

Использование АПК «Активациометр» в психотерапии и целительстве

Оглавление

1. Цагарелли Ю.А. Функциональная музыка как инструмент коррекции детей с ограниченными возможностями здоровья. Учебно-методическое пособие.	2
2. Цагарелли Ю.А. Диагностика эффективности психологической реабилитации лиц, пострадавших в чрезвычайной ситуации.	3
3. Цагарелли Ю.А., Прохорова А.О. Влияние функциональной музыки, массажа и ароматов на психоэмоциональное состояние человека.	7
4. Бурдаков Д.С. Аппаратурная психодиагностика в теории и практике нейропсихологической (нейрокогнитивной) реабилитации.	11
5. Бурлак А.М. Методы исследования психологического статуса у раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхней конечности.	12
6. Dunaeva V. Новый подход к уменьшению стресса и беспокойства психосоматических пациентов.	12
7. Сулейманов Р.Ф., Дакинов А.В., Тубол Е.Е. Саморегуляция психических состояний как основа сбережения здоровья студентов.	13
8. Дакинов А., Иванова М., Тубол Е., Шабалов С. Связь саморегуляции психических состояний и функциональной асимметрии полушарий головного мозга.	14
9. Баянова А. Е., Соловьев В. С., Чирятьева Т. В., Орлов С. А. Психосоматические особенности мужчин, работающих в нефтегазовой промышленности Тюменской области.	15
10. Шумакова Катрин, Шумаков Юрий. Фолдинг-метод двустороннего развития на основе искусства оригами.	17
11. Демченко Е. В. Развитие двигательных-координационных способностей слабослышающих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной верховой езды.	19
12. Дуденков А.А. Коррекция умственной и физической работоспособности студентов средствами дыхательных технологий.	24
13. Мониторинг психосоматического, психологического и нравственного здоровья студентов вуза.	25
14. Гурин В. В., Гончаров Ю.В. Хубиев Х. А. Канаева Е. Ю. Психосамовдохновение – как новый метод здоровьесберегающих технологий в вузе.	26
15. Хоруженко Т. Г. - психолог ОКВ и ОШР ОВО при УВД по Псковской области. Использование психотерапевтической кинезиологии в работе психолога ОВД при реабилитации сотрудников, прибывших из горячих точек.	26
16. БУРЛАК Л.В. ИОНОВА Т.С. СУРХАЕВА Х.Р. Энергоинформационное лечение: - реальность, целесообразность, результаты применения в практике врачей-специалистов.	27
17. Валиева Л., Гогелашвили К., Гусева Ю., Игнатъева О., Шабалов С.Н. Влияние музыки на саморегуляцию психоэмоциональных состояний.	27
18. Александра Маринина. Стилист.	28
19. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга в работе с детьми с РАС.	29
20. Цагарелли Ю.А. Использование методик диагностики и коррекции простой двигательной реакции и сложной реакции выбора в работе с детьми с РАС.	30
21. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики и развития интуиции в работе с детьми с РАС.	32
23. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики лабильности НС в работе с детьми с РАС.	36
24. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики силы НС в работе с детьми с РАС.	37

25. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики динамики работоспособности в работе с детьми с РАС	39
26. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики и коррекции реакции на движущийся объект в работе с детьми с РАС	41
27. Цагарелли Ю.А. Использование методик диагностики и коррекции психоэмоциональных состояний в работе с детьми с РАС	43
28. Специалисты астраханского центра «Коррекция и развитие» ознакомились с новыми возможностями аппаратного комплекса.	47
29. Цагарелли Ю.А., Цагарелли Е.Б. Использование аппаратно-программного комплекса «Активациометр» в практике психотерапии «Recall healing»	48
30. Диагностика и коррекция психологического состояния человека при помощи приборов специального назначения учебно-практической лаборатории МГППУ (к вопросу о реабилитации спасателей, пожарных и военных)	50
31. Мельникова М. В. Пичугина О. Г. Эффективность применения аппаратно - программного комплекса «Бос - здоровье» в коррекции заикания у детей дошкольного и младшего школьного возраста	51
32. Учащиеся познакомились с методом биологической обратной связи, реализуемом с помощью АПК «Активациометр-АЦ-9К»	53
33 Психологический центр «Зеркало»	54
34. Козлова А.В., Галимова Э.В. Влияние средств саморегуляции на психоэмоциональное состояние студентов	54
35. В астраханском кризисном центре прошёл Всемирный день психического здоровья ..	54
36. Цагарелли Ю.А. Прибор «Активациометр» в целительской практике.....	55
37. Замалетдинов И.С. Президентский призыв к развитию нанотехнологий давно реализован в теории и практике целительства	57
38. Цагарелли Ю.А. Диагностика биоэнергетических воздействий и экстрасенсорных способностей.....	58

1. Цагарелли Ю.А. Функциональная музыка как инструмент коррекции детей с ограниченными возможностями здоровья. Учебно-методическое пособие. Казань: МНПО «Акцептор». 2018. / [Электронный ресурс] - URL: www.actseptor.ru

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ

ЧАСТЬ 1. Теоретические основы функциональной музыки

1.1. Использование системного подхода в подборе и применении функциональной музыки

1.2. Принципы и закономерности системного подхода, которые следует учитывать при подборе функциональной музыки и оценке ее эффективности

1.3. Психологические свойства, являющиеся основным объектом и индикатором влияния функциональной музыки

1.3.1. Функциональная сущность активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга

1.3.2. Функциональная сущность психоэмоциональных состояний

1.4. Пример механизма психологического воздействия функциональной музыки на психоэмоциональное состояние ребенка

1.5. Критерии подбора музыкальных произведений

ЧАСТЬ 2. Алгоритм подбора и использования функциональной музыки

2.1. Определение исходного состояния психической активности

2.1.1. Методика диагностики исходного состояния активации, функциональной асимметрии полушарий головного мозга и психоэмоционального состояния

2.1.2. Характеристики АП, ФАП и ПС в практике использования функциональной музыки в коррекционной работе с детьми

2.1.3. Процедура диагностики АП, ФАП и ПС с помощью АПК «Активациометр»

2.1.4. Обработка результатов

2.1.4. Интерпретация результатов

2.2. Определение цели воздействия функциональной музыки

2.3. Подбор функциональной музыки по прилагаемому списку музыкальных произведений

2.4. Диагностика эффекта воздействия функциональной музыки.

2.5. Коррекция эффективности воздействия функциональной музыки

2.6. Диагностика итогового психоэмоционального состояния

Заключение

Литература

Приложение

Полный текст данного учебно-методического пособия смотрите на главной странице сайта www.actseptor.ru

2. Цагарелли Ю.А. Диагностика эффективности психологической реабилитации лиц, пострадавших в чрезвычайной ситуации. // Системная психологическая диагностика с помощью прибора «Активациометр». Казань. Изд-во «Познание» ИЭУП, 2009. С.199-204.

Эффективность психологической реабилитации лиц, пострадавших в чрезвычайной ситуации (ЧС) существенно зависит от психологической диагностики, необходимой на всех этапах реабилитационной работы. При первичном поступлении пациента по результатам диагностики определяют содержание реабилитации. В процессе реабилитации диагностика необходима как средство обратной связи для оперативной коррекции этого процесса. На заключительном этапе диагностика необходима для итоговой оценки результативности проведенной коррекции и рекомендаций по дальнейшей деятельности. Целью психологической реабилитации лица, пострадавшего в ЧС, является восстановление его психических функций, т.е. приведение их показателей к индивидуальной норме. Поэтому результаты диагностики, получаемые на каждом этапе реабилитации, весьма желательны сопоставлять с характеристиками психологического портрета, составленного по результатам диагностики до событий в ЧС.

Для повышения качества и целенаправленности диагностики, используемой при психологической реабилитации лиц, пострадавших в ЧС, необходимо учитывать специфику реабилитационных мероприятий (воздействий). Все многообразие таких воздействий можно разделить на соматические и психологические. В свою очередь соматические воздействия подразделяются на 1) терапевтические (физиотерапевтические, массаж, иглоукалывание, лечебная физкультура и т.д.) и 2) связанные с применением различных веществ органического и неорганического происхождения (лекарственных препаратов,

материалов протезирования, продуктов питания, т.д.). Психологические воздействия подразделяются на 1) воздействия сенсорно-эмоциогенного характера: (освещенность, цветовая гамма, запахи музыка, произведения киноискусства, литературы, живописи и т.д.); 2) связанные с речью (словесные, суггестивные, тренинговые); 3) саморегулирующие.

Процедура диагностики эффективности любых воздействий, предполагает исследование того или иного свойства до и после реабилитационного воздействия и сопоставление полученных результатов между собой. При этом необходимо знать, какие именно свойства подлежат диагностике и какими методами ее лучше осуществлять.

Сама чрезвычайная ситуация, являясь психотравмирующей, влечет за собой целый ряд психосоматических и психологических расстройств. Их количество и тяжесть существенно увеличиваются, если в результате ЧС, наряду с психическими, получены и соматические травмы, особенно – черепно-мозговые. Последствиями посттравматических расстройств (ПТР) являются нарушения билатеральной регуляции полушарий головного мозга, мышления и речи, эмоционально-волевой сферы, двигательных функций, памяти, ощущений и восприятия, внимания и др. При недостаточной реабилитации со временем могут появиться также нарушения личностных и морально-психологических качеств: эмпатии, обязательности, честности, внимательности, психоэмоциональной устойчивости, стабильности, доброжелательности, общительности и др.

Поэтому диагностика, используемая для психологической реабилитации лиц, пострадавших в ЧС, должна включать в себя целый комплекс соответствующих методик и иметь достаточно широкий диагностический охват. Как показывает практика, важным условием решения названных проблем и повышения эффективности психологической реабилитации лиц, пострадавших в ЧС, является использование системной психологической диагностики, представляющей собой целостное исследование важнейших психологических свойств и функций многоуровневой структуры личности на основе системного подхода (Ю.А.Цагарелли 2002).

Аппаратурой для системной психологической диагностики является прибор «Активациометр», позволяющий диагностировать важнейшие свойства основных уровней иерархической структуры человека: соматические, психофизиологические, психические состояния, психические процессы, психологические свойства личности. **Рассмотрим возможности системной диагностики свойств этих уровней на приборе «Активациометр» применительно к задачам психологической реабилитации лиц, пострадавших в ЧС.**

1. Соматические свойства в психологическую структуру личности не входят. Однако целесообразность их диагностики при психологической реабилитации обусловлена, во-первых, определяющей ролью соматической системы для развития психики. Во-вторых, тем, что психологические проблемы у лиц, пострадавших в ЧС, часто связаны с последствиями соматических травм. Соматические свойства диагностируются тремя усовершенствованными нами устройствами: 1) устройством для акупунктурной диагностики, 2) устройством для тестирования по методу Р.Фолля (производного от метода акупунктурной диагностики) и 3) устройством для измерения температуры БАТ.

Устройство для акупунктурной диагностики позволяет диагностировать состояние отдельных органов и организма в целом, особенностей их функционирования.

Устройство для диагностики температуры биологически активных точек способствует существенному расширению и уточнению акупунктурной диагностики. Ибо активация точки наряду с биоэнергетическим имеет и температурный показатель.

Устройство для тестирования по методу Р.Фолля позволяет диагностировать инди-

видуальную совместимость организма или отдельных органов с различными веществами органического и неорганического происхождения (лекарствами, продуктами питания, протезами и др.) а также совместимость между людьми на соматическом уровне.

2. На психофизиологическом уровне эффективность реабилитационных воздействий измеряется с помощью устройства для регистрации активации и функциональной асимметрии полушарий (ФАП) головного мозга. Чем сильнее активизирующее воздействие, тем выше показатели активации полушарий. Снижение же показателей активации свидетельствует о наличии успокаивающего воздействия. Показатель изменения ФАП свидетельствует о преимущественной направленности воздействия на эмоционально-образную или логико-когнитивную сферу пациента.

Кроме того, показатель ФАП может служить индикатором нарушений билатеральной регуляции головного мозга. Так, пациент Р.М. обратился с жалобой на постоянные головные боли. Исследование ФАП с учетом ведущей руки выявило, что у Р.М. активация полушария, отвечающего за логико-когнитивную сферу, почти вдвое выше, чем активация полушария, отвечающего за эмоционально-образную сферу. По результатам же прошлогоднего исследования, совпадающего с результатами психологического анализа индивидуального стиля деятельности, его эмоционально-образная сфера явно преобладала над логико-когнитивной. Причиной столь резкого изменения ФАП явилась черепно-мозговая травма (с сотрясением головного мозга), перенесенная Р.М. Целенаправленная реабилитация, возможно, могла бы восстановить у него генетически обусловленную билатеральную регуляцию. Но, к сожалению, эта задача лечащим врачом даже не ставилась.

В сравнении с другими устройствами для диагностики активации и ФАП «Активациометр» отличается тем, что может использоваться и в полевых условиях, т.к. характеризуется автономностью и компактностью, а также простотой процедуры диагностики и однозначностью интерпретации результатов. Благодаря высокой чувствительности, прибор позволяет диагностировать изменения активации и ФАП под влиянием даже минимальных воздействий. Поскольку у левой показатель ФАП интерпретируется иначе, чем у правой, прибор оснащен устройством для диагностики ведущей руки.

3. На уровне психоэмоциональных состояний (ПС) адекватность и сила реабилитационного воздействия измеряется путем регистрации изменений ПС. Если воздействие повышает психоэмоциональную активность пациента, то показатель ПС увеличивается, а если понижает – уменьшается. Чем сильнее воздействие, тем больше изменяется показатель ПС. В отличие от традиционной аппаратуры для измерения психоэмоциональных состояний путем регистрации КГР, «Активациометр» дает возможность учитывать вклад каждого полушария в общее психоэмоциональное состояние. Благодаря повышенной чувствительности прибор позволяет регистрировать малейшие изменения психоэмоционального состояния под влиянием любых реабилитационных воздействий: суггестивных, терапевтических, музыкальных, медикаментозных, саморегулирующих и др. Имеется ряд производных методик для диагностики характеристик названных воздействий, а также индивидуальной чувствительности пациента к этим воздействиям.

4. На уровне психических процессов об эффективности реабилитации можно судить по результатам диагностики ощущений, восприятия, памяти, мышления, внимания, психомоторики. Результаты диагностики автоматически интерпретируются по стандартным 25-бальным диагностическим шкалам, что позволяет оперативно выявить индивидуальный уровень исследуемого психического процесса и обнаружить факт отклонения от нормы. Это особенно важно для восстановления работоспособности лиц, пострадавших в ЧС. Ибо профессиональные способности представляют собой психические процессы, степень развития (выраженности) которых достаточна для успешного выполнения профес-

сиональной деятельности. При этом разные профессии требуют развития разных способностей. Например, в деятельности сапера велика роль проприорецептивной чувствительности, в деятельности снайпера – глазомера, в деятельности водителя – внимания и т.д.

5. На уровне психологических свойств личности особого внимания заслуживает диагностика на приборе «Активациометр» надежности в экстремальной ситуации и ее компонентов: надежности психомоторной деятельности, психоэмоциональной устойчивости, устойчивости мышления, саморегуляции психических состояний, саморегуляции мышления, стабильности. В первую очередь эта диагностика необходима для профилактики катастрофических последствий ЧС. От надежности в экстремальной ситуации часто зависит здоровье и жизнь спасателей, пожарных, сотрудников спецподразделений и многих других профессионалов при выполнении сложной и ответственной деятельности в условиях ЧС. Лица с низкой надежностью относятся к группе риска, как из-за вероятности невыполнения поставленной задачи, так и из-за вероятности негативных соматических последствий.

Например, лица с низкой психоэмоциональной устойчивостью относятся к группе риска по психосоматическим заболеваниям, т.к. чаще подвержены стрессу. Ухудшение психического состояния, в свою очередь, приводит к ухудшению соматического состояния. Вследствие всего этого формируется так называемый психосоматический цикл, в котором психогенное и соматогенное поочередно выступает в форме то причины, то следствия. Лица с низкой надежностью психомоторной деятельности чаще рискуют получить в условиях ЧС физическую травму из-за понижения точности и своевременности психомоторных реакций на опасность. Лицам с низкой устойчивостью мышления грозит вероятность принятия в условиях ЧС неадекватных решений, чреватых катастрофическими последствиями.

Вместе с тем, диагностика надежности и ее компонентов необходима при их формировании. Аналогичный интерес представляет диагностика и других психологических свойств личности: тревожности, эмоциональной реактивности, склонности к риску и т.д. Являясь устойчивыми психологическими образованиями, они формируются в результате повторений соответствующих психических состояний и психических процессов. Так, частые состояния тревоги формируют тревожность как психологическое свойство личности и т.д. Поэтому личностные свойства являются своеобразными индикаторами индивидуально-типологических особенностей соответствующих психических состояний и процессов. В свою очередь, личностные свойства обуславливают соответствующие психические состояния. Например, у лиц с высокой эмоциональной реактивностью те или иные раздражители вызывают более сильные эмоциональные реакции, чем у лиц с низкой эмоциональной реактивностью и т.д. Это целесообразно учитывать при планировании реабилитационных и профилактических мероприятий.

В заключение отметим, что методы системной диагностики человека, реализуемые на приборе «Активациометр», применимы не только для психологической реабилитации лиц, пострадавших в ЧС, но и для профессионального психологического отбора специалистов по чрезвычайным ситуациям, психологического сопровождения их деятельности, профилактики психологических и психосоматических расстройств.

3. Цагарелли Ю.А., Прохорова А.О. Влияние функциональной музыки, массажа и ароматов на психоэмоциональное состояние человека. // Системная психологическая диагностика с помощью прибора «Активациометр» Казань: ИЭУП. 2009

...В результате теоретического анализа методов воздействия на психоэмоциональное состояние человека выявлено, что все методы в той или иной степени благотворно влияют на человека. Но для реализаций методов требуются определенные условия, которые иногда бывает трудно создать. Для широкого практического использования более приемлемы доступные методы. К ним относятся: ароматерапия, тактильное воздействие и воздействие функциональной музыкой. Эти методы наиболее просты в применении, не требуют особых условий проведения. Их можно использовать без предварительной подготовки клиента. Важно, что они наиболее сильно влияют на психоэмоциональное состояние человека. Это самые древние методы воздействия на человека.

Предметом нашего эмпирического исследования явилось влияние функциональной музыки, массажа и ароматов на психоэмоциональное состояние человека. Метод воздействия музыкой описан Ю.А.Цагарелли (2002), массажем - В.И. Васечкиным (2002) и ароматами - Е.И. Торговцевым (2004).

Исследование проводилось в кабинете психоэмоциональной разгрузки казанского гостиничного комплекса «Мон Плаизиг». В исследование принимало участие 55 человек. Все они медики, с высшим и средне-специальным медицинским образованием. Все испытуемые работают в ночные часы по скользящему графику. Работа связана со стрессами, нервными перенапряжениями, переутомляемостью.

На 1 этапе исследования были произведены измерения: индивидуально-типологических характеристик психоэмоционального состояния, активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга. Было произведено по 10-12 ситуативных замеров и по их результатам подсчитаны индивидуально-типологические показатели.

На 2 этапе на каждого испытуемого было произведено по 8 воздействий: четыре тонизирующих воздействия и четыре релаксирующих воздействия, по 1 воздействию в день. Воздействовали поочередно музыкой, ароматами, массажем, а также комплексом этих воздействий.

Длительность каждого воздействия 7-10 минут.

Исследование проводилось с помощью прибора «Активациометр АЦ-6». Использовались методики Ю.А. Цагарелли (2002): диагностики воздействий, диагностики психоэмоционального состояния, диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга, диагностики психоэмоциональной устойчивости, диагностики ведущей руки (как вспомогательный метод для интерпретации типа эмоционального реагирования). Для статистической обработки результатов использовался t-тест Стьюдента, метод корреляций Пирсона, метод вычисления среднеарифметических показателей, а также методы статистической обработки результатов системной диагностики Ю.А.Цагарелли (2002).

Результаты исследования и их интерпретация.

1. Выявлено, что на воздействие релаксирующей музыкой в большей степени реагирует полушарие, отвечающее за образное мышление. Средний уровень воздействия является существенным (14 баллов из 25 возможных), а в ряде случаев – еще сильнее. Так, у испытуемого Ч.Л.И. показатель активации полушария, отвечающего за образное мышление под влиянием Andante из четвертой симфонии Моцарта, понизился более, чем в два раза (от 36 делений шкалы до 16).

При воздействии тонизирующей музыкой в большей степени активизируется полушарие, отвечающее за логическое мышление. Средний уровень воздействия Брандербургского концерта И.С.Баха является небольшим (8 баллов). Это хорошо согласуется с дан-

ными исследованиями Ю.А.Цагарелли [1986], где выявлено, что Брандербургский концерт И.С.Баха активизирует когнитивную деятельность.

Таким образом, седативное (релаксирующее) музыкальное воздействие оказалось гораздо сильнее, чем тонизирующее. При сопоставлении коэффициентов воздействия выявлено статистически достоверное различие ($p < 0,001$). Возможно это связано с тем, что тонизирующий эффект обуславливается прежде всего влиянием на парасимпатическую систему, которая изначально находится в более высоком тоне, чем симпатическая. Поэтому расслабление наступает легче и быстрее, чем тонизация.

По результатам t-теста Стьюдента различия между фоновыми показателями и показателями после воздействия релаксирующей и тонизирующей музыкой выше ($p < 0,001$), чем различия, полученные при сопоставлении типологических показателей с показателями после воздействия релаксирующей и тонизирующей музыкой ($p < 0,001$). Из этого следует, что нам удалось скорректировать психоэмоциональное состояние и активацию полушарий таким образом, чтобы приблизить человека к его типологическому психоэмоциональному состоянию. Это хорошо соответствует закону начальных значений Н.М.Пейсахова (1984), согласно которому завышенные показатели снижаются, а заниженные – повышаются, т.е. показатели стремятся к оптимальному уровню.

Таким образом, функциональная музыка способна скорректировать психоэмоциональное состояние человека, приближая его к оптимуму. При этом, релаксирующая музыка больше воздействует на полушарие, отвечающее за образное мышление, а тонизирующая - на полушарие, отвечающее за логическое мышление.

2. В результате исследования было установлено, что массаж - эффективный метод воздействия на психоэмоциональное состояние человека. Об этом свидетельствуют среднеарифметические коэффициенты воздействия как релаксирующего, так и тонизирующего массажа (соответственно 14 и 8 баллов). При этом релаксирующий массаж действует значительно сильнее тонизирующего ($p < 0,001$).

Рассмотрим воздействие массажа на примере испытуемого Ф.Ф.Р. В результате воздействия тонизирующим массажем его психоэмоциональное состояние повысилось от 36 до 45 делений, т.е. на 9 делений. После воздействия релаксирующим массажем психоэмоциональное состояние понизилось от 96 до 26 делений, т.е. на 70 делений (в 3,7 раза). Таким образом, релаксирующий массаж действует сильнее тонизирующего в 7,8 раза.

