

Проект был задуман в сотрудничестве со специалистами МЧС г. Москвы, АНБО Центр социализации молодых инвалидов под руководством А.Г. Баскакова и впервые осуществлен 15 мая 2009г. в районе «Выхино-Жулебино» в лесопарковой зоне. В течение трех лет в рамках проекта проводятся Открытые командные соревнования с участием молодежи г. Москвы на базе Московской усадьбы Деда Мороза. В соревнованиях в 2009-2011 г.г. приняли участие более 400 человек, среди которых более 80 имеют тяжелые нарушения жизнедеятельности и ограниченные возможности здоровья. Нельзя оценить тот вклад в социализацию ребят, который достигнут за последние годы реализации подобных проектов.

Человек с ограниченными возможностями в современном обществе все реже рассматривается как инвалид. И чаще - со специфическими потребностями. Поэтому более всего необходимы программы, которые позволят достигнуть главной цели – социализации подростков и молодежи с ограниченными возможностями здоровья в нашем обществе, вовлечении всех инвалидов в полноценную жизнь наравне с другими членами общества.

**Коррекция психоэмоционального состояния и профилактика
неадекватного поведения детей с использованием аппаратно-
программного комплекса «ИПЭР»**

Балыкина-Милушкина Т.В.

РГУФКСМиТ, Москва

b2000t@yandex.ru

Способ коррекции психоэмоционального состояния (патент РФ №2373965) и профилактики неадекватного поведения детей заключается в определении проблемной зоны психоэмоциональной напряженности ребенка, влияющей на его дезадаптацию в жизненной сфере, и последующей коррекции выявленной проблемной зоны путем использования аппаратно-программного комплекса «ИПЭР» (индикатор психоэмоциональных

реакций). Это устройство позволяет выводить на монитор персонального компьютера регистрируемых величин тонических составляющих и амплитудно-частотных показаний фазических составляющих кожно-гальванических реакций (КГР) ребенка на аудио или видео раздражители. Для определения проблемной зоны ребенка в качестве раздражителя используют режим интервьюирования по информационным шаблонам тестирования, отражающим посттравматические события (факторы) основных жизненных сфер ребенка.

При регистрации на аппаратно-программном комплексе «ИПЭР» резкого максимального падения амплитудных показаний фазической составляющей КГР на фоне регистрируемых абсолютных величин тонических составляющих, при воздействии названным раздражителем из информационного шаблона тестирования, диагностируют доминирующий посттравматический фактор, влияющий на психоэмоциональную дезадаптацию ребенка в его жизненных сферах. Выявленный доминирующий посттравматический фактор корректируют с использованием в качестве раздражителей, не воздействующих на аппаратно-программный комплекс «ИПЭР», пассивных шаблонов коррекции.

При регистрации на аппаратно-программном комплексе «ИПЭР» плавных частотно-амплитудных показаний фазической составляющей КГР на фоне уменьшающегося значения абсолютной величины тонической составляющей указанной реакции от ее начально зарегистрированных величин при выявлении доминирующего посттравматического фактора судят о психоэмоциональной мобилизации ребенка к его личностной адаптации к выявленному доминирующему посттравматическому фактору. Определение проблемной зоны психоэмоциональной напряженности ребенка с ограниченными возможностями здоровья и ее последующую коррекцию осуществляют в режиме непрерывного сеанса реального времени.

Пример. Мальчик (13 лет). Жалоба – сложности в усвоении русского языка. При интервьюировании по шаблону тестирования

посттравматических факторов ребенок держал электродную часть аппаратно-программного комплекса «ИПЭР», измеряющего КГР. Во время использования шаблона тестирования посттравматических факторов выяснилось, что у ребенка на словах «учительница» и «глагол» аппаратно-программный комплекс «ИПЭР» зарегистрировал резкое максимальное показание падения амплитудно-частотной кривой фазической составляющей КГР на фоне тонической составляющей (признак подавления эмоций, невысказанность, эмоциональная или физическая боль). Используя шаблон коррекции и ориентируясь на реакцию «ИПЭР», мальчик вспомнил случай, когда одна из его первых учительниц кричала на него и била линейкой по рукам. Неоднократно вспоминая этот случай и выдавая все подавленные в тот момент эмоции (в режиме коррекции психоэмоционального состояния по выявленному доминирующему посттравматическому фактору), мальчик начал находить в своей школьной жизни много случаев, где он был неадекватен в отношении учителей. Мальчик осознал, что причиной его неадекватных реакций и сложностей во взаимоотношениях с учителями, как и усвоение учебного материала, является случай с первой учительницей. Далее проходила коррекция по слову «глагол» и было выявлено первичное непонимание смысла данного понятия. После прояснения этого понятия до полного понимания, ребенок увидел его последствие в изучении русского языка. В результате осознания источника своих проблем произошла мобилизация психоэмоционального состояния ребенка к выявленному доминирующему посттравматическому фактору проблемной зоны, что подтвердилось его психофизиологическими показаниями на индикаторе «ИПЭР». Через три месяца мальчик похвастался, что начал получать первые четверки по русскому языку.

Способ коррекции психоэмоционального состояния (патент РФ №2373965) и профилактики неадекватных реакций у детей с использованием аппаратно-программного комплекса «ИПЭР» обеспечивает диагностику существующих не активированных проблемных зон, способствует

предотвращению неадекватных реакций, позволяет устранять субъективные причины нарушения поведения. Можно с уверенностью сказать, что данный способ является инновационным в коррекции и профилактике нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Проблемы нарушения поведения у детей с сенсорными недостатками

Басилова Т.А., МГППУ

basilova@eandex.ru

Диагностика особенностей нарушения психического развития у ребенка предполагает определение сложности и тяжести первичного нарушения. Тяжесть нарушения складывается не только от выраженности и времени поражения нарушенных психических функций, но от определения уровня их поражения. И.А.Соколянский уже в 30-ые годы прошлого века отделял истинную слепоглухоту как поражение периферических отделов слухового и зрительного анализаторов от церебральной недостаточности у ребенка в результате глубокого поражения мозга и выраженной умственной отсталости с нарушением зрения и слуха коркового генеза. Ряд отечественных и зарубежных авторов в 60-ые годы XX столетия отмечали существование двух видов сенсорной недостаточности, принципиально по-разному относящихся к умственному развитию. Это собственно ограничение чувственного опыта ребенка из-за нарушений периферических отделов анализатора и поражения коры головного мозга в других случаях, также ведущие к сенсорной недостаточности. Выделялись периферическая и центральная сенсорная недостаточность [O'Connor N., 1966; М.С.Певзнер, 1966].

Вторичный дефект или социально-психологические последствия первичного, биологического нарушения зависят от своевременной диагностики нарушения и особенностей воспитания и обучения ребенка в семье и образовательных учреждениях. Многие годы исследования психологических особенностей детей с сенсорными нарушениями