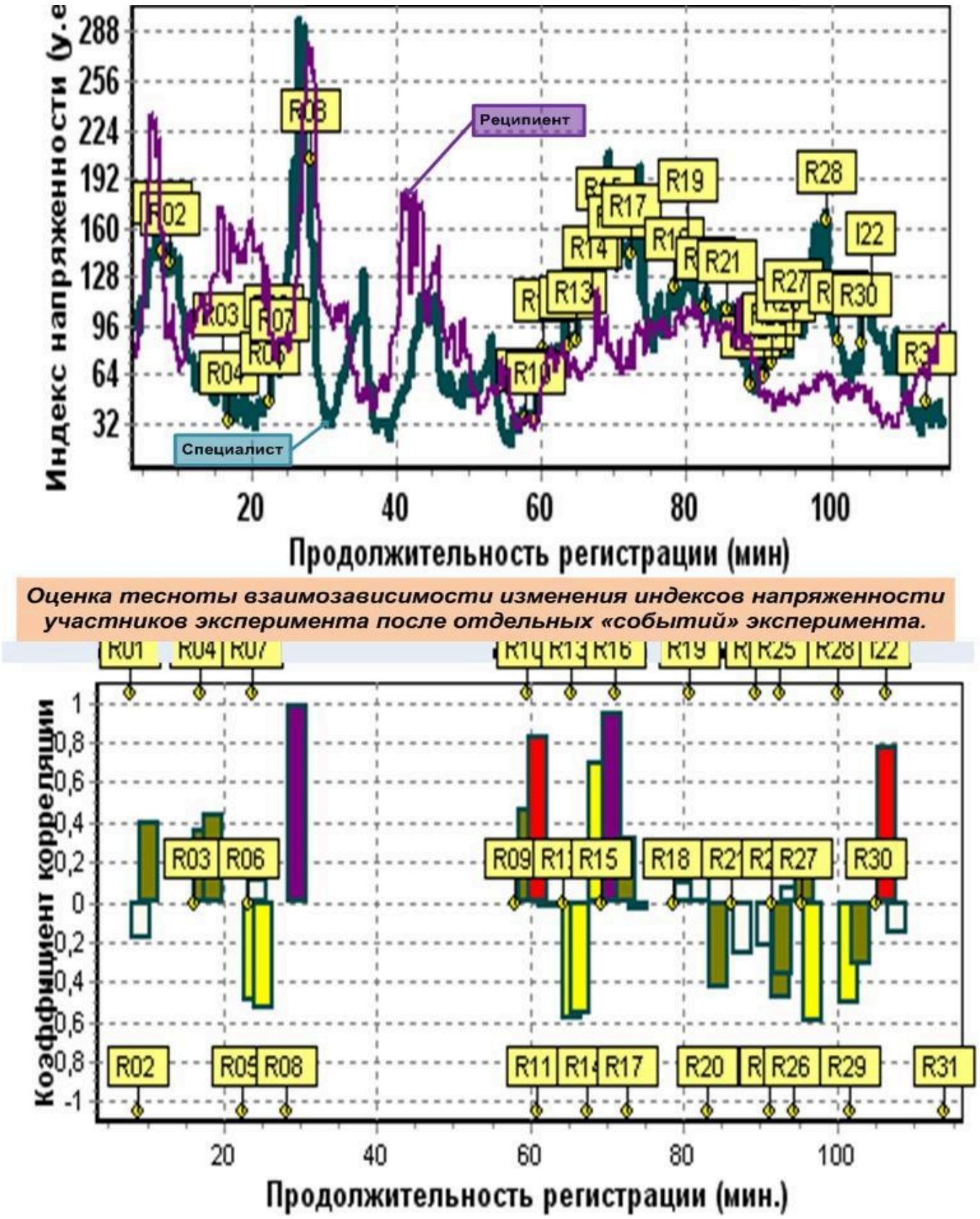

Рис. 6 Анализ значимости знаковой корреляции по Фехнеру участников эксперимента в моменты времени фиксации каких-либо событий из Таблицы 1.