Во-первых, это можно объяснить тем, что как после тонизирующего, так и после релаксирующего массажа происходит выделение организмом естественных болеутоляющих веществ – эндорфинов, которые, в свою очередь, стимулируют естественную эйфорию. Поэтому, даже после тонизирующего массажа человек сначала расслабляется. Массаж снимает мышечное напряжение, улучшая циркуляцию крови. Возросший кровоток обеспечивает доставку большого количества кислорода и питательных веществ. Это повышает общий уровень энергии организма. Поэтому с помощью массажа можно быстрее достичь релаксации, чем тонизации.

Во-вторых, здесь, видимо проявляется феномен, аналогичный вышеописанному феномену значимо более сильного воздействия релаксирующей музыки в сравнении с тонизирующей. При воздействии, как тонизирующим, так и релаксирующим массажем у большинства испытуемых активизировалось левое полушарие, более чувствительное к положительной эмоциональной стимуляции. Можно предположить, что это происходит из-за включения процессов выделения головным мозгом химического вещества бета-эндорфина, способного вызывать эйфорию и настраивать на положительные эмоции.

При воздействии релаксирующим массажем в большей степени активизируется полушарие, отвечающее за логическое мышление ($p < 0,01$), а при воздействии тонизирующим массажем - полушарие, отвечающее за эмоционально образное мышление. Это объясняется тем, что массаж действует через тактильную чувствительность и явно больше вызывает эмоциональных переживаний, чем логического осмысления.

Отметим также, что массаж оказался эффективным средством оптимизации как психоэмоционального состояния, так и уровня активации полушарий. Под влиянием массажа параметры этих показателей значимо приблизились к типологическим ($p < 0,01$).

3. Выявлено, что ароматы, как релаксирующие, так и тонизирующие, способствуют возвращению психоэмоционального состояния в оптимальную зону. Это видно на примере испытуемого Р.Ю.П.. В результате воздействия релаксирующими ароматами показатель его психоэмоционального состояния от напряженного (58 делений) вернулся к типологическому (35 делений). На психоэмоциональное состояние один и тот же аромат может оказывать различный эффект. Эфирное масло, проникая в организм человека как бы «напоминает» ему, как нужно работать правильно, в результате включаются собственные механизмы восстановления. Таким образом, ароматы способны корректировать психоэмоциональное состояние человека, приближая его к оптимуму.

Интересно отметить, что после воздействия как тонизирующими, так и релаксирующими ароматами активизируется полушарие, отвечающее за логическое мышление. Возможно, это обусловлено апперцепцией. Поскольку исследуемые являются медицинскими работниками, они специфически воспринимают ароматы, анализируя их исходя из своего опыта.

4. Выявлено, что комплексное релаксирующее воздействие музыкой, массажем и ароматами является наиболее сильным по сравнению с другими исследуемыми воздействиями. Коэффициент воздействия равен 15 баллам. Это объясняется тем, что воздействие релаксирующей музыки наслаивается на воздействие релаксирующего массажа и релаксирующего аромата. Поэтому релаксирующий эффект увеличивается. Массаж улучшает проникновение эфирных масел в подкожное депо и кровеносное русло, которое оказывает рефлекторное действие через нервные окончания кожи и обонятельного аппарата, а музыка еще больше увеличивает релаксирующее воздействие, настраивая эмоции человека. Однако, в сравнении с релаксирующим, комплексное тонизирующее воздействие музыкой, тонизирующим массажем и ароматом гораздо слабее. Коэффициент воздействия равен 9 баллам. Возможно, это связано с тем, что тонизирующий эффект обуславливается прежде всего влиянием на парасимпатическую систему, которая изначально находится в более высоком тоне, чем симпатическая. Поэтому тонизация меньше по уровню и наступает медленнее.

Таким образом, воздействие релаксирующей музыки, массажа и ароматов увеличивается при их объединении. Комплексное же релаксирующее воздействие сильнее комплексного тонизирующего воздействия.

5. Выявлено, что комплексное релаксирующее воздействие музыкой, массажем и ароматами в большей степени активизирует полушарие, отвечающее за образное мышление. При комплексном же тонизирующем воздействии музыкой, массажем и ароматами в большей степени активизируется полушарие, отвечающее за логическое мышление.

6. Из отдельных видов исследуемых релаксирующих воздействий на первом по эффективности месте оказалась релаксирующая музыка (15 баллов). На втором месте - релаксирующий массаж (14 баллов) и на третьем месте релаксирующие ароматы (11 баллов). При этом релаксирующие воздействия музыки и массажа, будучи почти равными между собой, существенно превосходят воздействие ароматов. Столь существенное отставание воздействия ароматами, возможно, связано с тем, что эфирным маслам не свойственно узко специфическое действие. Кроме того структуры «обонятельного мозга» эволюционно гораздо древнее многих других структур головного мозга и реакция организма человека на запахи зачастую не осознается. Поэтому эффект от восприятия запаха оказался менее заметен.

7. Из отдельных видов исследуемых тонизирующих воздействий музыка по эффективности оказалась на последнем (третьем) месте оказалась музыка (6 баллов). Второе место заняли тонизирующие ароматы (8 баллов), а первое - тонизирующий массаж (9 баллов). Превосходство эффективности тонизирующего массажа можно объяснить тем, что,

являясь контактным методом воздействия, он улучшает циркуляцию крови. Это повышает доставку кислорода и питательных веществ кровотоком, что, в свою очередь, повышает общий уровень энергии организма.

8. Несмотря на то, что музыка воздействует через слуховой анализатор, а ароматы – через обонятельный, психологические механизмы этих воздействий имеют определенное сходство. Об этом свидетельствует корреляция между коэффициентами воздействия тонизирующей музыкой и релаксирующего аромата ($r= 0,34$; $p?0,01$). Резюмируя вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

1. Выявлена высокая эффективность воздействия функциональной музыкой. При этом релаксирующая музыка больше влияет на полушарие, отвечающее за образное мышление, а тонизирующая музыка на полушарие, отвечающее за логическое мышление. Поскольку образное мышление гораздо быстрее логического релаксирующая музыка воздействует быстрее, чем тонизирующая.

2. Воздействие релаксирующим массажем сильнее, чем тонизирующим массажем, т.к. после любого массажа человек сначала расслабляется за счет выделения в кровь эндорфинов и только после расслабления тонизируется за счет увеличения кровотока и повышения уровня энергии организма. Релаксирующий массаж, действуя через тактильную чувствительность, вызывает эмоциональные переживания. Поэтому при воздействии релаксирующего массажа активируется полушарие, отвечающее за образное мышление, а при тонизирующем массаже – полушарие, отвечающее за логическое мышление.

3. Выявлено, что ароматы, как тонизирующие, так и релаксирующие приближают психоэмоциональное состояние к оптимуму. Воздействие ароматов как релаксирующих, так и тонизирующих активируют полушарие, отвечающее за образное мышление.

4. Сочетание релаксирующей музыки, массажа и ароматов усиливает воздействие на психоэмоциональное состояние человека. Комплексное релаксирующее воздействие музыкой, массажем и ароматами эффективно для проведения психокоррекции и имеет выраженный седативный эффект.

5. Комплексное тонизирующее воздействие слабее, по сравнению с комплексным релаксирующим воздействием. Возможно, это связано с тем, что тонизирующий эффект обуславливается прежде всего влиянием на парасимпатическую систему, которая изначально находится в более высоком тоне, чем симпатическая. Поэтому тонизация наступает медленнее.

6. Несмотря на то, что музыка воздействует через слуховой анализатор, а ароматы – через обонятельный, психологические механизмы этих воздействий имеют определенное сходство.

7. Практика использования результатов исследования в работе кабинета психоэмоциональной разгрузки водолечебницы казанского гостиничного комплекса «Mon Plazir», а так же медицинским персоналом фирмы «Wellnesstower» г.Вены, показала, что данные результаты можно использовать в кабинетах психоэмоциональной разгрузки различных организаций

8. Прибор Активациометр зарекомендовал себя как надежное средство диагностики эффективности воздействий музыкой, массажем и ароматами на психоэмоциональную и когнитивную сферы человека.

4. Бурдаков Д.С. Аппаратурная психодиагностика в теории и практике нейропсихологической (нейрокогнитивной) реабилитации // Материалы III международной научно-практической конференции "развитие научного наследия А.Р. Лурия в отечественной и мировой психологии"

Источник: window.edu.ru/Каталог/.../68108/41491?p_page=11

...В арсенале методов нейропсихологической диагностики функциональной асимметрии полушарий (ФАП) головного мозга, наряду с традиционными методами (опросники, анкетирование, Луриевские пробы), разрабатываются и активно внедряются в практическую деятельность психологов аппаратурные методы. Примером может служить прибор «Активациометр АЦ-9К» для системной психологической диагностики человека, одним из многочисленных достоинств которого является возможность диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга (Ю.А. Цагарелли, 2002).

Активация полушарий (АП) головного мозга обусловлена двумя основными факторами: количеством задействованных нейронов и степенью их возбуждения. Если активация одного полушария преобладает над активацией другого – это свидетельствует о наличии ФАП, если полушария активированы одинаково – о межполушарной уравновешенности.

Применение аппаратурных методов диагностики АП и ФАП на разных этапах разработки и внедрения методов восстановительного обучения обеспечивает учет психофизиологического принципа контроля, т.к. он позволяет исследовать четыре основных характеристики АП и ФАП:

- 1) ситуативную, отражающую показатели АП и ФАП в той или иной конкретной ситуации (возбуждения, утомления и пр.);
- 2) индивидуально-типологическую, отражающую индивидуально-типологические особенности АП и ФАП, характерные для данного пациента (устойчивые, генетические психофизиологические особенности);
- 3) деятельность-ситуативную, отражающую показатели АП и ФАП в единичной ситуации деятельности;
- 4) деятельность-стереотипную, отражающую типичные особенности АП и ФАП, проявляющиеся в деятельности (данная характеристика тесно взаимосвязана с индивидуальным стилем деятельности).

Исследуя все четыре характеристики АП и ФАП можно выявлять нагрузку методов восстановительного обучения на доминантное или субдоминантное полушарие (что обеспечивает выполнение основных требований при разработке методов – адекватность методов механизму нарушения, их «обходимость», опосредованность и пр.), а также правильность подбора препаратов (их доз, сочетаний), воздействующих на головной мозг, при фармакотерапии.

Использование аппаратурных методов диагностики ФАП позволяет:

- 1) повысить надёжность мероприятий при разработке и внедрении методов восстановительного обучения,
- 2) обеспечить адекватность подбора методов восстановительного обучения для каждого пациента (в зависимости от индивидуальных показателей АП и ФАП),
- 3) контролировать психофизиологическую нагрузку методов восстановительного обучения на полушария головного мозга на всех этапах нейропсихологической (нейрокогнитивной) реабилитации.

5. Бурлак А.М. Методы исследования психологического статуса у раненых с вертеброгенными осложнениями при боевой травме верхней конечности. // Материалы I - Международного научно-теоретического Конгресса Народной медицины РК «Прошлое, настоящее и будущее». Алматы, 16-18 сентября, 2004 г.

Источник: bfveteran.ru...ranenyh...issledovaniya...statusa-u...

Для интегральной оценки психоэмоционального статуса применялся программно-аппаратный комплекс "Активациометр", включающий в свой состав прибор АЦ-9К и специальное программное обеспечение.

Активациометр (рис. 2.6.) позволяет изучать процессы саморегуляции на когнитивном (мыслительном) уровне, а также эмоциональном и вегетативном уровнях. Количественная характеристика психоэмоционального статуса дается в баллах от минус 25 до плюс 25 с точностью до 0,01. Достоверность диагноза с помощью предложенного устройства составляет от 76 до 91%. Статистическая обработка материалов проводилась с применением алгоритмов параметрической статистики и дисперсионного анализа.

ПО МАТЕРИАЛАМ: "I - Международного научно-теоретического Конгресса Народной медицины РК, прошлое, настоящее и будущее". (Алматы, 16-18 сентября, 2004 г.)

6. Dunaeva V. Новый подход к уменьшению стресса и беспокойства психосоматических пациентов // Международный журнал социальных наук Номер ISSN 2454-5899 Том 3 Выпуск 3, стр. 100-107. 16 ноября 2017. Пер.с англ. Доступно в Интернете по адресу: <http://grdspublishing.org/100>

Источник: <https://www.grdspublishing.org/index.php/people/article/view/830/735>

Аннотация

Психосоматические заболевания - это условия, в которых у человека имеются физические симптомы, которые возникают по психологическим причинам. Лечение психосоматических расстройств включает как терапевтическое, так и психологическое обслуживание. Оборудование для психологической диагностики позволяет определить силу – слабость центральной нервной системы, ее подвижность и чувствительность, психоэмоциональную устойчивость человека, а также выявить защитные механизмы и индексный уровень стресса. Исходя из моей практики, открытие детских травм, а также понимание сильных характеристик самопознания и коррекция защитных механизмов могут сыграть важную роль в повышении эмоционального комфорта и физического здоровья психосоматических больных.

...Чарни обнаружил, что биология депрессии, тревожных расстройств и фобий была связана с дисфункцией системы гормонов стресса, который влияет на схемы и сети мозга, участвующих в регуляции настроения и естественной способности реагировать на стресс.

...физическое состояние пациентов сильно зависит от их способности справляться со стрессом и тревогой в повседневной жизни.

Прихожу к выводу, что результаты десенсибилизации и перерабатывающей терапии движения глаз становятся более мощными и долговечными, когда я включаю психологическую диагностику, выполняемую с использованием современных методов и приборов.

... 4. Устройства Активациометр и Биотест (Activaciometr and BIOTEST)

Одним из инновационных неинвазивных устройств для психологической диагностики является **Активациометр**, который был создан в результате более чем 30-летнего опыта команды российских ученых (Цагарелли, 2009). **Активациометр**, измеряя конкретные

физические параметры, позволяет сделать выводы относительно силы – слабости центральной нервной системы, ее подвижности, психоэмоциональной устойчивости и чувствительности. Один из методов состоит в объяснении ведущих мыслительных процессов, которые соответствуют доминированию одного из полушарий мозга. Каждое полушарие доминирует в управлении различными функциями. Исследователи мозга приписывают правому полушарию целостный (всеобъемлющий) и интуитивно понятный способ познания, противоречащий более рациональному и аналитическому функционированию левого полушария – обычно доминирует одно из полушарий. Это важно для понимания пути общения человека с внешним миром. Помогает в межличностных контактах и обнаружении стимулов, вызывающих специфические эмоциональные и физиологические реакции. С использованием устройства **Активациометр**, можно диагностировать, помимо функциональной асимметрии полушарий, и то, каков самоконтроль в экстремальных ситуациях и склонность брать на себя риски. Методы, применяемые в этом устройстве, также направлены на определение психоэмоционального стресса, который зависит от многих факторов, включая силу-слабость нервной системы и ее подвижность.

Я доказала, что **Активациометр** можно эффективно использовать для диагностики и коррекции психологического комфорта (понимаемого как оптимальное функциональное состояние) человека.

Биотест -это еще одно современное устройство, которое я использую в своей работе с психосоматическими пациентами. Это особенно полезно для оценки эффектов сеансов ДПДГ. Биотест регистрирует фотоплетизмограмму частоты сердечных сокращений от датчика-клип размещенного на пальце. Он анализирует данные сигнала пульсовой волны сокращения сердца, основываясь на традиционных методах восточной медицины и методах диагностики состояния человека, в зависимости от варибельности сердечного ритма. Этот прибор позволяет проверить уровень интенсивности стресса и адаптации организма пациентов.

Важно подчеркнуть, что оба прибора **Активациометр** и Биотест обеспечивает точные воспроизводимые результаты в течение короткого времени.

5. Выводы.

Действительно, существуют более инновационные методы снижения стресса и беспокойства психосоматических больных и повышения комфорта их повседневной жизни. Одним из них является, например, нейрофидбек, которым я также занимаюсь как тренировкой функции мозга, в психологической терапии с 2016 года. Я считаю, что метод биоуправления способствует психосоматическим пациентам, смотрящим на то, каким образом действует их мозг, помогая им соблюдать тесную связь между умом и телом.

...Я считаю, что у каждого из нас есть потенциал для самовосстановления, главная задача психолога-помочь пациентам получить доступ к своим внутренним ресурсам. Как показывает моя практика, сочетание десенсибилизации движения глаз и терапии повторной обработки EMDR и инновационной психологической диагностики с последующим методом нейрофидбека имеет много возможностей для психосоматических пациентов.

7. Сулейманов Р.Ф., Дакинов А.В., Тубол Е.Е. Саморегуляция психических состояний как основа сбережения здоровья студентов.// Ананьевские чтения - 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г. / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. - СПб.: Скифия-принт. - С. 518-519.

Умение регулировать свое психическое состояние может рассматриваться как одна из проблем, решение которой позволит сохранить здоровье студентам ВУЗа. Нами была предпринята попытка рассмотреть как саморегуляция психическим состоянием взаимосвязано с активностью полушарий головного мозга. За счет активности какого полушария ле-

вого (связанного с абстрактно-логическим мышлением) или правого (связанного с эмоционально-образным мышлением) головного мозга эффективнее происходит саморегуляция психоэмоциональных состояний. Анализ психологической литературы показал, что такого рода исследования в нашей стране проводилось недостаточно. Для эксперимента была выбрана группа студентов-психологов (9 человек) 17-22 лет. В исследовании использовался прибор «Активациометр», при помощи которого измерялась активность психоэмоционального состояния (ПС) и функциональная асимметрия полушарий (ФАП) головного мозга.

Эксперимент состоял из 2-х этапов. Каждый этап длился 4 мин. На 1 этапе задача испытуемого – понизить активность ПС (2 мин), затем повысить (2 мин). На 2 этапе наоборот – повысить активность ПС (2 мин), а затем понизить (2 мин). Мы использовали обратное позиционное уравнивание, когда предъявляются условия в определенном порядке, а затем делается это еще раз, изменяя порядок на противоположный. Это дает возможность контролировать эффект последовательности. В эксперименте использовалась одна музыка для всех: активная для повышения и лирическая для понижения психоэмоционального состояния.

Эксперимент показал: на 1 этапе при понижении ПС, а затем повышении, частота сдвигов у испытуемых осуществлялось по-разному: при понижении ПС, снижение наблюдалось у 6 человек, а повышение у 3-х. При повышении ПС, у 7-х испытуемых ПС повысилось, а у 2-х испытуемых наблюдалось понижение. При этом понижение с повышением (как это предполагалось инструкцией) наблюдалось лишь у 5-х испытуемых, Повышение-повышение наблюдалось у 2-х испытуемых, понижение-понижение у 1-го и повышение-понижение – у 1-го испытуемого.

Таким образом, у 55,5 % испытуемых наблюдается эффективная саморегуляция психическим состоянием.

На 2 этапе при повышении-понижении, повысили свое ПС всего трое испытуемых, 5 человек – его понизили, и у одного наблюдалось отсутствие изменения ПС. При понижении (по инструкции) у 6 наблюдалось снижение ПС, у 3-х повышение. Повышение-понижение, как было определено инструкцией, наблюдалось лишь у 2-х испытуемых.

Таким образом, мы видим, что процессы саморегуляции происходят эффективнее в порядке понижения, а затем повышения, что необходимо учитывать в процессе проведения тренингов.

Что касается изменений функциональной асимметрии полушарий головного мозга, то результаты показали, что при повышении психоэмоционального состояния по всей группе частота сдвига ФАП в сторону правополушарности, левополушарности и межполушарной симметрии осуществлялось равномерно, а при понижении – изменение по ФАП в основном осуществлялось со сдвигом в сторону правополушарности (у 8 из 9 испытуемых; при $p \leq 0,05$). Таким образом, «расслабление» в целом происходило за счет эмоционально-образного мышления. Эту этапность необходимо учитывать на практике для повышения эффективности саморегуляции.

Таким образом, выявленные закономерности по саморегуляции психического состояния студентами и учет их на практике позволят облегчить образовательный процесс в ВУЗе, и способствовать сохранению здоровья.

8. Дакинов А., Иванова М., Тубол Е., Шабалов С. Связь саморегуляции психических состояний и функциональной асимметрии полушарий головного мозга. // Казанские научные чтения студентов и аспирантов – 2012: материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов и аспирантов (21 декабря 2012 г.). – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – С. 181.

В работе предпринята попытка рассмотреть вопрос за счет активности какого полушария левого (связанного с абстрактно-логическим мышлением) или правого (связанного с эмоционально-образным мышлением) головного мозга эффективнее происходит саморегуляция психоэмоциональных состояний. Анализ психологической литературы показал, что такого рода исследования в нашей стране не проводились. Для эксперимента была выбрана группа студентов-психологов (9 человек) 17-18 лет. В исследовании использовался прибор «Активациометр», при помощи которого измерялась активность психоэмоционального состояния (ПС) и функциональная асимметрия полушарий (ФАП) головного мозга.

Эксперимент состоял из 2-х этапов. Каждый этап длился 4 мин. На 1 этапе задача испытуемого – повысить активность ПС (2 мин), затем понизить (2 мин). На 2 этапе – понизить активность ПС (2 мин), а затем повысить (2 мин). Мы использовали обратное позиционное уравнивание, когда предъявляются условия в определенном порядке, а затем делается это еще раз, изменяя порядок на противоположный. Это дает возможность контролировать эффект последовательности. В эксперименте использовалась музыка: активная для повышения и лирическая для понижения психоэмоционального состояния для всех одинаковая. Эксперимент показал:

1. На 1 этапе при повышении психоэмоционального состояния по всей группе частота сдвига в сторону правополушарности, левополушарности и межполушарной симметрии осуществлялось равномерно, а понижение – в основном осуществлялось со сдвигом в сторону правополушарности (у 8 из 9 испытуемых; при $p \leq 0,05$). Таким образом, «расслабление» в целом происходило за счет эмоционально-образного мышления.

2. На 2 этапе при понижении, а затем повышении частота сдвигов у испытуемых осуществлялось по-разному, равномерно в сторону лево-, правополушарности и межполушарности.

9. Баянова А. Е., Соловьев В. С., Чирятьева Т. В., Орлов С. А. Психосоматические особенности мужчин, работающих в нефтегазовой промышленности Тюменской области. // Журнал Университетская медицина Урала. Номер 2-3 (2-3), том 1, 14 декабря 2015 г. с.10-13.

Источник eanw.info/enzilkopedia/system-diagnostik.pdf

У здоровых мужчин и мужчин с имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями, работающих в нефтегазовой промышленности, были изучены психофизиологические особенности личности в зависимости от степени адаптации.

Показано, что на адаптационные способности организма могут оказывать влияние сила нервной системы и психоэмоциональная реактивность.

...Нами обследовано 135 работающих в нефтегазовой отрасли мужчин в возрасте от 35 до 60 лет.

