



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И СПОСОБЫ РЕЗЕРВОМЕТРИИ

ПСИХОБИОФИЗИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПО МЕТОДОЛОГИИ Б.Д. КАРВАСАРСКОГО

УДК 614

Серебренникова Л.В., к.м.н., д.п.н., руководитель клинической лаборатории психобиофизической коррекции функционального состояния организма человека, ФГУ «РНЦ ВМ и К Росздрави»

Каждан Е.Я., с.н.с., клинической лаборатории психобиофизической коррекции функционального состояния организма человека, ФГУ «РНЦ ВМ и К Росздрави»

Аннотация. В связи с тем, что выдающийся психолог Б.Д. Карвасарский предложил методологию, пригодную именно в условиях, не имеющих высокодифференциальной аппаратуры для физиологических и психологических контрольных исследований, то именно в аспекте социальных программ для лиц сельских местностей она особо актуальна. При наличии профильно подготовленных специалистов из категории сельских врачей и фельдшеров эта методология (используемая в специализированных клиниках достаточно редко) позволяет пациентам разобраться в причинах их конфликтных ситуаций и в семье, и на работе, и в аспекте социума в целом. Более того, психотактики Б.Д. Карвасарского дают пациентам возможность пересмотреть свое поведение в плане собственных ошибок, адаптироваться в их социально-бытовой среде, тем самым активизируя собственные защитные резервы организма. Это подтверждено примерами неоднократного использования не только личностных биотактик Б.Д. Карвасарского, но и его учеников.

Не являясь лечебно-диагностической в плане нейропсихологической симптоматики, методология имеет профилактическую и прогностивно-позитивную направленность, позволяя стабилизировать нейрофизиологические реакции организма еще до перехода их в клиническую симптоматику и до присоединения к ней соматических дисфункций или нейрогенно обусловленной симптоматической и психопатологии.

В аспекте отмеченного групповая психофизиологическая (биофизическая) коррекция, относясь к категории социальных биотактик, проводилась лицам с разнофакторными формами социо-психологической дезадаптации. Из широкого спектра причин, инициирующих психоневротическую симптоматику, были подобраны пациенты с преобладанием трех этиологических вариантов психологических дисфункций: 1) нарушение межличностных взаимоотношений в коллективе и в семье, 2) наличие негативного социального фактора (отсутствие работы и стабильного заработка), 3) отрицательное последствие на психику индивидуальных биотактик «стихийных целителей» (используемых оккультных тактик). Результаты коррекции изложены в форме системного логического анализа (с конкретикой отдельных лабораторных данных по показаниям, с централизацией на уникальных результатах).

Цель исследования предполагала изыскание нетравматичных и неинвазивных для человека естественно-биологических и эколого-биофизических методов функциональной коррекции, возможность активизации защитных рефлексов организма в аспекте психоадап-

тации к неблагоприятным и разнофакторным условиям существования.

Введение. Последние два десятилетия (начиная с этапа «перестройки») социально-политический и экономический дисбаланс негативно отразились на состоянии здоровья соотечественников. Более того, постепенно нарастающий (у хрониапациентов) синдром привыкания к химиопрепаратам (сопутствия отягощению болезней) снижает результативность лечения и формирует синдром лекарственной токсикомании. В подобной ситуации естественно-биологические способы коррекции природно-экологической и антропогенно-физиологической компоненты (активизирующие общепризнанные методы терапии) могут способствовать оздоровлению организма и повышению его защитных резервов. Но для того, чтобы быть и оставаться здоровым, необходимо повышать ответственность людей за собственный организм, полагаясь не только на защитные реакции Подсознания (информационное представительство генома), но и на Сознание (накопленные знания, интеллект). Для этого необходимо обучить людей приемам самокоррекции, основанной на синтезных биотактиках и на системе логического анализа (воссоединяя то и другое). Осознанное владение методами самокоррекции (как реальная возможность получения позитивных и даже непредсказуемых результатов) – это ведомство позитивной динамики ранее незадействованных защитных резервов организма. При этом следует учесть: единожды начавшись, информационная регенерация не только фиксируется в Сознании и в Подсознании, но и пролонгируется в памяти человека через синдром биофизиологической индукции, в итоге становясь нормой жизни (оздоравливая, омолаживая, феноменализируя, одухотворяя, стимулируя к активной социальной деятельности). Учитывая изложенное, применяемая нами синтезная методология представлена как естественными антропогенными тактиками (психофизиологическими и медико-биофизическими), так и естественно-природными экологическими способами позитивно-реконструктивной коррекции.