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

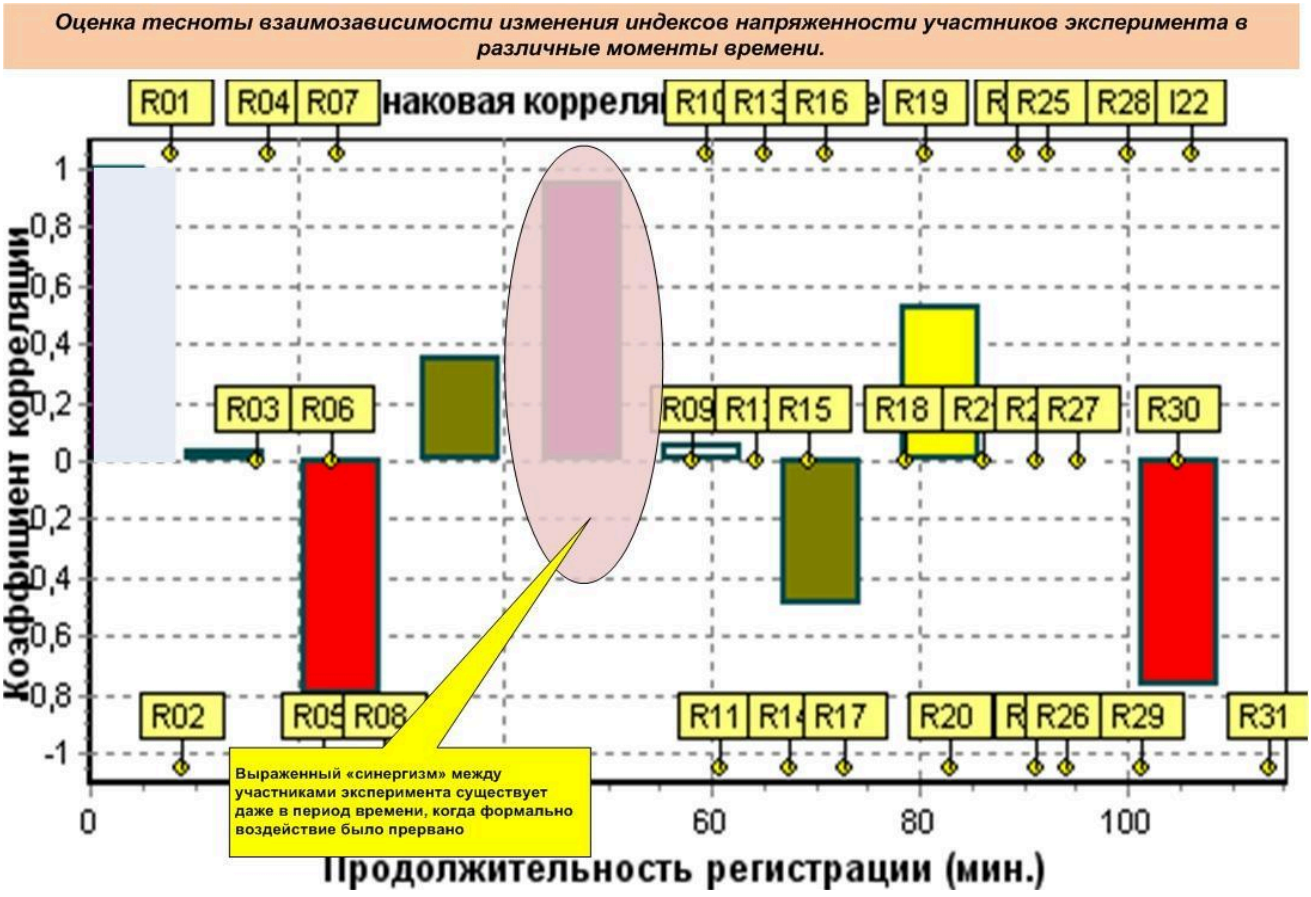

Рис. 7 Анализ значимости знаковой корреляции по Фехнеру частоты участников эксперимента через равные промежутки времени на протяжении всего наблюдения.

Выводы:

- Апробированные авторские методики психологического воздействия обладают выраженными здоровьесбергающими свойствами и по своей сути представляют единый процесс оптимизации взаимодействия реципиента с окружающей средой (в том числе и социальной);
- По изменению ряда физиологических индикаторов можно видеть, что изменения в психофизиологическом состоянии реципиента достаточно полно соответствовали психологическим установкам, которые давал апробируемый специалист во время исследования;
- Высокие значения коэффициентов корреляции параметров сердечного ритма реципиентов и целителя дают основание достоверно предполагать, что между участниками эксперимента в процессе оздоровление устанавливается эффективное «партнёрство». Причём уровень такого «партнёрства» высок даже в момент времени формально не входящий в заявленные специалистом временные интервалы воздействия.

Члены комиссии:

В.В. Егоров

А.Л. Розанов

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Розанов А.Л. - Метод электропунктурной диагностики «Прогноз» // Рефлексотерапия. Москва, 2003. - №1, С. 26-36

2. Розанов А.Л., Егоров В.В. Использование электропунктурной диагностики при проведении экспертизы специалистов традиционной медицины и целителей // Рефлексотерапия. - 2003. - № 4. С. 28-35.
3. Разумов А.Н., Василенко А.М., Розанов А.Л., Усупбекова Б.Ш. Обеспечение конституционального подхода к профилактике и восстановительному лечению. Публикация 2. Модель определения конституционального типа человека на основе данных электропунктурной диагностики // Традиционная медицина.-2010.-№2 (21). С. 35-40.
4. Загрядский В.А. Поляков В.В., Розанов А.Л. - Применение электропунктурной диагностики и терапии в длительной космической экспедиции // В кн. «Акупунктурные белые ночи» тез. докл. 2-го европейского конгресса июнь 1997, Санкт-Петербург, 1997, С. 67-68
5. Загрядский В.А., Розанов А.Л., Злоказов В.П. - Двадцать лет космической электропунктуре // Рефлексотерапия. Москва, 2004. - №2(9), с. 4-11

6. (URL: http://www.medprevent-systems.net/produkte/prognos/)

7. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use // The European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology.// European Heart Journal Vol. 17, 354-381, March 1996.

8. Баевский Р.М., Береснева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. 235 с.

9. (URL: http://www.bm-innovations.com/index.php/produkte_brustgurte.html)

10. Розанов А.Л., Егоров В.В., Литвинова Н.И., Малинина И.И. Изучение синхронной динамики функционального состояния Рэйки-практика и реципиента с позиций комплементарной медицины // Сб. публикаций III Всеросс. Конгр. Рэйки, - М., 2014. - С. 30-34.

Заключение подготовил Розанов А.Л.

CopyRight Розанов А.Л.