Личностную тревожность (ЛТ) и ситуативную (СТ) и определяли по опроснику Спилбергера-Ханина. Для определения психоэмоционального состояния (ПС) испытуемых мы использовали «Активациометр АЦ-6» [14]. Для определения силы и подвижности нервной системы (НС), а также в качестве психоэмоциональной нагрузки, был применен «теппинг-тест», разработанный Е. П. Ильиным [5]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6.

Сила НС по методике Теппинг-тест определяется с помощью построения графика динамики количества точек в квадрате. Для облегчения визуального анализа полученных результатов мы построили усредненные графики для каждой группы.

График группы А имел ровный вид с подъёмом количества точек в шестом квадрате, что говорит о преобладании средне-сильного типа НС среди мужчин этой группы [13].

График группы В имел нисходящий вид с незначительным повышением к 6-му квадрату, что характеризует средне-слабый тип НС мужчин с напряжением механизмов адаптации.

В группах мужчин с сердечно-сосудистыми нарушениями графики характеризовали слабость НС (большая часть графика находится ниже начальной точки [5]). В группах с удовлетворительной адаптацией и напряжением адаптации количество точек в последнем квадрате ($29,29 \pm 1,04$ точек в группе С и $29,37 \pm 0,48$ точек в группе D) статистически достоверно было ниже ($p < 0,001$), чем в первом ($32,52 \pm 1,21$ точек в группе С и $31,74 \pm 0,74$ точек в группе D).

В группе В с напряжением механизмов адаптации у 42% мужчин была сильная НС, у 37% средняя, у 21% – слабая. Следовательно, в группе с удовлетворительной адаптацией большая часть мужчин отличался сильным типом НС. В группах здоровых мужчин различия в процентном соотношении по силе НС были более выражены, чем в группах с нарушениями кардиогемодинамики. В группе мужчин с сердечно-сосудистыми нарушениями с удовлетворительной адаптацией 42% отмечено со слабой НС, 29% мужчин со средней, и 29% с сильной НС. В группе D с напряжением механизмов адаптации всего у 16% мужчин была слабая НС, 45% средняя и у 39% мужчин сильная НС.

Психоэмоциональное состояние человека отражает работу его вегетативной НС, уравновешенность процессов торможения и возбуждения. Значения индивидуально-типологического ПС в группе здоровых мужчин с напряжением механизмов адаптации были незначительно выше ($88,54 \pm 14,30$ у. е.), чем в группе здоровых мужчин с удовлетворительной адаптацией ($69,69 \pm 10,04$). В группах мужчин с нарушениями кардиогемодинамики значения ПС оказались меньше, чем у здоровых и составили от $61,15 \pm 7,81$ у. е. в группе D до $56,56 \pm 7,81$ в группе E ($p > 0,05$).

Изучение изменений ПС позволяет оценить не только реактивность центральной и периферической НС, но и адекватность реакции возбуждения на незначительные раздражители, что говорит об адаптивности (ориентировочный рефлекс) [9]. В нашем исследовании в ответ на выполнение теппинг-теста значения ПС статистически достоверно увеличились в группе мужчин с удовлетворительной адаптацией $p < 0,05$ со значений $59,12 \pm 9,15$ у. е. возросли до $71,69 \pm 10,76$ у. е.. В группе здоровых мужчин с напряжением механизмов адаптации различия были не значительны ($87,79 \pm 13,61$ у. е. до нагрузки и $96,10 \pm 16,83$ у. е. после). Значения ПС в покое в этой группе изначально были выше, чем в группе мужчин с удовлетворительной адаптацией, что может объяснить наличие резистентности к нагрузке, защищающей от психоэмоционального возбуждения и позволяющей экономить энергетические силы организма или «законом исходной величины» [5].

В группе мужчин с дисфункцией кардиогемодинамики с удовлетворительной адаптацией в ответ на выполнение теппинг-теста возросли значения ПС ($p < 0,05$) с значений $58,50 \pm 10,21$ у. е. до $68,19 \pm 10,98$ у. е.. В группе D с напряжением механизмов адаптации ПС со значения в $55,78 \pm 4,73$ у. е. выросло после теста до $64,00 \pm 4,32$ у. е., $p < 0,01$, что характеризует, на наш взгляд, повышенную реактивность. В группе E с неудовлетворительной адаптацией подъем значений ПС был незначительный с $56,80 \pm 7,25$ у. е. до $59,70 \pm 8,28$ у. е.

Заключение.

Исследованиями установлено, что уровень ситуативной и личностной тревожности обследованных мужчин достоверно не различался в группах с различной степенью адаптации. Для мужчин с удовлетворительной степенью адаптации был характерен средне-сильный тип нервной системы, а для мужчин с напряжением механизмов адаптации – средне-слабый.

Мужчины с кардиологическими заболеваниями отличались слабой нервной системой, что подтвердилось статистически. В группе мужчин с кардиологическими нарушениями и напряжением механизмов адаптации реакция характеризовала повышенную реактивность.

Таким образом, на адаптационные способности работающих в нефтегазовой промышленности мужчин второго зрелого возраста могут оказывать влияние такие психофизиологические характеристики, как сила нервной системы и реактивность их психоэмоционального состояния.

10. Шумакова Катрин, Шумаков Юрий. Фолдинг-метод двустороннего развития на основе искусства оригами. Ростовский университет. Кафедра психиатрии. 2013. Пер. с англ.

Источник: oriland.com/oriversity/lecture.php?category...ID=03

...Психомоторное развитие детей тесно связано с развитием когнитивных способностей. Анализ структурно-функциональных особенностей двигательных функций показывает, что он обладает чрезвычайно богатой связью, которая совпадает со всеми структурами центральной нервной системы и участвует в их деятельности.

Сказанное дает основание предполагать, что двигательный анализатор имеет особое значение в развитии мозговой деятельности.

...«Фолдинг-метод» двустороннего развития представляет собой специально организованное занятие оригами, предполагающее динамичное развитие методов складывания бумаги

...С помощью активациометра определяли:

Активность левого и правого полушарий, асимметрия активности полушарий и психоэмоциональное состояние. Основано на измерении кожно-гальванической реакции правой и левой рук.

Психомоторные параметры были достигнуты с помощью теста на постукивание. Методика основана на измерении максимальной скорости движения рук. Также параметр тонкой «двигательной способности» измерялся по качеству сгиба.

Также изучена точность способности глаза визуализировать восприятие пространственных отрезков. Вычислили средние ошибки при воспроизведении произведения в мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование «Фолдинг-метода» повышает активность в полушариях головного мозга, что отражается на росте когнитивных способностей. Импульсы от пальцев активируют структуры мозга. Активность правого и левого полушарий фактически возрастает от начала до середины курса. Затем дальнейшая активность полушарий снижается, но остается выше исходного уровня (табл. 1)

Табл. 1. Активность полушарий 8-летних детей на курсе «Фолдинг-метод».

Левое полушарие

	начало	середина	конец
средний	+ 44,8 / 25,4	+ 59,4 / 33,2	+ 49,5 / -29,1
мальчики	+ 50,5 / -26,9	+ 60 / -30,9	+ 56,5 / -27,5
девочки	+ 39 / -24,2	+ 58,8 / -37,6	+ 42,5 / -30,9

Фактический рост от начала до середины курса $t = 2,92$, $n = 15$, $p < 0,05$

Правое полушарие

	начало	середина	конец
средний	+ 49,6 / -28,4	+ 62,8 / -31,3	+ 49 / -22,6
мальчики	+ 56,8 / -31,4	+ 70 / -32	+ 53 / -22,3
девочки	+ 42,5 / -25,2	+ 55,5 / -30,9	+ 45 / -23,7

Фактический рост от начала до середины курса $t = 2,64$, $n = 15$, $p < 0,05$

В динамике активности полушарий на протяжении курса «Фолдинг-метод» выявляются половые и возрастные различия. У детей 8 лет отмечаются колебания асимметрии

активности полушарий при начале работы; у девочек возрастает роль правого полушария, у мальчиков - левая.

У 9-летних детей величина асимметрии активности полушарий была более однородной и, как правило, отмечалась отметка асимметрии в правом полушарии (табл. 3).

...Представляется, что распространенность активности того или иного полушария в течение курса в определенной степени зависит от того, на какой основе они будут выполняться (табл. 4). Это будет согласовано с идеей «подгонки» полушарий в результате активной слаженной работы обеих рук.

Таб. 4. Асимметрия полушарий у детей 9 лет на курсе «Фолдинг - метод» на разной основе.

Фон: урок по русскому языку		
	до	после
средний	+5,9 / -12,8	+7,7 / -11,5
мальчики	+7,8 / -13	+10,1 / -12,2
девочки	+1,8 / -12,3	+2,4 / -8,7
Фон: дневной сон		
	до	после
средний	+5,2 / -7,2	+3 / -13,7
мальчики	+5,1 / -8,8	+4 / -14
девочки	+5,5 / -3,3	+1,2 / -14,2

У детей десяти лет различие между девочками и мальчиками было значительным (Таблица 5). Что касается асимметрии кожно-гальванической реакции рук у мальчиков, то при росте в левом полушарии наблюдался рост асимметрии правого полушария у девочек.

Таб. 5. Фактор асимметрии полушария у детей 10 лет при использовании «Фолдинг-метода».

По методу кожно-гальванической реакции правой и левой рук			
	начало	середина	конец
средний	+ 6,6 / -24,1	+ 4,3 / -22,7	+ 4,7 / -16,7
мальчики	+ 13,6 / -29,3	+ 5,7 / -24,8	+ 6,1 / -9,9
девочки	+ 4,2 / -22,8	+ 3,9 / -22,8	+ 8,3 / -17,2

В группе детей с нарушениями речи активность правого и левого полушарий достоверно возрастает при использовании «фолдингового метода». (Таблица 6).

Таб. 6. Активность полушарий детей 10–15 лет с затруднением речи на уроках по «Фолдинг-методу».

Левое полушарие			
	начало	средний	конец
в среднем	21,8 +/- 13,4	+ 35,2 / -26,2	+ 38,8 / -25,9
мальчики	21 +/- 15,3	+ 22,4 / -11,3	+ 30 / -28,7
девочки	22,6 +/- 12,3	+ 48 / -31,2	47,5 / -21 +
Аутентичный рост от начала до конца курса $t = 4,29, n = 15, p < 0,05$			
Правое полушарие			
	начало	середина	конец
средний	+ 29 / -15,5	+ 42,4 / -23,8	+ 46,3 / -27,7
мальчики	+ 23 / -12,3	+ 37 / -22,3	+ 42,6 / -25,8
девочки	+ 35 / -16,7	+ 47,9 / -25,6	+ 50 / -30,7

Аутентичный рост от начала до конца курса $t = 3,41, n = 15, p < 0,05$

У девочек наблюдался рост асимметрии левого полушария, у мальчиков - асимметрия правого полушария (табл. 7). Большая активность правого полушария у детей с нарушениями речи во время работы может быть объяснена тем, что в этой группе все были правши, но по генетическим признакам большинство составляют левши 25% и двусмысленные 43,75%. Таким образом, активация доминирующей руки сильно повлияла на активность контралатерального полушария.

Tab. 7.

Фактор асимметрии полушария у детей 10-15 лет с нарушениями речи в ходе курса «Фолдинг-метод».

По методу кожно-гальванической реакции правой и левой рук

	начало	середина	конец
в среднем	-13,8 +/- 18	+12,8 / -22,1	+9,6 / -26,8
мальчики	-4,7 +/- 15,4	+22,1 / -27,4	+24,8 / -20,9
девочки	-23 +/- 16,4	+3,5 / -10	+5,6 / -23,9

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что «Фолдинг-метод» можно использовать как средство:

1. активации правого и левого полушарий на двусторонней основе
2. развития мелкой моторики рук
3. развития интеллекта
4. развития творческого мышления
5. развития пространственного воображения
6. развития глазомера.

11. Демченко Е. В. Развитие двигательных-координационных способностей слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной верховой езды. Дис.. канд.пед.н.. 13.00.04 – Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры. Адыгейский гос. университет. Майкоп, 2015.

Источник: dygnet.ru/sites/default/files...demchenko.pdf

...При проведении сравнительного анализа физического развития было обследовано 49 слабослышащих (III и IV степенью тугоухости) учащихся ГОУ «Адыгейская специальная (коррекционная) школа-интернат, I – IV видов» и 58 их практически здоровых школьников младших классов из общеобразовательных школ г. Майкопа.

2.1.5. Аппаратурные методы. Диагностика координации движений на приборе модели «Активациометр АЦ-9К» Уровень межмышечной и сенсомоторной координации исследовался нами на специальном приборе – координациометре по методике, предложенной Ю.А. Цагарелли [194].

Методика Ю.А. Цагарелли Во время проведения исследования испытуемым осуществляются и координируются движения одновременно двумя руками, опираясь, с одной стороны, на зрительные представления, а с другой – на информацию, которая поступает от мышц правой и левой рук одновременно. В связи с этим суммарный результат является совокупным показателем межмышечной и сенсомоторной координации. Вместе с тем, анализируя различные движения, выполненные отдельно каждой рукой, можно сделать вывод о степени преобладания одной руки над другой по показателю координации движений, а также судить о внутримышечной координации по группам мышц – разгибателей и сгибателей.

В структуру координации движений входит дифференциальная и абсолютная чувствительность в двигательном анализаторе, а также двигательная память. В связи с этим при исследовании координации движений учитывается результат диагностики всех этих параметров. По точности дифференцирования движений диагностируется чувствительность в двигательном анализаторе, а по точности воспроизведения движений – двигательная память.

Описание процедуры диагностики 1. Расположить прибор «Активациометр АЦ-9К» на столе, за которым сидит испытуемый. 2. Большим и указательным пальцами правой ру-

ки испытуемый обхватывает правый ползунок, а левый ползунок – большим и указательным пальцами левой руки. Необходимо следить, чтобы испытуемый не отпускал ползунки до конца выполнения всех задаваемых движений. Испытуемый визуально оценивает деления шкалы линейки, после чего закрывает глаза и разводит ползунки в разные концы шкалы до упора (исходного положения). 3. Экспериментатор последовательно даёт десять команд испытуемому на одинаковое (симметричное) и одновременное поочерёдное сближение и разведение ползунков. Начало каждого последующего движения совпадает с окончанием предыдущего.

В качестве примера приведём следующие команды:

- сблизить ползунки на 60 делений;
- развести на 20 делений (из положения после сближения);
- сблизить на 50 делений;
- развести на 40 делений;
- сблизить на 30 делений и т.д.

4. Все команды испытуемым выполняются с закрытыми глазами

Процедура диагностики психоэмоционального состояния методом регистрации активации полушарий головного мозга на приборе модели «Активациометр АЦ-9К» Методика Ю.А. Цагарелли Оптимальное психоэмоциональное состояние способствует умственной активности, хорошей работоспособности, энергичности, минимальному латентному времени реакции. Отклонение психоэмоционального состояния от оптимального связано с понижением функционирования организма и эффективности его деятельности. Чрезмерные показатели психоэмоционального состояния говорят о перевозбуждении индивида. В таких состояниях часто имеют место повышенная нервозность в социальных отношениях, неадекватные реакции, возможность аварий в работе на производстве из-за нервного перевозбуждения и т.п. Запредельные нервно-психические затраты опасны негативными последствиями для здоровья человека.

Чрезмерная психоэмоциональная напряжённость может спровоцировать суицид. Слишком низкие показатели психоэмоционального состояния связаны с дремотным состоянием. Здесь наблюдаются заторможенность реакций, малая активность, вялость умственной деятельности. Психические состояния физиологически основаны на суммарной активации правого и левого полушарий головного мозга. В связи с этим для диагностики психического состояния на «Активациометр АЦ – 9К» данное устройство для диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий дополнено сумматором активации полушарий. В сравнении с традиционной аппаратурой для измерения психоэмоциональных состояний путём регистрации кожно-гальванической реакции это устройство: а) обладает повышенной чувствительностью и точностью, б) позволяет учитывать вклад активации правого и левого полушария в общее психоэмоциональное состояние, в) позволяет работать в диалоговом, режиме с компьютером.

За счет этого «Активациометр АЦ-9К» позволяет регистрировать малейшие изменения в психоэмоциональном состоянии под влиянием различных воздействий: музыкальных, суггестивных, терапевтических, психотропных, биоэнергетических, педагогических, а также саморегулирующих.

Описание процедуры диагностики

1. Перед проведением процедуры необходимо проверить состояние кожных покровов на ладонях рук испытуемого: если кожа влажная, – необходимо подсушить её мягкой сухой тканью, если кожа очень сухая, – необходимо слегка увлажнить её смоченной в воде тканью.

2. Во время тестирования испытуемому нужно плотно прижимать ладонями обеих рук одновременно левую и правую пары пластинчатых электродов. Необходимо проследить, за тем, чтобы электроды прижимались выпуклыми частями ладоней. В этом случае косточки, находящиеся под основаниями пальцев на тыльной стороне ладони окажутся над серединой верхнего пластинчатого электрода; – было преодолено подпружинивание

пластинчатых электродов, и они были прижаты до упора; – расположение ладоней рук относительно электродов прибора было симметричным.

3. Через 2 – 5сек. испытуемый отпускает пластины. Интерпретация результатов выводится автоматически на монитор компьютера. Чтобы получить деятельностно-стереотипную характеристику психоэмоционального состояния испытуемого, необходимо производить десять замеров в процессе исследуемой деятельности. Чтобы получить индивидуально-типологическую характеристику психоэмоционального состояния (эмоциональной реактивности) испытуемого, необходимо произвести десять замеров в типичных для испытуемого состояниях по два или три замера в день. Анализируя деятельностно-стереотипный показатель психоэмоционального состояния, следует сравнить его с показателем эмоциональной реактивности. Это даёт возможность судить о влиянии исследуемой деятельности на психоэмоциональное состояние человека.

Сравнительный анализ уровня развития двигательно-координационных способностей экспериментальной группы до и после эксперимента							
Тесты		Экспериментальная группа				раз-ница	прирост
		до эксперимента		после эксперимента			
Тестирование на приборе «Активациометр – АЦ – 9»	Общий коэффициент координации (%)	20,8	4,1	11,9	3,5	8,9	-43
	Коэффициент координации мышц-сгибателей (%)	25,1	6,2	10,7	4,8	14,4	-57
	Коэффициент координации мышц-разгибателей (%)	21,5	3,7	12,8	4,4	8,7	-40

Примечание: Уровень координации обратно пропорционален величине коэффициента координации.

С помощью наблюдения можно определить только лишь приблизительный уровень развития двигательных координаций. Аппаратурные методы позволяют получать максимально точные качественные оценки уровня развития двигательной координированности, а также их отдельных признаков, поэтому уровень коэффициента координации исследовался на приборе «Активациометр АЦ-9» по методике Ю.А. Цагарелли (2004). Во время проведения исследования испытуемым осуществляются и координируются движения двумя руками одновременно, опираясь, с одной стороны, на зрительные представления, а с другой – на информацию, которая поступает от мышц правой и левой рук одновременно. В связи с этим суммарный результат является совокупным показателем межмышечной и сенсомоторной координации [195]. Нормы для аппаратурных методов определялись по таблицам, разработанным Ю.А. Цагарелли (приложение 3, таблица 8).

Таблица 10

Сравнительный анализ уровня развития двигательно-координационных способностей второй контрольной и экспериментальной групп до эксперимента, в середине и после эксперимента

Тесты	до эксперимента				P (≥0,05)	в середине эксперимента				P (≥0,05)	после эксперимента				P (≥0,05)	
	Практически здоровые (n=14)		Слабо слышащие (n=14)			Практически здоровые (n=14)		Слабо слышащие (n=14)			Практически здоровые (n=14)		Слабо слышащие (n=14)			
	M	±S	M	±S	M	±S	M	±S	M	±S	M	±S	M	±S		

«Активациометр – АЦ – 9»	Общий коэффициент координации (%)	12,4	3,82	20,8	4,12	<	11,5	2,62	14,4	3,21	<	10,6	2,93	11,9	3,54	>
	Коэффициент координации мышц-сгибателей (%)	11,4	5,32	25,1	6,21	<	10,5	3,8	14,8	5,42	<	9,8	4,53	10,7	4,80	>
	Коэффициент координации мышц-разгибателей (%)	12,3	2,81	21,5	3,70	<	12,0	2,6	16,5	2,92	<	11,9	3,6	12,8	4,41	>

Примечание: Уровень координации обратно пропорционален величине коэффициента координации.

нию с контрольной группой.

В целом экспериментально доказано, что применение разработанной методики не только позволило достоверно улучшить двигательно-координационные способности детей экспериментальной группы в сравнении с первой контрольной, но и значительно приблизить уровень двигательных координаций слабослышащих детей экспериментальной группы к уровню практически здоровых сверстников.

Наряду с проблемой развития физических способностей, у детей имеющих ограниченные возможности здоровья, выступает и такая проблема, как разработка методов коррекции их психологического состояния, содействие налаживанию социально-психологических отношений в обществе [116,156-158, 169, 204].

Было изучено и экспериментально проверено методом регистрации активации полушарий головного мозга на приборе модели «Активациометр АЦ-9» по методике Ю.А. Цагарелли (2004) влияние на психоэмоциональное состояние педагогически организованной совместной деятельности слабослышащих и практически здоровых детей в процессе занятий с лошадьми. Для получения индивидуально-типологической характеристики психоэмоционального состояния (эмоциональной реактивности) слабослышащих детей младшего школьного возраста было проведено десять замеров в фоновых (типичных для испытуемых) состояниях по два замера в день (рис.11).

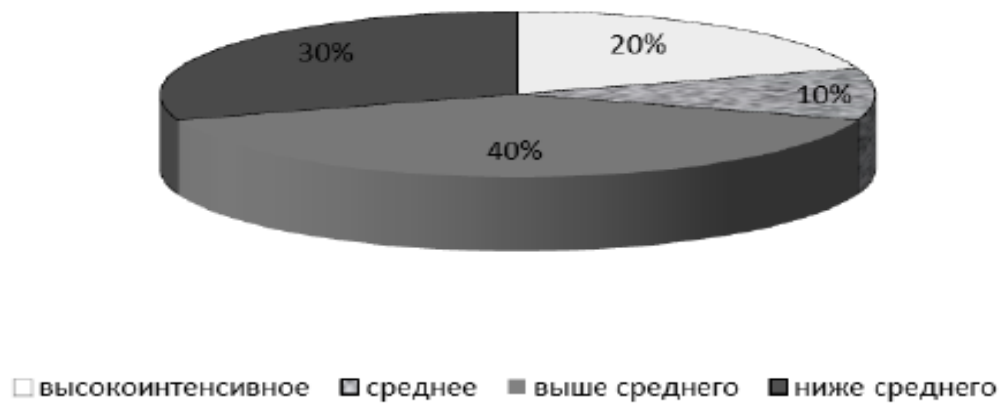


Рис. 11. Показатели индивидуально-типологической характеристики психоэмоционального состояния слабослышащих детей младшего школьного возраста

Было отмечено, что психоэмоциональное состояние детей «выше среднего» у 40% и «высокоинтенсивное» у 20%. Такое психоэмоциональное состояние свидетельствует о перевозбуждении, в таких состояниях могут иметь место неадекватные реакции, повышенная нервозность в отношениях с людьми и т.п. Чрезмерные нервно-психические затраты чреватые негативными последствиями для здоровья человека. Также у 30% детей отмечены «ниже среднего» показатели психоэмоционального состояния, что связано с малой активностью, заторможенностью реакций, вялостью умственной деятельности. И только у 10% детей отмечено оптимальное «среднее» психоэмоциональное состояние, которое способствует хорошей работоспособности, умственной активности и энергичности.