Материалы и методы функциональной коррекции. Настоящий раздел включает системный социально-психологический анализ состояния пациентов по методологии Б.Д. Карвасарского в соавторстве с его сотрудниками [4, 5, 6] с учетом наиболее значимых отечественных и зарубежных технологий [1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13], отдельные фрагменты которых назначались индивидуально. С целью повышения эффективности воздействия психотерапевтическая коррекция активизировалась синтезными тактиками психофизио-

логии, психобиофизики и иными. Набор коррективных информационных биомодулей функционировал в варианте разноплановых методов: виброзвукового – ВЗ (с записью аудио-биофизических вибраций на звуковом диске); ТМ-моделирования (терминально-меридианное моделирование, графический метод); функционально-динамического (ФД); функционально-статического (ФС) в позиции сидя, стоя и иных (избирательных).

С целью спазмолитического воздействия коррективная частота воздействия составляла 14 герц, для активизации защитных рефлексов (подкорковых центров) – 16 герц, для повышения функции мышления – 18 герц.

Контроль межличностной совместимости у пациентов проверялся по методу электропунктурой диагностики (вибрационно-совместимые пациенты компоновались в микрогруппы специального воздействия). Психотерапевтическая методология осуществлялась в варианте внушения наяву (то есть без гипноза, в состоянии протрации) по методу В.М. Бехтерева. Исследования по методологии Б.Д. Карвасарского и соавторов осуществлялись и пациентам, и в контрольной группе лиц – до воздействия и после него. В группе контроля модульная восстановительная коррекция не проводилась (ежедневные воздействия пациентам осуществлялись в течение четырнадцати дней).

Следует отметить, что диагностические контрольно-психологические исследования были не травмирующими и не инвазивными. Отдельным пациентам (по показаниям) был проведен анализ на половые гормоны (андрогены и эстрогены), ибо информационное воздействие любой тематики обладает гормонально-активизирующим эффектом. У одного из пациентов определялось наличие гормонов, свойственных психологически ранимым людям (то есть кортизола и окситоцина).

Из ранее осмотренных субъектов была подобрана группа лиц из пятидесяти человек с различными и синтезными нарушениями в психоадаптации: относительно окружающей среды, в собственной личности, по отношению к причинно-следственному фактору болезни и по ряду конкретных социальных параметров. Все пациенты контролировались по четырем блокам системного психологического анализа методологии Б.Д. Карвасарского. Для исследования были намеренно выбраны люди различного возраста (от 19 до 63 лет), ибо параллельно анализировалась их возрастная психологическая адаптация и в процессе воздействия, и в релаксивной обстановке.

Эколого-эргономическая совместимость пациентов соотносительно территории коррекции (в помещении, в природной зоне воздействия) проверялась как по эмоционально-психологическому фактору, так и по синдрому комфортности ощущений. При этом анализировалось совпадение биофизиологических вибраций территории воздействия с зоной Солнечного сплетения позвоночника пациентов (синтезного биомодуля организма). В качестве контроля биоэкологической совместимости применялась бесшарнирная локационная антенна стержневого типа с измерением показателей в градусах (что ранее использовалось нами в качестве контрольного эргономического теста). Комплексная и многофакторная методология исследований, позволяющая повысить результативность коррекции, была избрана с целью активизации процессов реабилитации и для повышения работоспособности человека.

Обработка полученных фактических данных проводилась методами медицинской статистики.

Системный социально-психологический анализ состояния пациентов до функциональной коррекции (четыре шкалы критериев оценки по методологии Б.Д. Карвасарского).