Для получения деятельностно-стереотипной характеристики психоэмоционального состояния слабослышащих детей младшего школьного возраста нами было проведено десять замеров в процессе занятий детей с лошадьми.

Нами были отмечены позитивные изменения психоэмоционального состояния слабослышащих детей младшего школьного возраста (рис. 12).

Показатели психоэмоционального состояния в группе снизились – «выше среднего» с 40% до 30% и «высокоинтенсивное» с 20% до 5%.

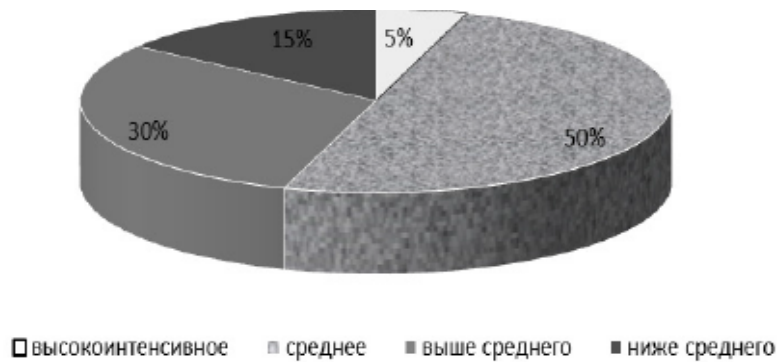


Рис. 12. Показатели деятельностно-стереотипной характеристики психоэмоционального состояния слабослышащих детей младшего школьного возраста

Также показатели «ниже среднего» психоэмоционального состояния в группе снизились с 30% до 15%, а оптимальное «среднее» психоэмоциональное состояние в группе повысилось с 10% до 50%, что свидетельствует о положительном влиянии занятий на психоэмоциональное состояние слабослышащих детей младшего школьного возраста (приложение 3, таблица 9).

Поражение слуха и, как следствие, нарушения в работе вестибулярного анализатора приводят к нарушению динамического и статического равновесия, неспособности четко дифференцировать двигательные ощущения и выполнять сложнокоординационные движения, что в свою очередь отрицательно влияет на все стороны жизни детей с нарушением слуха.

В целом, полученные результаты исследования позволяют утверждать, что предложенная методика уровня развития двигательных способностей слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной верховой езды является необходимым средством адаптивной физической культуры и способствует эффективной коррекции двигательных нарушений и психоэмоционального состояния у данного контингента учащихся.

12. Дуденков А.А. Коррекция умственной и физической работоспособности студентов средствами дыхательных технологий. // Психология, социология и педагогика. – Август, 2012.

Источник: [Электронный ресурс]. URL: <http://psychology.snauka.ru/2012/08/962>

«...Для диагностики использовались следующие методики с прибором «Активациометр»:

методика «Измерение времени простой зрительной сенсомоторной реакции»

методика «Реакция на движущийся объект»

методика определения психоэмоциональных состояний

методика «Таблицы Шульте».

...Полученные результаты подтверждают нашу гипотезу, и мы можем с большой долей уверенности сказать, что произвольно регулируемые дыхательные движения могут изменять психофизиологические и психические функции, такие как внимание, умственная и физическая работоспособность, состояние «сон-бодрствование» и др., за счет возрастания потока активирующих влияний от ретикулярной формации и дыхательного центра к коре больших полушарий головного мозга и подкорковым образованиям».

13. Мониторинг психосоматического, психологического и нравственного здоровья студентов вуза /Ставропольский государственный аграрный университет лаборатория педагогики и психологии здоровья. Ставрополь 2009. / [Электронный ресурс] - URL: [elib.stgau.ru>index.php/personalii?...item...download...](http://elib.stgau.ru/index.php/personalii?...item...download...)

БЛОК 1. Экспресс-оценка состояния органов и функций организма

Методика 1. Регистрация уровня активности акупунктурных точек и зон при помощи прибора «Активациометр АЦ-6» (заполняется сотрудниками лаборатории)

Исследуемая система (орган)	Показатель активности БАТ, деления		Показатель эффективности Фолля		Функциональное состояние организма (системы), степень нарушения
	max	min	абс. (деления)	отн. (в %)	
Дыхательная система (легкие)					
Сердечно-сосудистая система (сердце)					
Центральная нервная система					
Иммунная система (аллергии)					
Эндокринная система (щитовидная железа)					
Опорно-двигательная система (позвоночник)					
Желудочно-кишечный тракт (кишечник)					
Зрение (передние и задние отделы глаза)					

БЛОК 2. Исследование психофизиологических свойств обучающихся

Методика 2. Диагностика активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга при помощи прибора «Активациометр АЦ-6» (заполняется сотрудниками лаборатории)

Активация правого полушария головного мозга, деления	Активация левого полушария головного мозга, деления	Функциональная асимметрия полушарий, в %	Преобладающий тип мышления, степень выраженности

БЛОК 3. Изучение психоэмоционального статуса личности

Методика 3. Диагностика психоэмоциональных состояний при помощи прибора «Активациометр АЦ-6» (заполняется сотрудниками лаборатории)

Показатель психо-эмоционального состояния в начале обследования, деления	Показатель психо-эмоционального состояния в конце обследования, деления	Средний показатель	Уровень эмоциональной реактивности

14. Гурин В. В., Гончаров Ю.В. Хубиев Х. А. Канаева Е. Ю. Психосамовдохновение – как новый метод здоровьесберегающих технологий в вузе. // Новые технологии. - 2010. - Вып. 2. - С. 157-160

«Работа посвящена разработке нового метода «психосамовдохновения», применение которого позволит частично решить проблемы связанные с табакокурением, эпизодическим приемом алкоголя, повысит стрессоустойчивость у студентов в период обучения в вузе.

Ключевые слова: психосамовдохновение, стресс, здоровьесберегающие технологии, психология, адаптация, обучение, эксперимент, вуз, вредные привычки.

...Нами был использован прибор «Активациометр-9Ж», разработанный МНПО «Акцептор» под руководством доктора психологических наук, профессора Ю.А. Цагарелли [5]. На протяжении всего эксперимента было проведено 492 теста (на каждом этапе по 164) с использованием **научного прибора «Активациометр-9Ж».**

Результаты исследования позволяют сделать **вывод** о том, что данный метод работает, прежде всего, при условии высокой мотивации со стороны участников эксперимента и дает положительный эффект при решении возникающих жизненных проблем.

В процессе реализации и применения метода ПСВ девять человек из двенадцати бросили курить, восемнадцать из двадцати анкетированных человек, ранее эпизодически потребляющих спиртные напитки, отказались от их употребления, практически все участники эксперимента научились контролировать свое психоэмоциональное состояние.

В заключении следует сказать, что предложенный нами метод показал свою эффективность и нами были достигнуты поставленные цели. С помощью метода ПСВ можно успешно нивелировать негативные психологические состояния, адаптироваться к окружающей социальной среде, обеспечить самим себе состояние психического комфорта в любой жизненной ситуации, применять данный метод в нестандартных форсмажорных ситуациях, осуществляя контроль над собственным сознанием».

15. Хоруженко Т. Г. - психолог ОКВ и ОШР ОВО при УВД по Псковской области. Использование психотерапевтической кинезиологии в работе психолога ОВД при реабилитации сотрудников, прибывших из горячих точек. // Материалы Международной конференции: Психотерапия и консультирование: технологии и духовное измерение. Москва, 10-11 октября 2009.

... В ОВД разработана система медико-психологического сопровождения сотрудников до, в период и после пребывания в экстремальных условиях.

Для проведения первого этапа психореабилитационной работы сотрудников, вернувшихся из СКР, была выбрана психотерапевтическая кинезиология. У части группы проводилась дополнительная психофизиологическая диагностика психоэмоционального состояния на приборе **активациометр** до и после проведения сеансов по рассеиванию стресса.

Анализ проведенной работы свидетельствует об эффективности использования психотерапевтической кинезиологии, что подтверждается результатами мышечного тестирования и диагностики на **активациометре**.

16. БУРЛАК Л.В. ИОНОВА Т.С. СУРХАЕВА Х.Р. Энергоинформационное лечение: - реальность, целесообразность, результаты применения в практике врачей-специалистов. М., 2002.

БУРЛАК Л.В. - врач-рефлексотерапевт, полномочный представитель общероссийской ассоциации специалистов традиционной народной медицины и целителей, акушер-гинеколог, 18 лет мед. стажа, 5 лет целительства.

ИОНОВА Т.С. - врач высшей категории, ассистент кафедры неврологии, заведующая лабораторией традиционных методов лечения, 25 лет мед. стажа, 15 лет в целительстве.

СУРХАЕВА Х.Р. - врач-терапевт, эндокринолог, 12 лет мед. стажа, 3 года в целительстве. г. Москва

В 2000 году в Москве Бурлак Л.В. проводила исследование психоэмоционального состояния пациентов в течение 1,5 месяцев на приборе "Активациометр". Выводы: В экспериментальной группе совокупным интегративным показателям более 85 % пациентов проявили более высокий уровень творческой активности по сравнению с первоначальным.

Прибор фиксировал отдельные показатели активизации правого и левого полушарий, и показатель их функциональной асимметрии и было очевидно, что световой поток максимально активизировал функцию правого полушария.

17. Валиева Л., Гогелашвили К., Гусева Ю., Игнатьева О., Шабалов С.Н. Влияние музыки на саморегуляцию психоэмоциональных состояний. // Казанские научные чтения студентов и аспирантов – 2012: материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов и аспирантов (21 декабря 2012 г.). – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – С. 179-180.

Проблема саморегуляции психоэмоциональных состояний сводится к созданию условий, при которых повысилась бы эффективность саморегуляции, что непосредственно повлияло бы на практику овладения саморегуляцией. С древности известно, что музыка влияет на психическое состояние человека. И мы поставили перед собой цель – исследовать как влияет на саморегуляцию психоэмоционального состояния (ПС) музыка. Для этого мы выбрали испытуемых студентов-психологов 2 курса 17-18 лет. Исследование ПС проводилось с помощью прибора «Активациометр». При этом каждый испытуемый выбрал для себя музыку, которая помогала ему регулировать свое состояние: повышать ПС и понижать ПС. Эксперимент состоял из 2-х этапов. Каждый этап длился 4 мин. На 1 этапе задача испытуемого – повысить активность ПС (2 мин), затем понизить (2 мин). На 2 этапе – понизить активность ПС (2 мин), а затем повысить (2 мин). Мы использовали обратное позиционное уравнивание, когда предъявляются условия в определенном порядке, а затем делается это еще раз, изменяя порядок на противоположный. Это дает возможность контролировать эффект последовательности. Полученные результаты сравнивались с другими, полученными без музыки. Эксперимент показал следующее. При повышении-понижении без музыки повысили, а затем понизили ПС 4 студента из 10 (40%), с музыкой – 2

из 9 (22,2%). При понижении-повышении без музыки понизили, а затем повысили ПС 8 студентов из 9 (88,8%), с музыкой – 7 студентов из 9 (77,7%). Таким образом, результаты показали:

1. Обнаружены общие тенденции, что саморегуляция при повышении, а затем понижении ПС без музыки и с музыкой затруднено, а при понижении, а затем повышении ПС происходит эффективнее.

2. Саморегуляция без музыки на 1 и 2 этапах происходит у большинства студентов эффективнее, чем с музыкой. Возможно, музыка отвлекает от процесса саморегуляции.

18. Александра Маринина. Стилист. Москва: «Эксмо», 1997 - 445 с.



ТАЙН А-СЕРВИС

СЕКРЕТНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

АЛЕКСАНДРА МАРИНИНА

СТИЛИСТ



Способ был проверенным многократно. После занятий у Хвастунова Настя снова обрела способность логично и здраво рассуждать.

— О, привет, — расплылся в улыбке Толя. — Опять за ум взяться не можешь?

— Не могу, — призналась она. — Шарик за ролик заехали, и, кроме злости и испуга, ничего не чувствую.

Он усадил ее за стол.

— Сейчас покажу тебе наглядно твои шарик с роликками, пообещал Хвастунов. — Выглянул наконец прибор.

Он поставил перед Настей небольшой чемоданчик размером с "дипломат" и открыл крышку. Ничего особенного Настя не увидела: четыре небольшие металлические пластины, по две с левой и с правой стороны, и две шкалы.

— Это что за чудо техники? — недоверчиво спросила она.

— Много ты понимаешь, — фыркнул Хвастунов. — Это активациометр.

— И для чего он?

— Для диагностики... Дальше много слов, ты их все равно не знаешь. Короче, клади руки на пластины и не разговаривай.

Настя послушно положила руки на пластины.. Стрелки на шкалах дернулись и поползли в сторону.

Хвастунов что-то записал на листке бумаги, подумал и неодобрительно покачал головой.

— Эк тебя заклинило. Переживаешь? Неприятности, что ли?

— Да нет, все в порядке.

— А чего ж ты вся в правое полушарие ушла? У тебя сейчас не мозг, а одно сплошное правое полушарие. Преобладание эмоционально-образного компонента. Соображаешь хорошо?

— Плохо. Потому и примчалась к тебе лечиться. Я же знаю, стоит мне пострелять под твоим руководством полчасика, и мозги на место, становятся.

— Не волнуйся, сейчас поставим твои мозги на место. Потом посмотришь, что прибор покажет. Иди на линию. Заряжать сама будешь?

— Никогда, — засмеялась Настя. — Я тебе доверяю. У меня ногти длинные, маникюр мешает.

Анатолий ловко снарядил магазин и подал ей заряженный пистолет.

— Давай, лечись. Слова помнишь?

— Помню.

— Только вслух, — предупредил Хвастунов.

— Да ладно тебе, я не перепутаю.

— Вслух, я сказал. А то толку не будет.

— Ладно, — обреченно вздохнула Настя. — Начинать процедуру.

Она встала на линию огня, опустив руку с пистолетом вниз.

— Эй, оружие-то положи, ты еще не сосредоточилась, — прикрикнул Анатолий. — Отвечай на вопрос: что является базовым компонентом результативной стрельбы в любых условиях? Отвечай не торопясь, проговаривая каждое слово.

— Пальцем жму, кисть держу, — ровным голосом произнесла она.

— Повторяй пять раз и делай, что говоришь.

— Пальцем жму, кисть держу. Пальцем жму, кисть держу. Пальцем жму...

Грохнул выстрел. Настя рука судорожно дернулась в сторону.

— Дальше! — требовательно прикрикнул Анатолий. — Сразу дальше!

— Хватку не меняю, палец отпускаю.

— Все. Положи оружие. С тобой никакого терпения не хватает.

— А куда я попала? — поинтересовалась Настя, близко-руко прищуриваясь, чтобы разглядеть в мишени след от выстрела.

— Куда надо, туда и попала. Повтори упражнение и сделай три выстрела. Рука свободная. И думай только о том, что делаешь, а про поражение мишени вообще забудь.

Настя, повторяя вслух магические стихи как заклинания, сделала три выстрела и положила пистолет.

— Умница, — довольным голосом сказал Хвастунов. — Три девятки выбила. Садись к прибору.

Настя снова положила руки на металлические пластины активациометра.

— Ты смотри, — насмешливо произнес Анатолий, — у тебя, оказывается, и левое полушарие наличествует. Ну-ка иди на линию, сделай пять выстрелов.

В третий раз прибор показал, что левое полушарие у Настя Каменской даже несколько преобладает над правым. Абстрактно-логический компонент снова показывал себя во всей красе.

— Толя, ты волшебник, — благодарно сказала она. — Где ты этому научился? Когда это такое было, чтобы я с трех выстрелов выбила двадцать семь, и с пяти — сорок три? Я же всю жизнь только в "молоко" была.





ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ТАЙНА-СЕРВИС». № 002 (004) 2000 г. «СЕКРЕТЫ БЕЗОПАСНОСТИ»

19. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Нейропсихологические исследования детей с РАС неопровержимо свидетельствуют о существенных нарушениях функций полушарий головного мозга, обуславливающих нарушения когнитивной и эмоциональной сфер, поведения, коммуникативных функций. Это свидетельствует о настоятельной необходимости систематического исследования функций полушарий головного мозга у детей с РАС в процессе психологической реабилитации.

Методы медицинской диагностики функционирования головного мозга (компьютерная томография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография) для психологов не всегда доступны, тем более учитывая необходимость постоянного оперативного мониторинга функционирования головного мозга детей с РАС. В этой связи более предпочтительна портативная и более простая методика диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга, реализуемая на АПК «Активациометр». Эта методика описана в разделе 2.1. учебного пособия, прилагаемого к прибору.

Особенности проведения и использования результатов методики диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга с детьми с РАС.

1. Если при проведении процедуры диагностики ребенку трудно самостоятельно приложить ладони к пластинам «Активациометра», то помогите ему. Приложите его ладони к пластинам прибора и преодолите их подпружинивание. При этом следите, чтобы Ваши руки не касались этих пластин, а ладони ребенка были приложены в соответствии с рекомендациями раздела 2.1 учебного пособия .

2. При использовании результатов диагностики активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга в составлении и выполнении индивидуального плана коррекционной работы ребенка с РАС, следует учитывать результаты отечественных и зарубежных исследователей.

Многие, описанные в научной литературе проявления аутизма свидетельствуют о существенно больших нарушениях функций правого полушария в сравнении функциями левого полушария т.е. явно большей сохранности функций левого полушария. Так, аутисты являются интровертами, нередко в гипертрофированной степени. Интроверсия же, как известно, связана с функцией левого полушария. С функцией правого полушария связана экстраверсия, совершенно не свойственная аутистам. По данным А.П. Чуприкова (1997) по мере нарастания леволатеральных признаков у испытуемых возрастают значения таких шкал, как «нейротизм», «депрессия», «психотизм», что весьма характерно для аутистов.

Отечественные и зарубежные исследователи отмечают, что аутисты хорошо разбираются в деталях, но с трудом собирают их в общую картину. Это тоже свидетельствует о нарушениях функций правого полушария при явно большей сохранности функций левого полушария. Известно, что у правшей детализация является функцией левого полушария, отвечающего за абстрактно-логическую, аналитическую составляющую умственной деятельности, а создание общей картины (гештальта) – функцией правого полушария, отвечающего за эмоционально-образную составляющую умственной деятельности, за образное, синтетическое, целостное восприятие действительности без её дробления (И.П.Павлов, 1951).

Ученые из университета штата Сан-Диего в США изучили работу мозга у 41 ребенка и подростка с расстройством аутистического спектра и 44 — с нормальным развитием при помощи метода функциональной МРТ. Они выявили, что если в норме между полушариями существует определенное «разделение труда», то при аутизме его практически нет. Эта особенность функционирования мозга стоит за когнитивными нарушениями аутистов, когда они хорошо разбираются в деталях, но с трудом собирают их в общую картину.

Сопоставление этих и других проявлений аутизма с описаниями функциональной специализации левого и правого полушарий головного мозга у правшей, свидетельствуют о том, что аутизм во многом обусловлен нарушениями функций правого полушария. Дело осложняется тем, что из-за характерных для аутистов нарушений соединительных трактов (комиссур), затруднена или невозможна компенсация функций одного полушария функциями другого полушария.

Поэтому в работе с аутистами особое внимание следует уделять развитию функции полушария, отвечающего за эмоционально-образную сферу и образную составляющую умственной деятельности (правого полушария у правшей).

Для этого следует использовать методики, направленные на развитие эмоционально-образной сферы и образной составляющей умственной деятельности детей с РАС. В литературе описано большое количество таких методик. Правильный подбор и эффективное использование таких методик в коррекционной работе с детьми с РАС предполагает наличие регулярной обратной связи, в роли которой выступают показатели активации и функциональной асимметрии полушарий.

3. Вышеизложенные данные о том, что аутизм во многом обусловлен нарушениями функций полушария, отвечающего за эмоционально-образную сферу и образную составляющую умственной деятельности не означают, однако, что у всех детей с РАС активация левого полушария превосходит активацию правого полушария. Следует учитывать, что только у правшей, правое полушарие отвечает за эмоционально-образную сферу, а левое – за абстрактно-логическую. У левшей же, наоборот, левое полушарие отвечает за эмоционально-образную сферу, а правое – за абстрактно-логическую.

Для уточнения функций правого и левого полушарий у данного ребенка необходимо продиагностировать у него ведущую руку. **Описание методики диагностики ведущей руки** дано в п. 4.7 учебного пособия. Если возраст или ограниченные возможности здоровья не позволяют ребенку с РАС точно выполнить процедуру диагностики, то можно воспользоваться иными, менее точными, но более доступными для ребенка методиками. Описания таких методик даны в п. 4.7 учебного пособия, прилагаемого к прибору.

20. Цагарелли Ю.А. Использование методик диагностики и коррекции простой двигательной реакции и сложной реакции выбора в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

В «Требованиях к АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра» ФГОС начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (приложение 8) особый акцент сделан на необходимость формирования у детей с РАС жизненных компетенций. «Жизненные компетенции – это те навыки, знания и умения, а также способы их применения, которые необходимы человеку для максимально возможного независимого и самостоятельного функционирования» [1]. В их числе - умения пользоваться общественным транспортом, самостоятельно переходить дорогу, принимать решения в нестандартной ситуации.

Для ребенка с РАС умение самостоятельно переходить дорогу является не только необходимым условием его жизнедеятельности вне дома, но и условием безопасности его жизни и здоровья. Поэтому необходимость формирования такого умения достаточно очевидна. Следует, однако, учитывать, что даже в обычной, а тем более в нестандартной ситуации на дороге (сломан светофор, водитель не останавливается на «зебре», скользкая дорога и т.п.) безопасность пешехода во многом зависит от своевременности его реакции. Безопасность ребенка с РАС зависит от своевременности его реакции и во многих других жизненных ситуациях, например, при необходимости дистанцироваться или защититься от агрессии людей, необходимости увернуться от летящего в него предмета, необходимости своевременно войти в автобус или выйти из него и т.п.

В этой связи интерес может представлять методика диагностики и коррекции простой двигательной реакции и сложной реакции выбора. **Описание этой методики** дано в п. 2.2 учебного пособия [2].

Методика включает в себя две взаимодополняющие части (этапа).

На первом этапе осуществляется диагностика простой двигательной реакции. Эта методика имеет самостоятельную ценность и может осуществляться без второго этапа.

На втором этапе осуществляется методика диагностики экстренной переделки реакции выбора. Обязательным условием её реализации является предварительная диагностика простой двигательной реакции, т.к. время простой реакции учитывается как фоновое при выявлении параметров сложной реакции выбора.

Особенности проведения и использования результатов методики диагностики и коррекции простой двигательной реакции в работе с детьми с РАС.

1. В работе с некоторыми детьми с РАС эту методику можно попытаться использовать как игру. Покажите ребенку: «Загорелся этот огонек (покажите на левую лампочку)– нажми этим пальчиком (покажите на указательный палец левой руки). Загорелся этот огонек (покажите на правую лампочку) – нажми этим пальчиком (покажите на указательный палец правой руки)».

Если ребенку с РАС сложно реагировать с максимальной быстротой, то просто поиграйте в удобном для него темпе. Цель такой игры не получение диагноза простой двигательной реакции, а развитие восприятия зрительных стимулов, развитие зрительно-моторной координации и устойчивости внимания. По мере постепенного развития этих психических функций, темп реагирования на загорания лампочек следует постепенно ускорять. Об эффективности развития можно судить по уменьшению времени реакции (в м/сек) и по оценке подвижности в баллах.

2. Если ребенок с РАС успешно справляется с процедурой диагностики простой двигательной реакции, то результаты диагностики покажут уровень развития простой двигательной реакции относительно популяции нормальных людей.

3. Имеется возможность выявить уровень развития простой двигательной реакции данного испытуемого среди выборки детей с РАС. Для этого необходимо выполнить рекомендации, изложенные в п. «Работа с диагностическими нормативами» раздела 3.4 «Особенности работы с программным обеспечением» учебного пособия [2].

Особенности проведения и использования результатов диагностики и коррекции сложной реакции выбора в работе с детьми с РАС.

1. Процедура диагностики и коррекции сложной реакции выбора существенно сложнее предыдущей. Поэтому ее следует использовать для детей с более легкой формой аутизма или с более развитыми в результате коррекции психическими функциями.

Эту методику также можно использовать как развивающую игру, тем более если ребенку с РАС сложно реагировать с максимальной быстротой. Здесь также происходит развитие восприятия зрительных стимулов, зрительно-моторной координации и устойчивости внимания, но на более высоком уровне сложности. Кроме того здесь развивается пространственно-образная память и работоспособность (устойчивость к утомлению) в условиях монотонной, но требующей внимания сенсо-моторной деятельности.

2. Если ребенок с РАС успешно справляется с процедурой диагностики сложной реакции выбора, то результаты диагностики покажут уровень параметров относительно популяции нормальных людей.

3. Имеется возможность выявить уровень параметров данного испытуемого среди выборки детей с РАС. Для этого необходимо выполнить рекомендации, изложенные в п. «Работа с диагностическими нормативами» раздела 3.4 «Особенности работы с программным обеспечением» учебного пособия [2].

Литература

1. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 N 1598 Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Приложение N 8. Требования к АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра.
2. Цагарелли Ю.А. Системная диагностика и развитие психических функций с помощью аппаратно-программного комплекса «Активациометр АЦ-9К». Учебное пособие. Казань. Международное научно-производственное объединение «Акцептор» - 2017.

21. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики и развития интуиции в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Если ребенок с РАС успешно справляется с процедурой диагностики простой двигательной реакции, то попытайтесь использовать эту процедуру для диагностики и развития интуиции.

Отсутствие опубликованных исследований о наличии или отсутствии интуиции у людей с РАС свидетельствует, на наш взгляд, не об отсутствии у них феномена интуиции, а о неисследованности этого вопроса. Между тем, особенности творчества некоторых великих аутистов (Ньютона, Эйнштейна и др.) косвенно свидетельствует о наличии у них интуиции. Так, открытие Эйнштейном «Закона относительности» начиналось от неких не очень определенных, больше интуитивных представлений, которые позже были логически формализованы и превращены в четкие математические формулы. Существенно и то, что интуиция часто проявляется на фоне измененного сознания, присущего людям с РАС.

Выявление же, а, тем более, развитие интуиции для человека с РАС может существенно изменить его судьбу в лучшую сторону благодаря возможности использования адекватные интуитивные решения. Способность к таким решениям дает большие преимущества любому человеку. Для человека же с РАС развитая интуиция даст возможность частично компенсировать недостатки когнитивных процессов, чувствовать опасные ситуации и избегать их, точнее выбирать коммуникативных партнеров, преодолевать комплексы неполноценности, выбирать правильные пути саморазвития и т.д.

Процедура диагностики интуиции

1. Разместите прибор «Активациометр» на столе прямо перед испытуемым и переместите линейку в «слепой» режим.

2. Из главной формы программы «Активациометр универсальный» осуществите выбор диагностики. В меню «Переход к диагностике» выберите «Психофизиологическая диагностика» и далее – «Простой и сложной реакции, интуиции».

3. Инструкция испытуемому

«Положите указательный палец левой руки на кнопку испытуемого, находящуюся на левой стороне панели, а указательный палец правой руки - на кнопку испытуемого, находящуюся на правой стороне панели.

На линейке прибора поочередно будут загораться лампочки с левой и правой стороны.

При загорании лампочки на левой стороне окна, Вы должны как можно быстрее нажать указательным пальцем левой руки на кнопку испытуемого, находящуюся на левой стороне панели. При загорании лампочки на правой стороне окна, Вы должны как можно быстрее нажать указательным пальцем правой руки на кнопку испытуемого, находящуюся на правой стороне панели.

Ваша задача – предвосхитить загорание лампочки, используя интуицию. Стремитесь интуитивно предвосхищать каждое последующее загорание лампочки нажатием на соответствующую кнопку.

Не пытайтесь добиваться результата, уповая на случайность, так как это приведет к ошибкам и ухудшит результат. Если Вы нажмете на кнопку заранее, то компьютер зафиксирует ошибку».

4. Включите клавишу «начать» в окне диагностики. После этого начнут поочередно загораться лампочки, находящиеся на левой и правой сторонах линейки. Между вспышками лампочек имеются интервалы 4 - 6 секунд. Эти интервалы варьируются, чтобы испытуемый не привыкал к стандартному времени загорания лампочки и не мог использовать чувство темпа вместо интуиции.

5. При загорании левой лампочки испытуемый согласно инструкции нажимает левую кнопку испытуемого левой рукой, а при загорании правой лампочки – правую кнопку правой рукой. Всего фиксируется 26 реакций, по 13 реакций каждой рукой.

6. После появления результатов нажмите клавишу «Сохранить».

Обработка и интерпретация результатов осуществляется программой автоматически. О факте наличия интуиции свидетельствуют случаи понижения времени простой двигательной реакции на световой раздражитель ниже минимально возможного т.е. менее 100 мс.

Процедура развития интуиции

Процедура развития интуиции начинается с фоновой диагностики интуиции, осуществляемой в соответствии с вышеописанной процедурой. После этого испытуемому дается следующая **инструкция**:

«Сейчас Вы должны повторить процедуру диагностики. Чтобы превратить ее в процедуру развития, постарайтесь с помощью интуиции предвосхищать каждое загорание лампочки и максимально понизить время реакции с помощью следующих рекомендаций:

Попытайтесь войти в психическое состояние, способствующее проявлению интуиции. При этом постарайтесь направить поток сознания на мысленный внутренний зрительный образ загорающейся лампочки, абстрагируясь от внешних воздействий.

Реальный образ загорающейся на приборе лампочки как бы отходит на второй план, является фоном, на котором главную роль играет предвосхищение момента загорания лампочки.

В зависимости от индивидуальных особенностей, это предвосхищение может возникать в виде «спонтанного знания», внутреннего зрительного образа, неосознаваемого ощущения, некоего предчувствия момента загорания лампочки.

В качестве обратной связи можно использовать появляющиеся в экранной таблице показатели времени простой реакции в миллисекундах. Это, однако, не является обязательным условием.

Об участии Вашей интуиции в той или иной реакции свидетельствуют показатели 99 мс и менее.

В ходе выполнения задания поищите наиболее подходящий для Вас прием».

Следует учитывать, что процесс развития интуиции требует длительного времени и творческого подхода. Не у всех обучаемых он приводит к гарантированному, тем более, быстрому успеху.

Можно попытаться использовать различные психологические техники вхождения в состояние измененного сознания, легкого транса и т.п.

Для примера приведем технику сосредоточения Фрэнсина Шапиро (2012). «Сконцентрируйтесь на вашем дыхании. Сделайте очень медленный вдох через нос. Заметьте как прохладный воздух, проникает в ваши ноздри и достигает стенки горла. Представьте, что ваша трахея – это стеклянная трубочка, которая ведёт к животу. Заметьте, как ваш живот расширяется во время медленного вдоха. Заметьте, как тёплый воздух конденсируется на стенках стеклянной трубочки при выдохе. Расслабьте вашу челюсть, выдыхая ртом, и замечайте, как тёплый воздух испаряется, проходя по языку и нёбу. Повторите несколько раз и замечайте, как усиливаются приятные ощущения».

Использовать такие техники нужно осторожно, внимательно наблюдая за состоянием обучаемого и соблюдая необходимые меры предосторожности.

Сравнение показателей, полученных до и после процедуры развития интуиции, дает представление о результативности процедуры развития.

22. Цагарелли Ю.А. Использование методики подвижности и баланса нервной системы в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

1. Процедура диагностики подвижности процессов возбуждения и торможения НС осуществляется на АПК «Активациометр» с помощью кинематометрической методики Е.П. Ильина, описанной в п. 2.3.2. части II учебного пособия, прилагаемого к прибору. Для некоторых детей с РАС эта процедура может представлять сложность. Поэтому ее следует использовать для детей с более легкой формой аутизма или с более развитыми в результате коррекции психомоторными функциями.

2. Используя в работе с детьми с РАС результаты диагностики подвижности процессов возбуждения и торможения НС, следует учитывать, что при равной степени РАС подвижные дети в сравнении с инертными хуже концентрируют внимание, но быстрее переключаются с одной ситуации на другую, поэтому адекватнее реагируют на неожиданные предложения; быстрее адаптируются к изменившимся условиям жизни.

Инертные дети, напротив, более выносливы, лучше концентрируют внимание, но более ригидны, медленнее переключаются с одной ситуации на другую, медленнее формируют навыки, медленнее адаптируются к изменившимся условиям. В этой связи коррекционно-развивающая работа с представителями инертной НС, должна быть направлена на развитие своевременности необходимых реакций и действий. В работе с такими детьми внимание следует уделять формированию алгоритмов мысленных и психомоторных действий, так как овладение алгоритмами компенсирует недостаточную скорость переработки информации при принятии и выполнении решений в условиях заторможенности.

3. Вместе с тем, даже двойная заторможенность инертного ребенка (из-за РАС и из-за инертности НС) наряду с вышеуказанными отрицательными, имеет и положительные проявления, за которые можно «зацепиться» в коррекционной работе. Дело в том, что инертность НС является нейродинамической детерминантой памяти. Преимущества в памяти инертного ребенка с РАС – это положительное проявление его заторможенности, которое следует использовать в процессе подбора и реализации индивидуальной реабилитационной программы. При этом важно учитывать, что объем запоминания последовательности движений больше у лиц с инертностью возбуждения и торможения, а быстрота запоминания последовательности движений – у лиц с инертностью возбуждения и низкой лабильностью нервной системы (В.И.Гончаров, 1984). Двигательная память лучше проявляется у лиц с инертностью возбуждения и торможения (Е.П.Ильин, 2003).

Учитывая, что время расслабления мышц связано с инертностью торможения и его преобладанием над возбуждением (В.А.Сальников, 1975), следует обращать внимание на детей с такими показателями при формировании у них психомоторной свободы (раскованности).

4. При формировании психомоторных умений и навыков, следует учитывать, что индивидуальная подвижность НС обуславливает величину внутренних представлений, которыми целесообразно оперировать человеку (Ю.А.Цагарелли, 2008). Поэтому у ребенка с РАС с инертной НС следует формировать умение мыслить более крупными блоками двигательных, зрительно-двигательных и слухо-двигательных представлений и формировать навыки оперирования крупными блоками движений. У ребенка же с подвижной НС следует формировать умение мыслить небольшими блоками двигательных представлений и формировать навыки оперирования малыми блоками движений.

5. Результаты диагностики подвижности НС необходимо учитывать при коррекции процесса вработывания, т.е. вхождения в текущую деятельность. Приступая к работе, ребенок с РАС не сразу входит в привычный темп и ритм деятельности, осуществляет ее быстро и четко. В ходе вработывания происходит своеобразная настройка всех психофизиологических функций, обеспечивающая успешное выполнение деятельности. Установлено, что в период вработывания актуализируется динамический стереотип, повышается возбудимость и функциональная подвижность (лабильность) НС, усиливается концентрация возбуждения нервных процессов. Благодаря этому повышается темп и ритмичность рабо-

ты, ее производительность. В коррекции вработывания особенно нуждаются аутисты с инертной НС. Для них следует заблаговременно подготовить начало работы. Следует обратить внимание на то, чтобы начало работы не проходило на фоне ситуации неопределенности, нервозности.

6. Несомненного внимания заслуживает учет результатов диагностики подвижности-инертности при формировании (коррекции) дорожного поведения у детей с РАС. Пешеходу с инертной НС в темное время суток очень опасно переходить проезжую часть дороги или идти по ней. В темноте пешеход отлично и на большом расстоянии видит автомобиль с включенными фарами. Это порождает у него ощущение полной безопасности, основанное на иллюзии, что и водитель видит его так же хорошо (эффект психологического переноса).

Водитель же видит пешехода в десятки раз хуже, что объясняется недостаточной освещенностью пешехода, его небольшими размерами (особенно ребенка), темной одеждой, а также наличием автомобильных стекол (особенно загрязненных), наличием прочих помех. Поэтому пешеход появляется из темноты перед глазами водителя внезапно.

Если пешеход с подвижными нервными процессами при возникновении внезапной опасности имеет шанс успеть увернуться от стремительно надвигающегося автомобиля, адекватно прореагировать на звуковой сигнал, то ребенок с РАС с инертной НС этого шанса не имеет.

В этой связи следует формировать у ребенка с РАС с инертной НС умение прогнозировать появление автомобиля, в т.ч. - на пешеходном переходе в условиях ограниченной видимости. Особое внимание следует обратить на формирование у него алгоритмической последовательности и автоматизации правильных действий при внезапном появлении автомобиля. Применение алгоритма существенно ускоряет выполнение адекватных действий за счет резкого сокращения времени принятия решений и автоматизации движений.

Использование методики диагностики баланса НС в работе с детьми с РАС

Баланс НС характеризуется уравниваемостью между процессами возбуждения и торможения. При этом характеристикой баланса НС являются не абсолютные величины возбудительного и тормозного процессов, а соотношение между ними. У представителей возбудимого типа в этом соотношении (балансе) преобладают процессы возбуждения. У представителей же тормозного типа баланс смещен в сторону торможения.

На АПК «Активациометр» диагностика баланса НС осуществляется *без проведения отдельной процедуры исследования* на основании дополнительной математической обработки результатов диагностики подвижности НС, осуществляемой автоматически.

1. Используя в работе с детьми с РАС результаты баланса НС, следует учитывать, что при равной степени РАС представители *возбудимого типа* отличаются большей разнообразием и контрастностью эмоциональных проявлений, экзальтированностью, перепадами настроений. Для них характерны чрезмерные эмоциональные реакции на различные внешние и внутренние раздражители. Им сложнее сдерживаться в ситуациях игры или общения.

Представители же *тормозного типа* отличаются, напротив, сдержанностью и однообразием в эмоциональных проявлениях. Эмоциональные реакции таких детей в ситуациях игры или общения, порою, бывают недостаточными для эффективной внутренней мотивации. Это, в свою очередь, обуславливает их недостаточную активность.

2. Результаты диагностики баланса НС следует учитывать при формировании групп детей с РАС. Для детей возбудимого типа характерны более активные реакции на происходящее, они быстрее проявляют активность и столь же быстро «остывают». Тормозному типу, напротив, присущи более заторможенные, сглаженные реакции на происходящее. Они медленнее проявляют активность, но их активность более устойчива.

3. Использование результатов диагностики баланса НС необходимо при формировании у детей с РАС адекватного стиля поведения и общения.

У детей возбудимого типа следует смягчать, сглаживать характерные для них слишком бурные реакции на происходящее, их повышенную экзальтацию. Детей же тормозного типа следует ориентировать на более яркие, более эмоциональные проявления в деятельности и общении.

23. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики лабильности НС в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Термин «лабильность» предложен Н.Е.Введенским. Она понимается как функциональная подвижность НС на уровне нейронов и нейронных цепей. Лабильность (от лат. *labilis* – скользящий, неустойчивый) – максимальное число импульсов, которое нервная клетка или функциональная структура может передать в единицу времени без искажений. Лабильность характеризует скорость возникновения и прекращения нервных процессов.

На приборе АЦ-9К-2Т диагностика лабильности нервной системы осуществляется общепринятым методом регистрации критической частоты световых мельканий (КЧСМ).

Лабильность НС - это функциональная подвижность НС на уровне нейронов и нейронных цепей. На АПК «Активациометр» величина лабильности диагностируется методикой регистрации критической частоты световых мельканий (КЧСМ). Испытуемому предъявляют световые мелькания прямоугольной формы с частотой от 7 до 60 герц. Мерой лабильности считают среднее арифметическое между частотой слияния и частотой появления отдельных мельканий (разделения).

Описание методики диагностики лабильности НС дано в пп.2.6 части II учебного пособия, прилагаемого к прибору.

Наряду с величиной лабильности с помощью данной методики диагностируется также устойчивость лабильности, определяемая в % по дельте между величинами слияния и разделения световых мельканий. Устойчивость лабильности обратно пропорциональна величине дельты между величинами слияния и разделения световых мельканий.

При практическом использовании результатов диагностики величины лабильности в работе с детьми с РАС следует учитывать следующее:

1. При равной степени выраженности РАС дети с высокой лабильностью превосходят детей с низкой лабильностью по частоте корректирующих воздействий при сохранении равновесия.

2. По данным нашего исследования (Ю.А.Цагарелли, 1977), лабильность НС является психофизиологической основой эмоциональности человека. Чем выше величина лабильности – тем выше уровень эмоциональности и наоборот, чем ниже общий показатель лабильности – тем ниже уровень эмоциональности.

Это согласуется с наличием положительной связи успешности в музыкальной деятельности с лабильностью нервной системы у детей 6—7-летнего возраста на ранних этапах обучения музыке (Гусева Е.П., Медяников А.И., 1985). В исследованиях студентов музыкальных вузов также обнаружена связь лабильности нервной системы с показателями успешности по музыкальным дисциплинам (Голубева Э.А., Тихомирова И.В., Печенков В.В., Аминов Н.А., 1985; Букреев И.С., 1983). По результатам исследования И.А.Левочкиной (1986), лабильность нервной системы играет важную роль для многих видов музыкальной деятельности, что выявляется в разных возрастных периодах. Это позволяет рассматривать лабильность в качестве одной из важных природных предпосылок развития музыкальных способностей.

3. По данным Э.А.Голубевой и Е.П.Гусевой (1972) люди с высокой лабильностью отличаются лучшим произвольным запоминанием.

4. По данным Н.М.Пейсахова (1968) лабильность связана с частотой движений. Люди с высокой лабильностью способны совершать движения в высоком темпе.

При практическом использовании результатов диагностики устойчивости лабильности НС в работе с детьми с РАС следует учитывать следующее:

Само понятие лабильность предполагает неустойчивость, нестабильность. Однако, как выявлено в нашем исследовании (Ю.А.Цагарелли, 1977), нестабильность связана не с уровнем лабильности, а с ее неустойчивостью. Устойчивость же лабильности способствует общей стабильности человека, предсказуемости поведения и деятельности.

В этой связи при равной степени РАС дети с высокой устойчивостью лабильности НС превосходят детей с низкой устойчивостью лабильности по предсказуемости поведения и деятельности. Поведение же детей с низкой устойчивостью лабильности менее предсказуемо и в большей мере подвержено неожиданным психоэмоциональным взрывам, истерикам и т.п.

Однако отрицательной стороной устойчивой лабильности является своеобразная эмоциональная и творческая закрепощенность человека. При равной степени РАС дети с высокой устойчивостью лабильности НС отличаются меньшей эмоциональной гибкостью и большей стереотипностью поведения.

Вышеизложенное следует учитывать при составлении и реализации индивидуальных реабилитационных программ детей с РАС.

24. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики силы НС в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Сила НС открыта И.П.Павловым в 1922 г. и подробно описана в его трудах, работах его последователей и крупных отечественных ученых Б.М.Теплова, В.Д.Небылицына, Е.А.Климова, Е.П.Ильина и мн. др. Сила НС проявляется в психике, поведении и деятельности любого человека, в том числе – ребенка с РАС. При этом проявления силы НС существенно лучше изучены и более предсказуемы, чем проявления РАС.

Если силу-слабость НС образно сравнить с толщиной кожи, то представители сильной НС напоминают толстокожих животных, преимуществами которых является хорошая защищенность от таких негативных влияний как стрессы, длительные нервно-психические нагрузки, внезапные сильные воздействия на психику. Толстокожие не чувствуют булавочные уколы и комариные укусы.

Представители же слабой нервной системы напоминают животных с тонкой кожей, для которых даже булавочный укол является болезненным. Их слабой стороной является низкая защищенность от длительных нервно-психических нагрузок, стрессов и иных сильных воздействий на психику.

Однако, чем толще кожа, тем ниже ее чувствительность. Поэтому отрицательной стороной сильной нервной системы является низкая чувствительность, что проявляется в высоких абсолютных и дифференциальных порогах ощущений. Вместе с тем, преимуществом представителей слабой нервной системы является более высокая чувствительность, проявляющаяся, соответственно, в более низких абсолютных и дифференциальных порогах ощущений.

Диагностику силы НС у детей с РАС следует осуществлять с помощью методики «Теппинг-тест». Ее описание дано в п. 2.5 учебного пособия, прилагаемого к прибору.

Практическое использование результатов диагностики силы НС в работе с детьми с РАС.

1. Используя в работе с детьми с РАС результаты диагностики силы НС, следует учитывать, что при равной степени РАС дети с сильной НС отличаются большей психологической устойчивостью и выносливостью к сильным и продолжительным раздражителям. Поэтому они более стрессоустойчивы, более терпеливы (могут дольше терпеть неблагоприятные физиологические состояния: усталость, недомогание и т. д.), более реши-

тельные и смелые в опасной ситуации. Однако они обладают менее высокой чувствительностью и внушаемостью.

Дети со слабой НС по сравнению с предыдущими отличаются высокой абсолютной чувствительностью, большой быстротой реагирования на сигналы, более высокой монотонностью, внушаемостью, нейротизмом, эмоциональностью. Не склонны к риску, стараются избегать ответственности и конфликтов, нерешительны, не могут долго терпеть неблагоприятные физиологические состояния.

2. Слабость НС и связанная с ней высокая чувствительность является адекватной основой для развития некоторых способностей, например, музыкальных, художественных. При этом детям со слабой НС лучше удастся создание и исполнение произведений, требующих эмоциональной тонкости, детализации, сентиментальности, камерности. Обладатели же сильной НС тяготеют к большей эмоциональной яркости, напряженности, масштабности, более смелым творческим решениям.