I. Симптоматический блок.

1. Наличие неврологической симптоматики слабой интенсивности: 10 человек (20%).

2. Наличие неврологической симптоматики значительной интенсивности: 20 человек (40%).

3. Наличие неврологической симптоматики любой интенсивности (но частое): 20 человек (40%).

II. Особенности восприятия пациентами психологических механизмов своей болезни.

1. Неосознание роли собственного психогенного фактора (диссонансного поведения) в возникновении симптомов своей болезни: 4 человека (8%).

2. Осознание взаимосвязи симптомов собственной болезни с синтезным блоком проблем (с физическими перегрузками, с конфликтной ситуацией, с неблагоприятными экологическими условиями и с иными причинами): 50 человек (100%).

3. Неосознание роли собственного эмоционально-личностного поведения (негативного или неадекватного) в качестве причинного фактора психологического дискомфорта и невротической симптоматики: 45 человек (90%). **Примечание:** в блоке II выявлено наложение синтезных этиологических факторов воздействия.

III. Нарушение критериев личностных реакций по отношению к причинной ситуации возникновения собственной патологии (к болезни, к лечению, к иным факторам).

1. Изменение нормативных межличностных отношений отсутствует: 15 человек (30%).

2. Имеет место изменение нормативных отношений во всех сферах взаимодействия (с людьми и с этиофакторами), но без глубоких личностных нарушений: 35 человек (70%).

3. Имеет место изменение нормативных отношений во всех сферах взаимодействия (с людьми и с этиофакторами) со значительной личностной перестройкой, с неадекватностью поведения: не отмечалось (0%).

IV. Характерологические особенности оценки собственного социального функционирования в аспекте снижения нейрпсихологической адаптации в окружающей среде.

1. Низкая степень удовлетворенности собственным социальным функционированием (низкая социальная адаптация): 16 человек (32%).

Умеренная степень удовлетворенности собственным социальным функционированием: 34 человека (68%).

Выраженная степень удовлетворенности собственным социальным функционированием: не отмечалось (0%).

Общий вывод по анализу состояния пациентов до начала функциональной коррекции: у 98% пациентов (см. пункты 1, 3 блока II) отсутствовало осознание причины болезни, а собственное поведение воспринималось ими не как болезненное, а как личностно-характерологическое (с чем не согласовалось мнение их родственников и сослуживцев). Примечателен факт, что большинство пациентов оправдывали именно себя и свою поведенческую тактику (90%), вопреки наличию данных (см. «Симптоматический блок») о том, что у 80% лиц поведение было диссонансным (сопровождаясь невротической симптоматикой). Реальная социальная неудовлетворенность собою в качестве сотрудника (профессионала) или члена семьи (коллектива) отмечена лишь у 32% опрошенных лиц, хотя на грани срыва трудоспособности находилось большинство из пациентов (68%).

С целью осознанного взаимодействия с пациентами (проявляющими интерес к методологии коррекции), тактическая позиция персонала состояла в разъяснении механизмов осуществляемых процессов. **Подобная тактика преобразовалась в методику РИК**

(Разъяснительно-Идеологическую Коррекцию), что в реальности было циклом усовершенствования для пациентов по разделу информационных технологий. Итоговым позитивным фактом совместного взаимодействия стали самоинициативные попытки осознания людьми причинно-следственных факторов их функционирования. А поэтому из списка представленных в методологии этиологических факторов их дисфункций пациенты в дальнейшем переосмыслили практически все негативно-активизирующие причины. При этом в категории внешнего негатива был особо выделен антропогенно-травмирующий фактор (то есть негативно-контактное взаимодействие с нездоровыми или агрессивными людьми), а также отрицательная экологическая доминанта (наличие профессиональных экологических вредностей, негативное влияние на здоровье конкретных территориальных зон на рабочем месте и в быту).

Сравнительный анализ по четырем шкалам критериев оценки (после функционально-коррективного воздействия).

Шкала критериев личностно-психологического статуса в аспекте социальной функциональности и социальной адаптации (сравнительный анализ).