3. Слабость НС связана с быстротой реагирования, т.к. уровень активации в покое у лиц со слабой НС, выше, чем у лиц с сильной НС. (Е.П.Ильин, 2003, с.231). При этом «слабые» быстрее реагируют на сигналы малой и средней интенсивности. Однако при сильных раздражителях это преимущество теряется: эффективность реагирования у «слабых» снижается, а у «сильных» - возрастает. Характерно, что между силой НС и временем реакции в зоне слабых раздражителей выявлена отрицательная корреляция, а в зоне сильных раздражителей – положительная (Н.М.Пейсахов, 1974). Это следует учитывать при проведении коррекционных занятий с детьми с РАС.

4. Известно, что дети со слабой НС психологически более уязвимы, чем дети с сильной НС. Поэтому представители слабой НС, избегая напряженности в отношениях и взаимодействии с другими людьми, склонны занимать подчиненное, зависимое положение. Однако более высокая чувствительность у детей со слабой НС, способствует обнаружению проблемных ситуаций в сфере межличностных отношений, что в какой-то мере облегчает формирование общительности. Это следует учитывать при формировании групп детей с РАС.

Из-за того, что дети со слабой НС психологически более уязвимы, чем дети с сильной НС, на фоне РАС они больше предрасположены к возникновению дополнительных психологических проблем, требующих психологической коррекции.

5. При осуществлении коррекционно-развивающих мероприятий следует учитывать, что дети со слабой НС отличаются более частым и качественным прогнозированием, что способствует меньшему допуску перехода сложной ситуации в критическую.

6. Меньшую стрессоустойчивость детей со слабой НС следует учитывать при их подготовке к выходу в более широкий социум. Во-первых, особое внимание следует обратить на их подготовленность к взаимодействию, так как недостаточная подготовленность является наиболее частой причиной затруднения, которое может повлечь за собой стресс и психическую травму. Поэтому при недостаточной подготовленности ребенка лучше отложить расширение его социальных контактов, чем допустить психическую травму.

Во-вторых, необходимо заранее подготовить алгоритмы выхода из затруднительного положения. Следует заранее подготовить «опорные точки», т.е. действия, с которых можно уверенно продолжить общение. В случае затруднения ребенок осуществляет это действие и продолжает общение. Например, сверстник отпустил в сторону ребенка с РАС злую (хамскую) шутку. Эту шутку следует проигнорировать (вместе с «шутником») и обратиться к другому сверстнику с заранее подготовленным на такие случаи вопросом по поводу какой-то совместной игры, учебных занятий и т.п.

25. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики динамики работоспособности в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Работоспособность - это способность качественно и целенаправленно выполнять умственную или физическую работу с необходимой и достаточной для достижения поставленной цели энергией.

У ребенка с РАС темп, работоспособность и продуктивность его деятельности в целом снижены, иногда неравномерны.

Уровень работоспособности ребенка с РАС зависит от ряда факторов: физиологических (функциональная зрелость организма, функциональное состояние, здоровье), психологических (подготовленность, мотивация, самочувствие, эмоциональное состояние). Поэтому уровень и динамика работоспособности имеют существенные индивидуальные различия. Учет индивидуальной динамики работоспособности позволяет рационально построить процесс развития, снизить функциональное напряжение организма и повысить эффективность коррекционной работы.

Работоспособность отражает внутренние функциональные возможности ребенка, а динамика работоспособности отражает изменения энергичности и качества выполнения заданий в процессе достижения поставленной цели.

Методика диагностики динамики работоспособности описана в п. 2.8 части II учебного пособия, прилагаемого к прибору. Она **не требует отдельной процедуры диагностики**. Диагноз ставится на основе дополнительной математической обработки результатов «Теппинг-теста»

Используя методику диагностики динамики работоспособности в работе с детьми с РАС, следует учитывать, фазы работоспособности и их индивидуальные проявления:

1 фаза - предстартового состояния характеризуется индивидуальными проявлениями состояний до начала работы: а) состоянием боевой готовности, б) состоянием перевозбуждения, в) состоянием стартовой апатии.

Предстартовое состояние боевой готовности отличается ориентацией на высокие показатели, уверенностью в своих силах, высокой деловой мотивацией. Благодаря этому с самого начала выполнения задания такой ребенок работает ровно, достаточно быстро и уверенно.

Состояние перевозбуждения характеризуется повышенной нервозностью, чрезмерной напряженностью, которая у одних детей проявляется в скованности, а у других - в релаксации психомоторики (мышцы становятся «ватными»). Перевозбуждение негативно влияет на результативность выполнения задания. Внимание такого ребенка с переживаний за себя следует переориентировать на процесс и результат качественного выполнения задания. В результате состояние перевозбуждения может смениться состоянием боевой готовности.

Состояние стартовой апатии проявляется в вялости, сонливости. Для такого ребенка деятельность лишена смысла. Из-за этого низок стартовый результат, особенно в начале выполнения задания. Такого ребенка следует убедить в необходимости выполнения задания (работы). Благодаря этому задание приобретет для него смысл, возникнет необходимая позитивная мотивация. В результате состояние апатии может смениться состоянием боевой готовности.

2 фаза – вработывание. Фаза вработывания, или нарастающей работоспособности — период, в течение которого совершается переход от состояния покоя к рабочему состоянию, т.е. преодоление инертности покоя системы и налаживания координации между участвующими в деятельности системами организма. В течение этого периода происходит перестройка физиологических функций от предшествующего вида деятельности ребенка к выполнению задания.

Необходимость времени вработывания связывают с временем преодоления инерции покоя или предшествующей деятельности для перевода интенсивности функционирования систем, обеспечивающих деятельность, на более высокий уровень. Другим важным фактором, обуславливающим необходимость периода вработывания, является налаживание координационных связей между нервными центрами и работающими системами. В результате повышается коэффициент полезного действия затрачиваемых усилий – энергетические траты на единицу работы становятся по мере вработывания все меньше и меньше.

Вработывание имеет существенные индивидуальные вариации и может быть быстрым или медленным.

В данной методике о быстром вработывании свидетельствует факт максимальной работоспособности уже в первом пятисекундном отрезке, после чего кривая работоспособности не превышает в последующих временных интервалах.

О медленном вработывании свидетельствует факт более низкой работоспособности на начальном этапе (первом пятисекундном отрезке), после чего кривая работоспособности существенно повышается на последующих пятисекундных отрезках.

3 - фаза оптимальной работоспособности характеризуется устойчивой высокой работоспособностью. Для нее характерно, что в организме ребенка устанавливается относительная стабильность или даже некоторое снижение напряженности функций. Фаза устойчивой работоспособности зависит от индивидуальных особенностей ребенка и степени сложности выполнения задания.

О начале фазы оптимальной работоспособности в графике теппинг-теста свидетельствует начало самых высоких результатов. У испытуемых с быстрой вработываемостью период оптимальной работоспособности может начаться очень рано (практически одновременно с началом работы). Об этом свидетельствует факт высокой работоспособности в первом пятисекундном отрезке. У испытуемых с медленной вработываемостью период оптимальной работоспособности начинается позже.

О продолжительности периода оптимальной работоспособности свидетельствует тип кривой теппинг-теста. Если после достижения максимального результата кривая резко идет вниз – это свидетельствует о малой продолжительности периода оптимальной работоспособности. Чем дольше кривая остается на высоком уровне или понижается незначительно – тем больше период оптимальной работоспособности.

Период оптимальной работоспособности длится до применения ребенком волевого усилия, которое обычно повышает результативность. Это видно из графика (если во второй половине теста кривая начинает идти вверх, это свидетельствует об окончании периода оптимальной работоспособности).

4 - фаза субкомпенсации (неполной компенсации) характеризуется развитием утомления и связанного с этим падением работоспособности. Она длится от нескольких минут до 1-1,5 часа и характеризуется ухудшением функционального состояния организма и показателей эффективности деятельности ребенка.

Начинается сразу после окончания предыдущей фазы (оптимальной работоспособности). Поэтому описанные выше признаки окончания периода оптимальной работоспособности одновременно свидетельствуют о начале фазы субкомпенсации.

На графике теппинг-теста фаза субкомпенсации начинается сразу после фазы оптимальной работоспособности с момента повышения или выравнивания показателей благодаря успешной компенсации утомления эмоционально-волевыми действиями.

5 - фаза декомпенсации (не является обязательной). **Не желательна для детей с РАС.** Начинается сразу после окончания предыдущей фазы субкомпенсации. Характеризуется яркой выраженностью субъективных и объективных проявлений утомления.

В трудовой и спортивной деятельности фаза декомпенсации является периодом истощения ресурсов организма, ведущего к такому снижению работоспособности, которое обнаруживается в колебаниях продуктивности, росте ошибок и вероятности травм. В этот период обнаруживаются резкие колебания эмоциональной напряженности, волевых усилий.

Проявляется в понижении кривой теппинг-теста, несмотря на значительные волевые усилия.

6 фаза - прогрессивного снижения продуктивности (срыва) не является обязательной и характеризует индивидуальную особенность динамики работоспособности человека. **Не желательна для детей с РАС.**

Причиной **прогрессивного снижения продуктивности** является значительное нарушение функциональных возможностей человека. При неблагоприятных условиях (плохом самочувствии, низкой мотивации, плохой организации деятельности) фаза срыва может приобрести характер полного отказа.

Продолжение в фазе срыва деятельности опасно как большими потерями результативности (вплоть до отказа), так и потерями для здоровья из-за стресса и сильного нервно-физического утомления.

В данной методике эта фаза отражается в резком падении кривой теппинг-теста, несмотря на все усилия испытуемого. Характеризуется резким ухудшением работоспособности ребенка на последнем этапе выполнения задания (обычно на последних 15 – 20 % общего времени).

Не следует давать ребенку установку на удержание высокого уровня работоспособности при больших потерях результативности, т.к. это может привести к потерям для его соматического и психического здоровья.

Фаза 7 - конечный порыв (не является обязательной). **Не желательна для детей с РАС.** Эта фаза является фазой особого состояния и может возникнуть в случаях особой необходимости. Конечный порыв проявляется в росте продуктивности за счет волевой мобилизации на последнем этапе (последних 15 – 20 % от общего времени выполнения задания) в условиях продолжающегося нарастания утомления.

В спорте фаза конечного порыва известна под названием «второго дыхания». Конечный порыв чреват потерями для здоровья из-за стресса и предельного нервно-физического утомления. Поэтому старайтесь не допускать ребенка с РАС до фазы конечный порыва. Эта фаза отражается в повышении кривой теппинг-теста в последнем (шестом) пятисекундном отрезке.

Меры повышения работоспособности и профилактики утомления детей с РАС:

1. Своевременное использование активного или (и) пассивного отдыха.
2. Использование микропауз как промежутков между отдельными действиями.
3. Использование чередования физической и умственной нагрузки.
4. Использование функциональной музыки.
5. Использование воздействий, повышающих поток афферентных импульсов в центральной нервной системе, в частности: выполнение гимнастики между занятиями, раздражение кожных покровов при выполнении самомассажа и взаимомассажа головы, лица, шеи, туловища.
6. Использование аутогенной и психорегулирующей тренировки, дыхательной гимнастики.
7. Использование по согласованию с врачом фармакологических препаратов, снижающих утомление: женьшеня, элеутерококка, глюкозы, витамина С, и др.

26. Цагарелли Ю.А. Использование методики диагностики и коррекции реакции на движущийся объект в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцептор», 2019.

Для многих детей с РАС характерны нарушения интегративной функции мозга по восприятию времени и пространства, а также нарушения полимодальной функции восприятия пространства и времени, осуществляемого анализаторными системами разных модальностей. Для диагностики и коррекции этих нарушений у детей с РАС целесообразно использовать методику диагностики и коррекции реакции на движущийся объект (РДО). При этом даже простое выполнение процедуры диагностики РДО, а, тем более выполнение процедуры коррекции РДО, способствует коррекции вышеуказанных нарушений интегративной функции мозга.

Дело в том, что точность реакции на движущийся объект зависит от точности ощущения времени и пространства, а также – от точности психомоторных действий. При этом включаются физиологические механизмы, осуществляющие все большую точность работы всей системы, и постепенно достигается все более высокий уровень координации подсистем: зрительного и двигательного анализаторов - объединенных для решения поставленной задачи. Известно, что координация отдельных подсистем в целостной деятельности осуществляется лобными долями коры головного мозга, которым свойственны информационные, энергетические и регулирующие функции (А.Р.Лурия, 1970).

В реакциях на движущийся объект раскрываются особенности интегративной функции мозга в деятельности по восприятию времени и пространства. Согласно концепции Б.Г.Ананьева (1961), процесс восприятия пространства и времени является функцией полимодальной, т. е. осуществляется анализаторными системами разных модальностей, и полифункциональной — с участием многих систем организма. В ряде исследований установлено, что процесс восприятия времени и пространства является результатом совместной деятельности многих анализаторов и связан с интегральной работой коры больших полушарий мозга. При этом важнейшее значение имеет двигательный анализатор, афферентные импульсы которого играют роль обратной связи в осуществлении движений и оценке пространственно-временных отношений (И.М.Сеченов, 1952; Н.А.Бернштейн, 1966; и др.).

Методика диагностики и коррекции РДО описана в п. 2.7 части II учебного пособия, прилагаемого к прибору.

Используя методику диагностики и коррекции РДО в работе с детьми с РАС, следует учитывать, следующее:

1. Показатели точности РДО служат чутким индикатором функционального состояния нервной системы, а вариационный размах РДО позволяет обнаружить нарушения регулирующей функции мозга задолго до того, как эти нарушения проявятся в субъективных ощущениях, в вегетативных сдвигах.

2. Величина вариационного размаха РДО коррелирует с вариативностью других психических и вегетативных функций: временем простой двигательной реакции, временем сосредоточения внимания, колебаниями температуры тела и потоотделения. Чем меньше вариационный размах РДО, тем меньше вариативность других показателей и тем стабильнее поведение и деятельность, выше эмоциональная и сенсомоторная устойчивость.

Это подтверждает целесообразность использования методики РДО не только для диагностики, но и для стабилизации указанных психических функций, а также поведения и деятельности ребенка с РАС.

3. Методику диагностики и коррекции РДО следует использовать при формировании безопасного дорожного поведения детей с РАС. Младшим школьникам сложно точно оценить расстояние до движущегося транспортного средства и, тем более, время его приближения. Им сложно быстро осуществлять и координировать психомоторные действия в соответствии с возникающей ситуацией. При этом младшие школьники имеют высокую тенденцию РДО к запаздыванию. Характерно, что даже здоровые дети по результатам опроса причиной попадания в ДТП называют факт запоздалой реакции (не заметили движущийся автомобиль и не успели среагировать). Поэтому методику РДО следует использовать для ускорения ответной реакции.

4. При решении психосоматических проблем следует учитывать, что показатель средней величины ошибок запаздывания (ОшЗ) коррелирует с пониженной частотой дыхания (В.П.Лисенкова, 1968), а также с относительной брадикардией, т. е. пониженной частотой сердечных сокращений.

Показатель средней величины ошибок упреждения (ОшУ) коррелирует с повышенной частотой дыхания (В.П.Лисенкова, 1968), а также с относительной тахикардией т. е. повышенной частотой сердечных сокращений

5. При составлении и реализации индивидуальной программы развития психомоторики, следует учитывать, что методика РДО способствует развитию психомоторики, а показатели точности РДО улучшаются параллельно росту уровня психомоторного развития.

6. При проведении профориентации детей с РАС, следует учитывать, что точность РДО обуславливает успешность многих видов профессиональной деятельности.

7. Индивидуальные особенности РДО могут использоваться для формирования индивидуального стиля деятельности в труде, обучении и спорте. Так, у игроков атакующего стиля преобладают упреждающие реакции на движущийся объект, а у игроков защитного стиля запаздывающие реакции.

27. Цагарелли Ю.А. Использование методик диагностики и коррекции психоэмоциональных состояний в работе с детьми с РАС. Казань: МНПО «Акцентор», 2019.

Вся жизнедеятельность и активность ребенка с РАС проходит на фоне того или иного психического состояния (ПС). При этом из четырех основных уровней ПС (дремотное состояние, пассивное бодрствование, активное бодрствование, чрезмерное бодрствование) только активное бодрствование оказывает благоприятное влияние на эффективность коррекционно-развивающей работы. Остальные уровни ПС понижают эффективность из-за заниженной (дремотное состояние и пассивное бодрствование) или завышенной (чрезмерное бодрствование) активации. В случае чрезмерной активации психоэмоциональная устойчивость может понизиться ниже критического уровня до психоэмоционального срыва в форме истерики, взрыва агрессии или самоагрессии.

Поэтому для детей с РАС коррекция психоэмоционального состояния является одной из важнейших самостоятельных задач, что подчеркивается многими авторитетными специалистами. При синдроме Аспергера и «мягких» вариантах РАС им сложно или невозможно считывать эмоциональный контекст социальной ситуации. Наиболее тяжелые формы РАС проявляются в аффективных вспышках; в социальной отрешенности из-за невозможности понимания чувств других людей; в неадекватности реагирования на эмоциональный комфорт и дискомфорт; в эмоциональной и эмоционально-волевой незрелости.

Психоэмоциональные состояния (ПС) обычно рассматривают по количественному и качественному критериям. Количественным критерием является уровень психической напряженности, обусловленный величиной активации полушарий головного мозга. Качественный критерий обусловлен вкладом каждого полушария в психическое состояние. У правшей правое полушарие «вкладывает» психоэмоциональные состояния, обусловленные образами, а левое – когнитивные состояния.

По аналогии с четырьмя основными показателями ФАП, различают ситуативный, индивидуально-типологический, деятельностно-ситуативный и деятельностно-стереотипный показатели ПС.

- **Ситуативный показатель** отражает уровень психоэмоционального тонуса (напряженности), уровень ПС в той или иной конкретной ситуации.

- **Индивидуально-типологический показатель**, обычно именуемый эмоциональной реактивностью, отражает типичный для данного ребенка психоэмоциональный фон, его индивидуальную психоэмоциональную норму.

- *Деятельностно-ситуативный показатель* отражает уровень ПС в ситуации конкретной деятельности, например, в игре.

- *Деятельностно-стереотипный показатель* отражает индивидуальный психоэмоциональный стереотип в той или иной деятельности, т.е. типичное для данного ребенка ПС в конкретной деятельности, например, при рисовании.

Методика диагностики и коррекции психического состояния методом регистрации активации полушарий головного мозга описаны в п. 2.7 части II учебного пособия, прилагаемого к АПК «Активациометр».

Если ребенку трудно самостоятельно приложить ладони к пластинам «Активациометра», то помогите ему. Прикладывая его ладони к пластинам прибора, следите, чтобы Ваши руки не касались этих пластин.

При использовании в работе с детьми с РАС методик диагностики и коррекции психического состояния, следует учитывать следующее:

1. Существенной опасностью для детей с РАС являются даже эпизодические негативные эмоциональные состояния и эмоциональные срывы, т.к. эти срывы провоцируют рецидивы и обострения РАС, мешают процессу коррекции, провоцируют обострение имеющихся или (и) появление новых психосоматических заболеваний. Поэтому нужен постоянный диагностический мониторинг психического состояния ребенка с РАС с целью профилактики эмоциональных срывов.

2. У детей с высокой и средней тяжестью РАС усвоение новой информации возможно лишь на протяжении достаточно короткого промежутка времени. Но эффективность занятий будет значительно выше, если организовать их процесс таким образом, чтобы в случае пресыщения одним видом деятельности или контактом с партнером (что видно по существенному понижению показателей АП и ПС), ребенок мог тут же сменить деятельность или, соответственно, партнера, а не уйти в привычное для него стереотипное действие.

Если динамика ПС ребенка не учитывается, то даже у здоровых учащихся начальных классов учебная нагрузка вызывает состояние, близкое к хроническому стрессу (В.Н.Безгодов, Т.Х. Губайдулина, 1995). Стрессовая ситуация и возрастающая учебная нагрузка, которая часто не соответствует функциональному состоянию организма первоклассника, вызывает перенапряжение механизмов адаптации, а в отдельных случаях и ее срыв (Э.М. Шереметьева, Н.П.Сетко, 1999).

3. Длительное пребывание детей с РАС в условиях стресса способствует «закреплению» негативных сдвигов в физиологических реакциях на развивающийся детский организм, что формирует невротические расстройства с последующей их соматизацией и преобладанием в клинической картине висцеральных синдромов в виде нарушений деятельности сердца, желудка, кишечника и других органов. В большинстве случаев эти нарушения носят функциональный характер, но наряду с этим в некоторых органах происходят морфологические изменения в виде язвы желудка, перерождения паренхимы.

Поэтому систематическая диагностика ПС необходима для оперативного контроля над эффективностью и безопасностью деятельности и жизнедеятельности ребенка с РАС, над состоянием его здоровья.

4. Использование мониторинга и коррекции ПС для профилактики психосоматического цикла. Если в процессе мониторинга у ребенка с РАС выявлен чрезмерно высокий показатель ПС (в 1,7 и более раза превышающий индивидуально-типологический показатель) это говорит об опасности запуска психосоматического цикла и необходимости коррекции психоэмоционального состояния.

Дело в том, что от психического состояния самым непосредственным образом зависит состояние соматического здоровья ребенка с РАС. Т.к. большинство психосоматических проблем обусловлено наличием общих звеньев в механизмах психических и соматических регуляций. Так, при психогениях в 100% случаев наблюдаются вегетативные дисфункции (А.М.Вейн, А.Д.Соловьёва, 1973).

При этом сама соматическая патология становится источником еще одной психотравмирующей ситуации, значительно ухудшающей психическое состояние, усиливающей тревогу и депрессию. Ухудшение психического состояния, в свою очередь, приводит к ухудшению соматического состояния. Вследствие всего этого формируется так называемый психосоматический цикл, в котором психогенное и соматогенное поочередно выступают в форме то причины, то следствия (М.В.Коркина, 1998).

Следует учитывать, что негативные последствия имеет только эмоционально отрицательный стресс. Эмоционально положительное возбуждение выполняет функцию стимуляции и не запускает психосоматический цикл. Положительное возбуждение тоже повышает показатель ПС, но отличается от эмоционально отрицательного стресса проявлениями радости, удовольствия, веселья.

5. Индивидуально-типологический показатель ПС необходим при составлении психологического портрета ребенка. В случаях чрезмерного завышения индивидуально-типологического показателя ПС от нормы в 1,7 раз и более следует отнести ребенка к группе риска по возможному возникновению психосоматических проблем.

6. Деятельностно-ситуативный показатель ПС необходимо учитывать при принятии решения о целесообразности или нецелесообразности продолжения занятий ребенка с РАС. В случаях отклонения деятельностно-ситуативного показателя от индивидуально-типологического в 1,7 раза и более лучше сделать временный перерыв в работе для приведения ПС в норму.