I. Симптоматический блок (после коррекции).

1. Наличие неврологической симптоматики слабой интенсивности:

- до лечения: 10 человек (20%);
- после лечения: 10 человек (20%).

2. Наличие неврологической симптоматики значительной интенсивности:

- до лечения: 20 человек (40%);
- после лечения: не выявлено (0%).

3. Наличие неврологической симптоматики любой интенсивности:

- до лечения: 20 человек (40%);
- после лечения: не выявлено (0%).

Общий вывод. Неврологическая и негативная психологическая симптоматика любой интенсивности как в процессе проведенной функциональной коррекции, так и по ее завершении перестала беспокоить 40 человек (80%), а у десяти (20%) с предшествующими слабовыраженными остаточными последствиями нейропсихонегативной этиологии особых сдвигов в состоянии не намечалось (ибо их первичная симптоматика проявлялась всего лишь в следовых или в слабовыраженных формах ощущений). Положителен факт, что пациенты из категории социодиагностики по шкале «тяжести и интенсивности» с третьего блока симптоматики сместились во второй блок, то есть к «нечасто проявляемым симптомам» (что является позитивным следствием синтезной коррективной методологии).

II. Особенности восприятия пациентами психологических механизмов болезни (после коррекции).

1. Неосознание роли собственного психогенного фактора (диссонансного поведения) в возникновении симптомов своей болезни:

- до лечения: 4 человека (8%);
- после лечения: 1 человек (2%).

2. Осознание взаимосвязи симптомов собственной болезни с синтезным блоком проблем (с физическими перегрузками, с конфликтной ситуацией, с неблагоприятными экологическими условиями и с иными причинами):

- до лечения: 50 человек (100%);
- после лечения: 50 человек (100%).

3. Неосознание роли собственного эмоционально-личностного поведения (негативного или неадекватного) в качестве причинного фактора своего психического дискомфорта и невротической симптоматики:

- до лечения: 45 человек (90%);
- после лечения: 5 человек (10%).

Общий вывод. В итоговом перечне опроса после проведенного коррективного воздействия осознание синтезности механизмов возникновения болезненного процесса имело место у всех пациентов (100%). А поэтому, если до цикла коррекции лишь 8% людей соотносили свою болезнь с собственным неправильным поведением (то есть с личностнообусловленным психогенным фактором), то остальные пациенты свое поведение не считали причиной формирования собственной негативной симптоматики. После цикла коррективного воздействия (более адекватно оценивая этиологию своих дисфункций) люди приобрели свойство критической самооценки. Если до лечения называли себя невинными в провоцировании эксцессов (способствующих обострению их симптоматики) 90% лиц, то после коррекции их осталось всего лишь 10% (но и они квалифицировали свое поведение уже с критических позиций).

III. Нарушение критериев личностных реакций по отношению к причинной ситуации возникновения собственной патологии (к болезни, к лечению).

1. Изменение нормативных межличностных отношений отсутствует:

- до лечения: 15 человек (30%);
- после лечения: 45 человек (90%).

2. Имеет место изменение нормативных отношений во всех сферах взаимодействия с людьми и с этиофакторами – без глубоких личностных нарушений:

- до лечения: 35 человек (70%);
- после лечения: 3 человека (6%).

3. Имеет место изменение нормативных отношений во всех сферах взаимодействия с людьми и с этиофакторами со значительной личностной перестройкой (неадекватностью поведения):

- до лечения: не выявлено (0%);
- после лечения: не выявлено (0%).

Общий вывод. Если до синтезной функциональной коррекции адекватно воспринимали причинные факторы социо-психологической дезадаптации и процесс дисфункции лишь 30% пациентов, то после комплексного воздействия позитивная активизация с осознанием причинного фактора своего поведения в возникновении негативной симптоматики возросла до 90%. Следует отметить, что процесс эпизода коррекции воспринимался всеми из присутствующих лиц осознанно, доброжелательно и позитивно. Без глубоких личностных нарушений и с умеренной личностной акцентуацией вместо 70% (до лечения) осталось всего 6% пациентов. В дальнейшем они были проконсультированы у нейропсихологов с целью углубленного анализа причинных факторов их социодезадаптации.