Аналогичным образом этот показатель ПС необходимо учитывать в школьных занятиях при принятии решения о продолжении или отмене сложной или (и) напряженной учебной, спортивной или игровой деятельности ребенка.

7. Деятельностно-стереотипный показатель ПС необходимо учитывать при формировании индивидуального стиля деятельности ребенка с РАС.

Если деятельностно-стереотипный показатель ПС ниже индивидуально-типологического – это свидетельствует об утомлении или недостаточной мотивации. Если деятельностно-стереотипный показатель ПС выше индивидуально-типологического – это свидетельствует о том, что данная деятельность вызывает у ребенка повышенную напряженность.

В любом случае следует принимать меры к оптимизации индивидуального стиля деятельности. Об эффективности оптимизации будет свидетельствовать приближение деятельностно-стереотипного показателя ПС к индивидуально-типологическому показателю.

Коррекция психоэмоциональных состояний ребенка с РАС

О необходимости коррекции (регуляции и саморегуляции) психоэмоциональных состояний детей с РАС говорят все исследователи этой проблемы.

Известно большое количество методов и методик коррекции психоэмоциональных состояний с помощью регуляции и саморегуляции: функциональная музыка, релаксирующий и тонизирующий массаж, ароматерапия, библиотерапия, психорегулирующая тренировка (ПРТ), психомышечная тренировка (ПМТ), аутогенная тренировка (АТ), дыхательная гимнастика, психотропные средства, суггестивные воздействия и др.

При этом регуляция ПС по возможности должна стремиться к переходу в саморегуляцию ПС, т.к. именно саморегуляция дает максимальный эффект и возможность управлять своим психическим состоянием вне зависимости от внешних условий. Для осуществления такого перехода вначале следует предъявить ребенку соответствующий стимул (картину природы, музыкальное произведение, видеоряд и др.) с установкой на запоминание этого стимула. После этого зарегистрируйте на АПК «Активациометр» показатели ПС, АП и ФАП.

Затем попросите ребенка как можно полнее мысленно представить увиденную картину или услышанную музыку, уберите стимул и снова зарегистрируйте показатели ПС, АП и ФАП.

Чем полнее ребенку удалось выполнить задание (мысленно представить увиденную картину или услышанную музыку), тем в большей мере показатели ПС, АП и ФАП, зарегистрированные после предъявления стимула, будут соответствовать показателям, зарегистрированным после мысленного его представления.

1. Так, быстрый и сильный релаксирующий эффект дают мысленные представления картин природы. Предъявите ребенку картину или фото красивой поляны в летнем лесу, а затем попросите его как можно отчетливее мысленно представить эту картину.

Представьте эту полянку сами и помогите ребенку получить отчетливое представление, например, следующими словами: «Представь, что ты находишься на удивительно красивой лесной поляне. Тихо, лишь слабый ветерок слегка покачивает ветки деревьев. Сквозь густую крону местами пробиваются мягкие солнечные лучи. Ты прилеж на траву, расслабился. Наслаждаешься дивной природой, тишиной, лесным ароматом. Постарайся представить эту картину как можно более отчетливо. Погрузись в ее созерцание».

2. Хорошо релаксируют и картины берега реки или озера. Предъявите ребенку картину или фото берега реки или озера, а затем попросите его как можно отчетливее мысленно представить эту картину. Можно помочь ему словами: «Представь, что ты находишься на берегу реки (озера). Ласковое солнце клонится к закату. Ты лежишь на песке и ни о чем не думаешь, просто любишь картину воды. Слабый, приятный ветерок приятно охлаждает кожу. Шелестят волны. Тебя обволакивает нега и спокойствие. Постарайся представить эту картину как можно более отчетливо. Погрузись в нее».

3. Аналогичным образом можно регулировать ПС с помощью функциональной музыки, массажа, ароматов. Выявлено, что их сочетание усиливает воздействие на психоэмоциональное состояние. Комплексное релаксирующее воздействие музыкой, массажем и ароматами эффективно для проведения психокоррекции и имеет выраженный седативный эффект. При этом ароматы, как тонизирующие, так и релаксирующие приближают психоэмоциональное состояние к оптимуму. Несмотря на то, что музыка воздействует через слуховой анализатор, а ароматы – через обонятельный, психологические механизмы этих воздействий имеют определенное сходство.

В психокоррекционной работе следует учитывать, что комплексное тонизирующее воздействие слабее, по сравнению с комплексным релаксирующим воздействием. Возможно, это связано с тем, что тонизирующий эффект обуславливается прежде всего влиянием на парасимпатическую систему, которая изначально находится в более высоком тоне, чем симпатическая. Поэтому тонизация наступает медленнее, чем релаксация.

4. Учет показателя ПС в коррекционно-развивающей работе предполагает диагностику ПС и сопоставление эффективности выполнения задания с показателем ПС. Например, для сильного ученика причиной низкого ПС может быть слишком легкий материал, а для слабого – слишком трудный. Первому учитель усложняет задание, второму – помогает. В любом случае приближение деятельностно-ситуативного показателя ПС к индивидуально-типологическому показателю ПС свидетельствует об эффективности коррекции. Эксперименты показали, что за 5-8 уроков можно путем такого индивидуального подхода к здоровым ученикам повысить усвоение учебного материала у 90% учащихся (Р.Ф.Сулейманов, 2009). Можно предположить, что у детей с РАС аналогичный эффект будет наблюдаться при большем количестве уроков. (Р.Ф.Сулейманов, 2009).

5. Учет динамики ПС в организации учебного процесса. При организации учебного процесса следует учитывать, что у «успешных» учащихся кривая изменений ПС в течение учебного дня выглядит более рельефно (резкий подъем на уроках и не менее резкий спад на переменах), а у слабо успевающих учащихся изменения менее значительные как на уроках, так и на переменах, многие слабо успевающие ученики однородно спокойны. (Р.Ф.Сулейманов, 2009). В этой связи необходимо добиваться существенного повышения психоэмоциональной активности на уроках слабо успевающих учащихся и контролировать этот показатель на основе результатов диагностики ПС.

Если тенденция к повышению ситуативного показателя ПС у большинства учащихся сохраняется на одних и тех же уроках, то это свидетельствует о личностной значимости изучаемого предмета, заинтересованности учащихся, личности педагога.

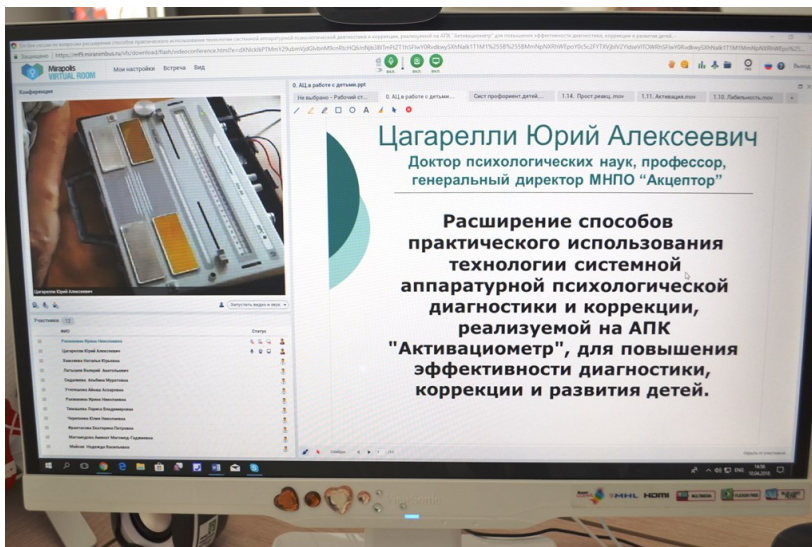
6. Своевременная информация о чрезмерно напряженных ситуативных ПС ребенка с РАС способствует профилактике конфликтов агрессивного и аутоагрессивного поведения, профилактике травматизма.

Чрезмерно низкий индивидуально-типологический показатель ПС у ребенка с РАС может являться следствием дистанцирования от социальных и личностных раздражителей, сопутствующей болезни, утомления.

28. Специалисты астраханского центра «Коррекция и развитие» ознакомились с новыми возможностями аппаратного комплекса. Астрахань.2018. / [Электронный ресурс] - URL: Astrahan.BezFormata.ru/word/aktivatciometr...

В научно-практическом центре реабилитации детей «Коррекция и развитие» прошёл вебинар с отечественным разработчиком аппаратного диагностического комплекса «Активациометр» Юрием Цагарелли.

Доктор психологических наук, профессор высших учебных заведений Казани, предложил научному сообществу термин «системная психологическая диагностика», разработал её теорию и методы. Центр одним из первых в Астраханской области внедрил в работу аппаратный комплекс с целью диагностики функциональной асимметрии полушарий головного мозга (ФАП) и психоэмоциональных состояний (ПС) детей, а также результативности проведённых реабилитационных и абилитационных мероприятий.



Специалисты регионального ресурсного центра по комплексному сопровождению детей с расстройствами аутистического спектра организовали трансляцию для всех заинтересованных лиц в регионе, включая организации, подведомственные министерству социального развития и труда, министерствам образования и здравоохранения, а также учебные заведения.

Сегодня речь шла о новых способах практического использования АПК «Активациометр» для повышения эффективности диагностики, коррекции и развития детей с расстройствами аутистического спектра, а также в профориентационной работе с подростками. Разработчик рассказал об инновационных особенностях системной профориентации, поделился алгоритмом проведения диагностических мероприятий.

«Практика применения системной аппаратурной психологической технологии с применением АПК «Активациометр» на протяжении семи лет показала её эффективность, - прокомментировала заведующая отделением комплексной экспертизы и диагностики Марина Мельникова. – Аппаратурная диагностика важных свойств, находящихся на всех уровнях структуры личности, даёт возможность для всех видов психолого-педагогической работы с детьми».

29. Цагарелли Ю.А., Цагарелли Е.Б. Использование аппаратурно-программного комплекса «Активациометр» в практике психотерапии «Recall healing». Программа повышения квалификации. Казань: МНПО «Акцептор», 2017.

Целевая аудитория: клинические психологи, психотерапевты и др. специалисты, работающие по методу Recall healing.

Ожидаемые результаты. Повышение эффективности и конкурентоспособности психотерапевтов, клинических психологов и др., работающих по методу Recall healing.

Актуальность. Практика терапии «Recall healing» предполагает абсолютную уверенность пациента в действенности этой методики. «Без абсолютной уверенности (где нет места ни надеждам, ни сомнениям), исцеление невозможно или оно будет не окончательным» (Жильберт Рено). Формированию такой уверенности, особенно у пациентов с высокой критичностью мышления, способствует аппаратурная объективизация эмоциональной значимости воспоминаний, текущих и итоговых терапевтических результатов. Для повышения эффективности терапии Recall healing необходимы также: а) целенаправленная коррекция терапевтических воздействий на основе их объективной аппаратурной экспресс-диагностики как обратной связи; б) учет индивидуальных особенностей пациентов по результатам точной аппаратурной диагностики.

Вышеизложенное свидетельствует об актуальности использования в практике терапии Recall healing методов системной диагностики человека на АПК «Активациометр» как наиболее подходящей для этих целей диагностической аппаратуре.

Цель. Повышение эффективности и конкурентоспособности клинических психологов, психотерапевтов и др. специалистов, работающих по программе Recall healing.

Задачи.

1. Обучение специалистов (клинических психологов, психотерапевтов и др.) методам системной диагностики и коррекции человека с помощью АПК «Активациометр».

2. Формирование у специалистов (клинических психологов, психотерапевтов и др.) умений и навыков использования методик системной диагностики и коррекции на АПК «Активациометр» в практике терапии «Recall healing».

Содержание программы «Использование аппаратурно-программного комплекса «Активациометр» в практике терапии «Recall healing»

Раздел 1. Экспресс-диагностика (мониторинг) в процессе консультирования. Эта диагностика включает в себя:

1.1. Диагностику психических состояний (ПС) и функциональной асимметрии полушарий головного мозга (ФАП) клиента **как средство биологической обратной связи (БОС) для:**

б) повышения эффективности консультирования за счет целенаправленной коррекции воздействий клинического психолога (психотерапевта);

в) повышения доверия со стороны клиента к проводимой коррекционно-терапевтической работе за счет оперативной визуализации текущих и заключительных результатов.

1.2. Диагностику адекватности эмоциональных и когнитивных реакций на воспоминания клиента о пережитых конфликтах в определенном возрасте и на иные возможные

причины заболевания (методика диагностики адекватности эмоциональных и когнитивных реакций) для:

а) проверки гипотез о причинах заболевания с помощью измерения эмоциональных и когнитивных реакций на воспоминания клиента о пережитых конфликтах в определенном возрасте.

б) формирования у пациентов уверенности, в действенности методики.

1.3. Диагностику состояния проблемного внутреннего органа (методом акупунктурной диагностики) для мониторинга эффективности терапевтического воздействия.

Раздел 2. Предварительная диагностика индивидуальных особенностей клиента для:

а) повышения эффективности терапии за счет учета индивидуальных особенностей в процессе работы с клиентом.

б) индивидуального подбора способов саморегуляции ПС (методика диагностики саморегуляции ПС);

в) установления благоприятного настроения на совместную работу клинического психолога (психотерапевта) с клиентом.

Предварительная диагностика включает в себя:

2.1. Диагностику индивидуально-типологических особенностей умственной деятельности по методике регистрации ФАП и ведущей руки

а) для создания критерия оценки адекватности эмоциональных и когнитивных реакций на воспоминания клиента в процессе консультирования;

б) для индивидуализации способов психотерапевтического воздействия (с помощью образов и эмоций или слов и символов).

2.2. Диагностику силы нервной системы (НС) по методике «Теппинг-тест» для выявления:

а) возможности пациента противостоять стрессу и другим негативным воздействиям,

б) его внушаемости, природной чувствительности и ранимости.

2.3. Диагностику саморегуляции ПС для выявления:

а) возможности пациента управлять своими состояниями в психотерапевтических целях;

б) определения необходимости обучения приемам саморегуляции ПС;

в) определения эффективности применяемых пациентом приемов саморегуляции ПС;

2.4. Диагностику лабильности НС по методике критической частоты световых мельканий («КЧСМ») для оценки:

а) устойчивости-импульсивности и предсказуемости поведения клиента,

б) его природной эмоциональности.

2.5. Диагностику эмоциональной чувствительности для:

а) выявления особенностей эмоциональной реакции клиента на значимые психотравмирующие события его жизни;

б) индивидуального подбора терапевтических воздействий с учетом эмоциональной чувствительности пациента.

Раздел 3. Дополнительные услуги. Системная диагностика и коррекция на АПК «Активациометр» для:

- Оптимизации семейных отношений,
- Повышения успеваемости в учебе,
- Повышения успешности в различных видах деятельности: трудовой, спортивной, вождении автомобиля, в области искусства и др.
- Профессиональной ориентации, профессионального отбора и профессиональной консультации

Системная диагностика и коррекция на АПК «Активациометр» как дополнительная услуга включает в себя методики, заказанные пациентом. Перечень методик для системной диагностики и коррекции на АПК «Активациометр» дан в приложении 1.

Интерпретация результатов диагностики и коррекции осуществляется по единой 25-бальной шкале. Предусмотрено **автоматическое составление диагностических нормативов** для дифференцированной интерпретации результатов диагностики и развития способностей и качеств по видам деятельности, группам мужчин и женщин, по возрастным группам.

30. Диагностика и коррекция психологического состояния человека при помощи приборов специального назначения учебно-практической лаборатории МГППУ (к вопросу о реабилитации спасателей, пожарных и военных)

Метод функционального биоуправления (ФБУ). М., 2012.

Источник: geum.ru>next/art-209664.php

«Биоуправление—это направленное изменение физиологических параметров организма в нужном для оздоровительных и тренировочных целей направлении.

Метод функционального биоуправления (ФБУ) опирается на универсальный закон адаптации, согласно которому мозг человека для управления функциями организма постоянно получает от всех органов и систем информацию об их состоянии, мгновенно оценивает все положительные и отрицательные результаты взаимодействия с миром и вносит необходимые коррективы.

Это, так называемый, принцип биологической обратной связи (БОС), когда, получая информацию в режиме реального времени, мозг может мгновенно оценить, какие именно телесные ощущения связаны с нужными изменениями и обучается воспроизводить их не случайным образом, а произвольно. Процесс биоуправления характеризуется активным и сознательным участием человека, его основными принципами являются автономность, самоэффективность, обучаемость.

...Биоуправление — это, в первую очередь, обучение человека новой для него деятельности, новым навыкам, но это особая форма обучения. Специфичность ее состоит в том, что обучаются системы организма, произвольно не контролируемые, и осуществляется это при помощи специализированных технических средств.

...Оборудование специального назначения

Программное оборудование, которое находится в Учебно-производственной лаборатории «Информационное обеспечение управления, экономики и психологических программ в ЧС» факультета ГМУ МГППУ, используется для формирования у студентов - будущих спасателей и государственных управленцев, навыков адаптации в стрессовых ситуациях, а также применение данного оборудования на практике для изучения механизмов стрессовых реакций организма с ЧС.

Данная работа осуществляется через реализацию элективного курса «Практикум по реабилитации пожарных, спасателей и военнослужащих».

МНПО «Акцептор». ПРИБОР ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕЛОВЕКА «АКТИВАЦИОМЕТР»

Прибор "АЦ-6" (Активациометр-6) отличается очень широким спектром диагностических возможностей и может быть использован для диагностики наиболее важных параметров: соматических, психофизиологических, психических состояний и процессов, психологических свойств личности, социально-психологических качеств.

С помощью этого прибора можно составить модель личности; осуществлять профотбор и профориентацию; оптимизировать учебный процесс; формировать учебные, спортивные и творческие группы по совместимости; проводить диагностику состояния сотрудников и оценивать их готовность к эффективной производственной деятельности; определять психологическую устойчивость, стабильность и надежность в экстремальных ситуациях; оперативно осуществлять медицинскую диагностику в разных сферах человеческой деятельности; выявлять индивидуальную совместимость организма с различными веществами методом тестирования по Р.Фоллю.

Метод Р.Фолля – это диагностический метод, основанный на корреляции между изменениями электропроводных свойств точек измерения по Р.Фоллю и функциональным состоянием соответствующих им органов и систем организма.

Электроakupунктурная диагностика по методу Р.Фолля (ЭАФ) является одним из наиболее широко распространенных методов электропунктурной диагностики».

31. Мельникова М. В. Пичугина О. Г. Эффективность применения аппаратно - программного комплекса «Бос - здоровье» в коррекции заикания у детей дошкольного и младшего школьного возраста. // Роль и место информационных технологий в современной науке: сборник статей Международной научно - практической конференции (13 сентября 2016 г, г. Омск). Омск: МЦИИ «ОМЕГА САЙНС» 2016. С. - 193-198

В эксперименте принимали участие 24 ребенка (возраст от 5 до 9 лет), из них 12 детей – группа детей, с которой была проведена коррекционная работа учителем - логопедом традиционными методами и группа детей, с которой проводилась комплексная коррекционная работа учителя - логопеда с применением метода «БОС - здоровье».

Оценивались – психоэмоциональное состояние детей, активация полушарий, в том числе левого. Важность этих составляющих заключается в том, что в левом полушарии находятся «речевые» зоны, отвечающие за понимание и воспроизведение речи.

... Психоэмоциональное состояние - 79 условных единиц по единицам измерения **аппаратурно - программного комплекса «Активациометр – 9К»**, влияет на восприятие информации во время занятий детей со специалистами и считается оптимальным. **Для оценки психоэмоционального состояния и активации полушарий использовался аппаратурно - программный комплекс «Активациометр – 9К»**, предназначенный для диагностики индивидуального психофизиологического статуса. Замерялись: активация левого полушария АП(л) и правого полушария АП(пр.), (в условные единицах), функциональная асимметрия полушарий (ФАП), психоэмоциональное состояние (ПС). Замеры осуществлялись на первичном этапе исследования, в процессе проведения реабилитационных мероприятий и после курса мероприятий по коррекции заикания.

По программе коррекционных мероприятий курс составлял 15 занятий, 2 раза в неделю. Время занятий ограничивалось в среднем 30 минутами. Общее время проведения коррекционных мероприятий составляло 7, 5 часов с двух - трехкратным повторением курса с интервалом две недели

Результаты и их обсуждение

В экспериментальной группе (12 детей) совместно с традиционным подходом к коррекции заикания проводился курс «БОС - здоровье», вторая группа (12 детей) проходила только коррекционные мероприятия с учителем - логопедом. После применения курса БОС терапии было выявлено, что у детей в экспериментальной группе до воздействия наблюдается асимметрия полушарий головного мозга в сторону активации правого полушария (АП(л) - 42,32; АП(пр) - 46,12) Психоэмоциональное состояние составило 116 условных единиц, что свидетельствует о низком психофизиологическом благополучии.

После комплексных коррекционных мероприятий асимметрия смещается в сторону активации левого полушария (АП(л) - 45,08 против АП(пр) – 40), психоэмоциональное состояние - 76,8 условных единиц, определяется стабилизация психоэмоционального состояния. Следует отметить, что в дальнейших исследованиях той же группы была показана возможность улучшения способности к саморегуляции по завершении тренировочной сессии путем увеличения продолжительности обучения. По завершении курса комплексной коррекционной работы учителя - логопеда с применением метода «БОС - здоровье» отмечены позитивные изменения в симптоматике, среди которых:

- нормализация физиологических показателей частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, длительности выдоха вне речи и, что особенно важно, во время речевых нагрузок;

- улучшение качества речевого дыхания (исчезло придыхание, выдох стал более длительным, плавным и равномерным), фонации (устранилась твердая атака голоса), артикуляции (стала более пластичной, четкой и координированной);

- уменьшение психологических и судорожных речевых запинок.

Отмечается положительная динамика со стороны общего состояния: дети стали более спокойными, устранилось избыточное психоэмоциональное и мышечное напряжение, уменьшился уровень невротизации и тревожности, в том числе и речевой, повысилась самооценка.

Общая эффективность метода БОС в комплексе с логопедической коррекцией составила 48—52 % .

У детей второй группы до воздействия также выражена асимметрия полушарий головного мозга в сторону активации правого полушария (АП(л) – 45,2; АП(пр) - 46,1). Психоэмоциональное состояние - 120 условных единиц, что также, как и в первой группе, указывает на психофизиологическое неблагополучие. После курса воздействия также сохраняется выраженность асимметрии в сторону активации правого полушария (АП(л) – 44,0; АП(пр) – 46,7), психоэмоциональное состояние незначительно понижается (ПС) до 118,5 условных единиц. Существенно повышенная психическая напряженность может являться причиной эмоциональной и психомоторной скованности, источником психологического дискомфорта. Это понижает эффективность деятельности и жизнедеятельности ребенка.

При оценке эффективности проведения комплексной реабилитационной программы с использованием метода «БОС – здоровье» выявлено, что положительная динамика достигнута в стабилизации психоэмоционального состояния у детей из экспериментальной группы. Для оценки достоверности полученных результатов, использовали методы математической статистики. Так как $n=24$, то мы использовали критерий Шапиро - Уилка.