IV. Характер собственного социального функционирования в аспекте снижения нейропсихологической адаптации в окружающей среде.

1. Низкая степень удовлетворенности собственным социальным функционированием (низкая социальная адаптация):

- до лечения: 16 человек (32%);
- после лечения: 4 человека (8%).

2. Умеренная степень удовлетворенности собственным социальным функционированием:

- до лечения: 34 человека (68%);
- после лечения: 46 (92%).

3. Выраженная степень удовлетворенности собственным социальным функционированием:

- до лечения: не отмечалось (0%);
- после лечения: не отмечалось (0%).

Общий вывод по завершению циклов синтезной информационной коррекции. За малым исключением, пациенты аналитически переосмыслили и свое неадекват-

ное поведение, и социальную дезадаптацию собственной причинной обусловленности, перейдя к оптимистическим жизненным планам почти в полном составе группы (92%). На этом фоне низкая социальная адаптация осталась лишь у 8% лиц (по сравнению с 32% до позитивной коррекции). После воздействия даже и ранее пессимистичные пациенты (из категории меланхоликов) обдумывали и испытывали различные пути реализации как в труде (не исключая перепрофилирование и профпригодность в качестве специалистов-надомников), так и в человеческом сообществе (в семье, в коллективе, в общественной среде).

В контрольной группе людей (которым коррективное воздействие не проводилось) явных социально-психологических подвижек не выявлено, но потребность в изменении образа жизни в варианте потребности к изменению их привычных психологических позиций отмечена у 20 человек (40 процентов). Отдельная категория людей сочла наблюдаемый процесс интересным и поучительным (20 человек – 40 процентов), а полное равнодушие к происходящему проявили 10 человек (20 процентов). Но восемьдесят процентов даже и пассивного позитива (то есть заинтересованность процессом) – это явная социальная динамика со знаком «плюс», ибо люди, **не участвующие в процессе синтезной коррекции, почувствовали желание соучастия в нем (пусть даже и не все).**

Наиболее значимым стало осознание пациентами давящего над человечеством негативного фактора: «жить чтобы лечиться» (на фоне которого профессиональный труд становится второстепенным или незначимым). Именно поэтому у отдельных лиц (городского контингента) преимущественной тематикой собеседования становятся жалобы на здоровье с подробнейшим перечислением своих болезненных симптомов, врачебных назначений, результатов анализов. Являясь особенностью городского населения, подобная поведенческая позиция не свойственна людям из сельских предместий, которые и самодостаточны, и самостоятельны. Восстанавливаясь дарами окружающей Природы, сельчане осознанно обходятся и без лабораторных анализов, прислушиваясь к ощущениям в собственном организме (то есть к качеству здоровья относительно своей профильной обязанности и семейной функциональности).

Отдельные положительные результаты антропогенно-психобиофизической и эколого-биофизической реконструктивной коррекции синтезного плана

Анализ психологической значимости для пациентов факта и факторов реальности активизации их жизненных функций через процесс реконструктивной коррекции (по его завершению) излагается по убывающей динамике от наибольшей результативности к меньшей.

1. Максимальная деловая инициативность синтезного плана возникла у пациентов по причине сформировавшейся у них вполне осознанной тактики: уметь преодолевать препятствия, научившись эмоционально-положительно радоваться (удовлетворяться) состоявшемуся результату.

Согласно обученным новым тактикам, пациенты в эпизодах трудностей научились переключать мысль и внимание именно на позитивный или достаточно емкий процесс (что стало предпосылкой к воспитанию самостоятельности и самодостаточности, стремлением к достижению позитивного результата).

В преобладающем большинстве, осознавая собственную безынициативность и потребительство по отношению к ближним (как и немотивированную агрессивность в адрес сложных жизненных ситуаций), пациенты научились стремиться к разумности в действиях, к самоуправлению эмоциями.

4. «Феномен раскрытия талантливости» (в различной форме, степени, качестве), взаимосвязываясь ими с общим оздоровлением организма, сопровождался активизацией процессов мышления.

5. В условиях коррекции люди старались реализовать себя не только в варианте самообслуживания, но и в посильных ремонтных работах, в ландшафтном дизайне территории, в конкурсах различной направленности.

6. Процесс личностных взаимодействий персонала с пациентами (квалифицируясь ими как «факультет усовершенствования человека») способствовал становлению у них этики во взаимоотношениях с людьми, а также эстетическому и бережному восприятию Природы. Чрезвычайно важен факт, что именно экологию почвы и воздуха люди стали рассматривать в качестве природного биологического лекарства (с учетом примечания, что древнегреческий термин «ойкос», постепенно видоизмененный до «эйкос», «экология») происходит от терминов: «дом», «жилище», биологическое местопребывание человека.

7. Пациенты благодарно восприняли и усвоили методологию самокоррекции именно синтезными модулями (разъясненными им по механизмам воздействия) как с чувством самоответственности за собственное здоровье, так и в плане позитивного вклада в социальную сферу жизни.

Отдельные сверхнормативные (незапланированные) результаты позитивной психофизиологической коррекции

1). Повышение показателей полового гормона тестостерона выявлено у трех из четырнадцати мужчин коррективной группы. У одного из них выделен гормон надпочечников адреностерол, стимулирующий предстательную железу и семенные пузырьки, что является показателем гормональной регенерации (ибо кора надпочечников — источник андрогенов). Количество адреностерола в моче в 2,5 мг в сутки — это динамический показатель улучшения гормональной функции.

2). У одного из пациентов с выраженной ситуационной психологической дезадаптацией в процессе коррекции были нормализованы показатели кортизола и окситоцина (вследствие чего он стал адекватно-эмоциональным в поведении).

3). У шести из 36 женщин коррективной группы повысилось наличие в моче женского полового гормона эстрадиола (что соотносится с процессом омолаживания). Позитивные гормональные сдвиги, как показатель начавшихся процессов регенерации тканей, являясь для пациентов активизирующим психогенным стимулом, непременно становятся и биологическим фактором продления жизненного цикла.

4). У трех из пятидесяти пациентов улучшилось зрение, в связи с чем очки прежних диоптрий стали для них малопригодными. Более того, при дневном свете они стали воспринимать газетный текст без очков.

5). У двух пациентов восстановилось восприятие шепотной речи (что было утеряно в течение двух и четырех лет соответственно).

6). Двое мужчин отказались от курения (что произошло как бы само по себе). У одной из женщин исчезла тяга к алкоголю.

Подводя общий результативный итог психокоррективного воздействия, констатируем, что на первые позиции по категории позитива выдвинулись следующие значимо-позитивные психофизиологические синдромы: 1) критический анализ собственных мыслей и поступков (в семье, на производстве, в социальной сфере); 2) оптимистичное восприятие процесса жизни (вопреки наличию негативных причин); 3) освоение разноплановых

навыков по преодолению препятствий; 4) осознание высокой значимости коррективно-созидательной роли Природы в аспекте здоровьесбережения; 5) осознание необходимости обучения тактикам самокоррекции как важного жизнеобеспечивающего фактора; 6) психологи-

ческий стимул к познанию нового в аспекте механизмов функционального взаимодействия человека с человеком, человека с Природой. Вышеозначенные тактики позволяют активизировать ранее незадействованные защитные резервы организма (которых у человека – 26).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М: Медицина, 1975. – С. 477.
2. Бессознательное: природа, функции, методы исследования (Под ред. Прангишвили А.С, Шерозня А.Е., Бассина Ф.В.). – Тбилиси, 1978. – Т. 1–3.
3. Бехтерев В.М. Избранные произведения. – М.: Медгиз, 1954. – С. 258.
4. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Тупицын Ю.Я. Патогенетическая психотерапия и задачи ее развития на современном этапе. – В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1982. – С. 265.
5. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Исурина Г.Л. Психологические механизмы компенсации личностных расстройств в системе психотерапевтических воздействий. – В кн.: Тезисы научных сообщений советских психологов к 6-му Всесоюзному съезду Общества психологов СССР. – М., 1983, ч. 3, с. 428.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – С. 228.
7. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Развитие концепции восстановительной медицины как профилактического направления медицинской науки и практического здравоохранения / Тезисы докладов, Ставрополь, Ессентуки, 2006. – С. 69.
8. Разумов А.Н., Покровский В.И., Бобровницкий И.П. Здоровье здорового человека. – М., 2007. – С. 15.
9. Серебrenникова Л.В. Диплом Интеллектабанка РФ № 256. Биоэнергетическая теория Единого Психоза – регистрационное свидетельство на интеллектуальную собственность. Информационно-реферативный бюллетень Интеллектабанка № 6–7. – Томск, СибНИЦ, 1993. – С. 21–58.
10. Серебrenникова Л.В. Психобиофизическая профилактика и восстановительная коррекция функциональных резервов организма человека / Пособие для врачей. Утверждено Председателем научного совета РАМН и Минздравсоцразвития России по восстановительной медицине, курортологии и физиотерапии академиком РАМН А.Н. Разумовым 23 июля 2008 г.
11. Hock K., Konig W., Neurosenlehre und Psychotherapie. – Vena, 1979. – 170 s.
12. Kratochvil S. Psychotherapie. – Praha, Avisenum, 1976. – 397 s.
13. Leder S., Czubala Cr., Kosewska A. Некоторые итоги исследований в области групповой психотерапии / В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1982. – С. 278.

Резюме. Скорость размножения клеток по сравнению с динамикой мысли – минимальна. Гипнотическое воздействие может стать результативным за секунды («в миг»), активизируя не столько скорость деления клеток, сколько функции организма. В противоположность информационным импульсам (превышающим скорость света), химиопрепараты замещают морфологические структуры клеток в диапазоне от пяти до 90 дней (согласно нормативной скорости размножения клеток). Более того, химиотерапия, приводящая к психоорганическому синдрому (ведомство психиатрии) и к лекарственной токсикомании (ведомство соматических болезней), инвалидизировавшая человечество, в XXI веке уступает первенство информационным технологиям. Информатика ядер клеток (то есть так называемая ядерная энергия живого организма) – самый тонкий, самый совершенный и тонкий инструмент. Это и скальпель для рассечения тканевых контрактур, и биологический наполнитель клеток, и двигатель (движитель) органов, биосистем, биологических функций.

Синтез биоинформатики человека и экологической информационной компоненты – это мощный катализатор, регенератор, реконструктор и феноменализатор биоструктур организма. Людей с высшей хромосомной доминантой – 0,8% от общей численности населения планеты (и это – информационный генофонд государства).

Ключевые слова: психобиофизическая профилактика, восстановительная коррекция функциональных резервов организма человека, методология Б.Д. Карвасарского.

Abstract. The speed of propagation of cells is minimal in comparison with the dynamics of the thought. The hypnotic influence can become effective for a second («in a moment»), when it's activities not the speed of cells division but organism functions. As opposed to information impulses (which are higher than velocity of light) chemical drugs forbid the morphological structure of cells – in diapason from 5–90 days (in accordance with the speed of its propagation). Moreover, chemotherapy which leads to organic syndrome of psyche and medicinal drug abuse (which was spoiling the humanity in XXI century) is going to give way for information technologies. Informatics of the core of cells (so named the nuclear energy if living organism) – it's the most thin, the most perfect instrument. It's also the scalpel for tissue hems dissection and also the biological hoarder of cells and also the engine of organs, biological systems, and biological functions. The synthesis of bioinformatics of human and of ecological informational component – it's the powerful catalyst and generator, reconstruction device and device which make the biological structures of human to be phenomenal. The quantity of people who are with the highest chromosomal dominant is 0,8% from common quantity of human on the Earth (its informational gene fund of the State).

Keywords: psychobiophysical preventive maintenance, regenerative correction of functional reserves of a human body, B.D. Karvasarsky's methodology.

КОНТАКТЫ

oscarrrrrr1982@mail.ru