По результатам проведенного анализа нормально распределенными показателями является только «ФАП фоновое». Поэтому для проверки различий показателей до и после мы будем использовать T - критерий Уилкоксона. При изучении разностей рангов показателя «АПл» по экспериментальной группе детей было установлено, что количество положительных разностей до и после воздействия значимо выше ($p \geq 0,01$). Это говорит о том, что установлено значимое изменение в значениях активации левого полушария (активация увеличивается) после комплексного воздействия с применением метода «БОС - здоровье».

Во второй группе значимые различия отсутствуют. Следовательно, уже на начальном этапе исследования, можно говорить об эффективности комплексного подхода к коррекции заикания у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Однако в результате логопедических занятий отмечены: значительные улучшения речевого дыхания; развитие межполушарного взаимодействия; появление контроля темпа, ритма собственной речи; формирование умения координировать речь и движение.

Заключение

Таким образом, комплексный подход, применение современных научных технологий в коррекции заикания у детей дошкольного и младшего школьного возраста повышает эффективность реабилитационных мероприятий. Успешность применения комплексных коррекционных программ, лечебно - педагогическое воздействие, во многом зависит не только от адекватности их применения, но и от необходимости проведения объективной оценки исходного психофизиологического состояния на первичном этапе и в процессе проведения реабилитационных мероприятий.

Полученные данные позволяют утверждать, что современный подход к проблеме заикания настоятельно требует разработки и применения дифференцированных методов коррекции данной речевой патологии. Именно с позиций дифференцированного подхода следует использовать различные методы психофизиологического сопровождения, способные усилить логопедическую помощь.

32. Учащиеся познакомились с методом биологической обратной связи, реализуемом с помощью АПК «Активациометр-АЦ-9К». Юго-Западный гос. университет. 2012. [Электронный ресурс] - URL: <http://www.swsu.ru/structura/up/uf/upk/zip/arxiv2013-2012.doc>

«12-13 октября 2012 г. в Юго-Западном государственном университете была организована региональная площадка Второго Всероссийского Фестиваля науки.

Студенты и школьники, а также сотрудники правоохранительных органов посетили выставку криминалистической техники и учебно-методической литературы по дисциплине «Криминалистика», а также Центр полиграфологических исследований (ЦПИ). Гости с удовольствием проходили полиграфную проверку по предложению учителей, родителей или по собственному желанию.



Тематика проверок была разнообразной, но в основном касалась таких факторов риска как злоупотребление алкоголем, курением, доверием взрослых, а также личных взаимоотношений друзей, мальчиков и девочек в классе. Результаты проверки с согласия испытуемых были доступны заказчикам. Более того, сами испытуемые наблюдали в режиме реального времени изменение своих психофизиологических параметров на ложь.

Полиграфные проверки прошли представители различных возрастных групп (от 15 до 20 лет)».

Таким образом, учащиеся познакомились с методом биологической обратной связи, реализуемом с помощью «ПИК-02» и АПК «Активациометр-АЦ-9К».

33 Психологический центр «Зеркало». // ФГБОУ ВО "Глазовский государственный педагогический институт им. В.Г. Короленко". Факультет социальных коммуникаций и филологии. Глазов. [Электронный ресурс] - URL: filfac.ggpi.org?page_id=101

Образовательные центры

Психологический центр «Зеркало»

... осуществлялась разработка методов оказания психологической помощи молодёжи, имеющей проблемы деструкции пищевого поведения (анорексия, булимия и т.д.) В исследовании принимало участие 200 человек. При разработке инструментария применялось современное оборудование центра Зеркало (прибор для изучения психологических и психических состояний «Активациометр б-К»). В результате были разработаны методы психологической помощи, которые представлены в публикациях в ведущих журналах и на Международных конференциях г. Санкт-Петербурга.

34. Козлова А.В., Галимова Э.В. Влияние средств саморегуляции на психоэмоциональное состояние студентов. [Электронный ресурс] - URL: pravmisl.ru/index.php?id=1053&option=com_content...

Стрессовые состояния существенно влияют на работоспособность студентов. Поэтому регуляция психоэмоциональных состояний становится залогом успешной деятельности. В нашем эксперименте принимали участие 70 студентов. Диагностика проводилась по методике Ч. Спилберга - ситуативная и личностная тревожность, адаптация Ю.А. Ханина.

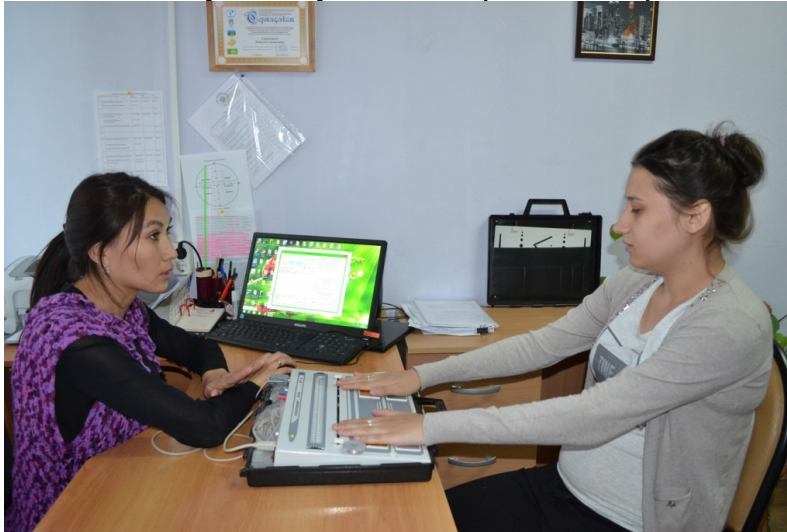
А так же использовался прибор «Активациометр», автор Ю.А. Цагарелли, его методика основана на связи психоэмоциональных состояний с активацией полушарий головного мозга. По протеканию нервных процессов в головном мозге можно выделить четыре стадии активности: активное бодрствование - состояние, при котором возможно образование творческой доминанты; пассивное бодрствование – состояние при котором в коре головного мозга возможно оживление старых рефлекторных связей; дремотное бодрствование - промежуточное состояние; чрезмерное возбуждение – состояние, при котором завязывание рефлекторных связей происходит хаотично, с привлечением огромного количества посторонних по отношению к решаемой задаче раздражителей.

Программа эксперимента включала в себя овладение навыками саморегуляции (методики Алексеева А.В., Ловицкого И.В., Пилиповского А.З., Решетникова Г.С.), состоящая из двух этапов. Первый этап включал в себя ознакомление и обучение методам релаксации и формированию способности к расслаблению, осваивались методы аутотренинга. Второй этап включал в себя собственно овладение навыками саморегуляции.

В результате высокая личностная тревожность у испытуемых (Ч.Спилберг) была снижена на 22,8 %, умеренная увеличилась на 25,7%, низкая сократилась на 2,9%. Результаты по методике Цагарелли Ю.А. распределились следующим образом: малая активация 2,9%, ниже среднего 34 %, средне - оптимум 57,3%, выше среднего 5,8% , очень высокая активность 0. Таким образом, 97,1 % оказались в оптимальной зоне, до начала эксперимента 63,8%.

35. В астраханском кризисном центре прошёл Всемирный день психического здоровья. Астрахань 2017. / [Электронный ресурс] - URL: Astrahan.BezFormata.ru/word/aktivatciometr...

Уже 25 лет ежегодно 10 октября отмечается Всемирный день психического здоровья. В Кризисном центре помощи женщинам в этот день психологами была проведена обширная программа мероприятий для клиентов и специалистов. Любой желающий мог получить психологическую консультацию, пройти тестирование и сеансы на аппаратах.



Все аппараты, которые используют специалисты в своей работе, с **биологически обратной связью**, позволяющей продиагностировать организм, выявить его слабые стороны и выработать те или иные устойчивые навыки. Так, «Реакор-Т» используется с целью обучения навыкам стрессоустойчивости, а на «**Активациометре**» можно выявить индивидуальные психологические особенности: проверить память, внимание, определить склонность ко лжи и так далее.

36. Цагарелли Ю.А. Прибор «Активациометр» в целительской практике. // МНПО «Акцептор». Казань, 2015

Важнейшей причиной, тормозящей развитие целительской практики, является отсутствие у подавляющего большинства целителей надлежащей диагностической аппаратуры, отвечающей современным научно-техническим требованиям и учитывающей специфику деятельности целителя. Так, отсутствие аппаратуры для объективной регистрации биоэнергетического воздействия затрудняет доказательство его реальности. Это закономерно порождает определенный дефицит доверия к целителям со стороны государственных органов здравоохранения и достаточно большой части населения, что, в свою очередь, порождает организационные сложности, негативно влияет на статус целителя, ограничивает круг пациентов.

Еще более необходима такая аппаратура для повышения эффективности деятельности целителя. Во-первых, объективная информация о параметрах биоэнергетических воздействий необходима как средство обратной связи в процессе биоэнерготерапии (для самоконтроля и самокоррекции воздействий). Во-вторых, - для оптимизации процесса формирования и совершенствования мастерства целителя (в т.ч. самостоятельно). В-третьих, - для измерения биоэнергетических воздействий от пациента. От этого зависит эффективность решения проблемы самозащиты целителя от негативных воздействий, порою смертельно опасных для его здоровья. В-четвертых, аппаратура поможет выявить психологические особенности пациента, его психосоматические проблемы, уточнить медицинский диагноз.

Все эти проблемы эффективно решаются с помощью прибора «Активациометр».

Всероссийская Ассоциация медицинской парапсихологии и нетрадиционных методов лечения (ВАМПиНМЛ) по результатам экспертизы рекомендовала внедрить этот прибор в

целительскую практику. В официальном заключении №10-90/А, подписанном Президентом Ассоциации И.О.Вагиным, сказано: «...в исследованиях психофизиологических феноменов прибор может быть использован в качестве надежного объективного регистратора их наличия и последствий, проявляющихся на уровне изменений в энергообеспечивающих системах организма, а также в диагностике функциональных состояний как оператора, так и пациента.... Он может быть удобным и незаменимым средством аппаратурного контроля в исследовании психических состояний. Прибор надежно диагностирует факт наличия парапсихологических и экстрасенсорных способностей. ...прибор может применяться в ранней диагностике и профилактике, в группах по обучению биоэнергетическим навыкам, в различных психокоррекционных тренингах».

Активациометр получил широкое практическое применения в крупных государственных структурах. Большое количество приборов используются врачами и психологами учреждений здравоохранения, образования, МВД, МЧС, армии, таможенных органов, Минюста, ФСБ, космонавтики и авиации, спорта, социальной защиты, ЗАГСов, административных органов и др. Успех активациометра во многом объясняется тем, что он является единственным на сегодняшний день прибором для системной диагностики человека. Это особенно актуально для целителя, который совмещает в себе функции врачей разных специальностей и психолога. В отличие от специалиста узкого профиля целитель работает со многими подсистемами человеческого организма и психики. Поэтому ему необходим прибор с системным диагностическим охватом большого количества соматических, психофизиологических и психологических свойств. На Активациометре модели АЦ-9К с помощью 16 диагностических устройств реализуется 89 методик. Кроме того, программное обеспечение, прилагаемое к каждому прибору обеих моделей, позволяет реализовать дополнительно еще 11 методик.

Активациометр соответствует требованиям валидности, надежности, точности, достоверности. Он отличается портативностью (компактный «дипломат» весом 4,5 кг), удобством и быстротой процедуры диагностики и постановки диагноза. Автоматизация всех этапов диагностики и формирования банка данных осуществляется на базе диалога прибора модели АЦ-9К с компьютером, в т.ч. ноутбуком. Интерпретация результатов осуществляется по единой 25-бальной диагностической шкале. Активациометр отличается самой доступной ценой в соответствующем классе приборов. Овладение прибором осуществляется как на обучающих семинарах, так и самостоятельно с помощью обучающего видеофильма, обширной системы адресной помощи в программном обеспечении и учебного пособия, где подробно описаны все методики.

Диагностика биоэнергетического воздействия целителя на пациента осуществляется путем регистрации изменений 1) энергетического уровня биологически активных точек, взаимосвязанных с соответствующими органами пациента; 2) активации головного мозга пациента (активизирующее воздействие увеличивает, а успокаивающее уменьшает показатели активации); 3) функциональной асимметрии полушарий, что свидетельствует о преимущественной направленности воздействия целителя на эмоционально-образную или логико-когнитивную сферу пациента; 4) психоэмоционального состояния пациента. 5) особенностей умственной деятельности. Диагностика биоэнергетического воздействия целителя на целителя (для определения необходимости и особенностей самозащиты целителя от негативных воздействий) осуществляется по аналогичной схеме. Разница лишь в том, что в роли исследуемого выступает не пациент, а целитель.

Возможна также диагностика эффективности биоэнергетического воздействия целителя на свойства воды и иных веществ и предметов.

Диагностика экстрасенсорного восприятия осуществляется путем сопоставления возникшего у целителя образа исследуемого органа с объективными показателями состояния этого органа на приборе. Диагностика экстрасенсорного мышления осуществляется путем выявления у целителя доминирования полушария, отвечающего за эмоционально-образное и пространственное мышление. Диагностика экстрасенсорной чувствительности, осу-

ществляется путем измерения соматической, эмоциональной, двигательной и зрительной чувствительности целителя.

Кроме того, Активациометр позволяет исследовать многие психофизиологические и психологические особенности пациента: свойства нервной системы, двигательные функции, надежность в экстремальной ситуации, психоэмоциональную устойчивость, особенности чувствительности, восприятия, памяти, мышления, внимания, склонность к риску, характеристики простой и сложной реакции, интуицию. Знание этих особенностей поможет целителю выбрать оптимальный индивидуальный подход к пациенту.

О достоверности методов и качестве прибора свидетельствуют официальные рекомендации к внедрению, выданные: Минздравами СССР, РФ и РТ, МВД РФ и РТ, Министерством гражданской авиации СССР, Центром подготовки космонавтов, Минкультуры СССР, Гос. Таможенным Комитетом РФ, ГУИН РФ, Министерством образования РТ, Институтом психологии РАН, ВНИИ охраны труда, ВНИИ противопожарной обороны, ВНИИ среднего спец. образования и мн. др. (всего 36 документов). Активациометр имеет европейский сертификат качества № 1040578. Удостоен специального приза на международной выставке VZT 2001 в Праге. Используется в странах СНГ, Евросоюза, США, Уругвае и др. Эффективность методик и прибора в подтверждена в сотнях научных публикаций, диссертаций.

37. Замалетдинов И.С. Президентский призыв к развитию нанотехнологий давно реализован в теории и практике целительства. МНПО «Акцептор», 2007

И.С.Замалетдинов, член Ученого совета Центра «ЭНИОМ», доктор психологии и социологии, кандидат медицины, профессор, академик Российской академии космонавтики.

13 июля 2007 года в Центре «ЭНИОМ» произошло знаменательное событие. Прошла презентация уникального многофункционального прибора «Активациометр», созданного и производимого в международном научно-производственном объединении (МНПО) «Акцептор». На презентацию были приглашены профессора-члены Ученого совета Центра «ЭНИОМ» и ведущие мэтры теории и практики целительства. Присутствовали и другие заинтересованные лица, узнавшие о предстоящем мероприятии. Вел заседание Генеральный директор ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» академик Яков Григорьевич Гальперин, который в целях экономии времени предложил создателю прибора ген. директору МНПО «Акцептор», профессору Юрию Алексеевичу Цагарелли сразу перейти к демонстрации возможностей прибора объективно фиксировать энергоинформационные воздействия.

Присутствующие на презентации стали очевидцами, как в реальном масштабе времени на экране монитора ноутбука, подсоединенного к прибору, наглядно изменялись относительно фоновых данных показатели параметров психоэмоционального состояния, активации полушарий мозга и его потенциалы, и температура биологически активных точек соответствующих органов и систем организма у добровольцев-испытуемых под воздействием целителей, пожелавших испытать свои экстрасенсорные возможности. Причем, - что особенно важно, команды на тот или иной характер воздействия задавались лично Я.Г. Гальпериным. Участвовавшие в эксперименте мэтры целительства точно выполняли команды на то или иное воздействие, но мера выраженности этого воздействия была различной. У не целителей эффекта вообще не обнаруживалось, а у одного из пожелавших проверить себя, эффект был – но прямо противоположный. Уже вскоре этот «целитель» незаметно ретировался из зала.

Таким образом, объективно доказано реальное существование бесконтактного энергоинформационного воздействия и возможность диагностировать меру выраженности профессионального мастерства у целителей. Нет нужды указывать на исключительную значимость этой возможности для выявления лиц с экстрасенсорными способностями в

общей популяции людей, а также для отбора перспективных кандидатов в сфере профессиональной подготовки и последующей сертификации биоэнерготерапевтов и целителей. 21-22 сентября возможности прибора были продемонстрированы на конференции в Переяславле-Залесском. Я был очевидцем дополнительного эксперимента, где проф. Ю.А. Цагарелли исследовал способности известного теоретика и практика в области целительства, ученого из Санкт-Петербурга, доктора психологических наук, академика РАЕН Андрея Станиславовича Захаревича. Знаменитый мэтр, помимо вышеуказанных алгоритмов проверки и подтверждения своего целительского мастерства, продемонстрировал умение сознательно настраиваться (в течение 3-10 сек.) на предлагаемые различные режимы уровня активности (повышение-понижение) как каждого полушария мозга, так и всего мозга в целом. Особенно поразило присутствующих, в том числе и разработчика прибора, умение целителя повышать энергетику воды более чем на 50%.

Все эти феномены объективно отражались на мониторе и зафиксированы в памяти компьютера. Как объяснил сам А.С. Захаревич, используя биологически-обратную связь через прибор он легко настраивался на внутренний образ предстоящего самовоздействия, которое осуществлялось уже помимо его сознания. Целитель подтвердил большие перспективы использования механизма обратной связи с помощью прибора в обучении и тренировке целителей, да и других заинтересованных лиц в целях совершенствования своих экстрасенсорных возможностей, пределы которого пока необозримы.

К истории модификации и совершенствования прибора «Активациометр» применительно к экстрасенсорным явлениям следует указать на некоторые факты. В конце 80-х годов прошлого столетия к предпринятым Центром «ЭНИОМ» фундаментальным исследованиям природы экстрасенсорных феноменов (в этих исследованиях участвовали такие крупные ученые, как В.С. Барашенков, А.В. Бобров, В.Н. Волченко, Я.Г. Гальперин, А.П. Дубров, М.В. Люблин, Д.Г. Мирза, Ю.А. Фомин, В.И. Харитонова, и др.) примкнули психологи Центра подготовки космонавтов с деятельным интересом к разгадке феноменов дальнего действия, телекинеза, экстрасенсорного восприятия и целительского воздействия.

Были проведены психофизиологические эксперименты с использованием прибора «Активациометр» еще первой модели. (Материалы этих исследований и фундаментальных экспериментально-теоретических работ отражены в монографии: «Годы исканий и открытий» под редакцией Я.Г. Гальперина, изданной Центром «ЭНИОМ» в 2002 г.).

По результатам этих экспериментов Активациометр был доработан и усовершенствован в части создания ряда новых методик, нацеленных на выяснение природы биоэнергоинформационного воздействия. В конечном счете, был усовершенствован имеющийся прибор, который получил название АЦ-6 и создана новая модель прибора АЦ-9К, позволяющая автоматически обрабатывать и отображать информацию, хранить ее в памяти и распечатывать.

Таким образом, можно заключить, что столь таинственная область науки, как экстрасенсорика и экспериментально-теоретические усилия по ее разгадке в существенной мере простимулировали конструкторские исследования по созданию аппаратуры, объективно регистрирующей биоэнергоинформационные сигналы на молекулярном, субмолекулярном и корпускулярно-волновом уровнях, т.е. на уровнях нанотехнологий. Итак, сделан первый и важный шаг. Вторым шагом будет являться объективная проверка существования этого сигнального воздействия на больших расстояниях (километры, тысячи километров, межконтинентальные расстояния) в одно и тоже астрономическое время, т.е. выяснение раздельной значимости энергетической или информационной составляющих этого феномена.

38. Цагарелли Ю.А. Диагностика биоэнергетических воздействий и экстрасенсорных способностей. // Системная психологическая диагностика с помощью прибора «Активациометр». Казань. Изд-во «Познание» ИЭУП, 2009. С. 205-212.

Важнейшей причиной тормозящей развитие целительской практики является отсутствие у подавляющего большинства целителей надлежащей диагностической аппаратуры, отвечающей современным научно-техническим требованиям и учитывающей специфику деятельности целителя. Так, отсутствие аппаратуры для объективной регистрации биоэнергетического воздействия затрудняет доказательство его реальности. Это закономерно порождает определенный дефицит доверия к целителям со стороны государственных органов здравоохранения и достаточно большой части населения, что, в свою очередь, порождает организационные сложности, негативно влияет на статус целителя, ограничивает круг пациентов. Кроме того, это существенно затрудняет и удлиняет процесс официальной аттестации и лицензирования целителей.

Еще более необходима такая аппаратура для повышения эффективности деятельности целителя. Во-первых, объективная информация о параметрах биоэнергетических воздействий необходима как средство обратной связи в процессе биоэнерготерапии (для самоконтроля и самокоррекции воздействий). Во-вторых, - для оптимизации процесса формирования и совершенствования мастерства целителя (в т.ч. самостоятельно). В-третьих, - для измерения биоэнергетических воздействий от пациента. От этого зависит эффективность решения проблемы самозащиты целителя от негативных воздействий, порою смертельно опасных для его здоровья.

Кроме того, многие целители нуждаются в аппаратуре для постановки (уточнения) медицинского диагноза, а также для выявления психосоматических проблем и психологических особенностей пациентов. Необходима аппаратура и для выявления способностей и личностных особенностей целителя.

Каковы же реальные возможности оснащения целителей необходимой диагностической аппаратурой? Еще 5 октября 1991г. Всесоюзная Ассоциация медицинской парапсихологии и нетрадиционных методов лечения (ВАМПиНМЛ) по результатам экспертизы рекомендовала внедрить в целительскую практику диагностический прибор «Активациометр». В официальном заключении №10-90/А, подписанном Президентом Ассоциации И.О. Вагиным, указано на соответствие прибора необходимым требованиям, что видно из следующих выдержек «...в исследованиях психофизиологических феноменов прибор может быть использован в качестве надежного объективного регистратора их наличия и последствий, проявляющихся на уровне изменений в энергообеспечивающих системах организма, а также в диагностике функциональных состояний как оператора, так и пациента... Он может быть удобным и незаменимым средством аппаратурного контроля в исследовании психических состояний. Прибор надежно диагностирует факт наличия парапсихологических и экстрасенсорных способностей. ...прибор может применяться в ранней диагностике и профилактике, в группах по обучению биоэнергетическим навыкам, в различных психокоррекционных тренингах».

Созданный для системной диагностики человека, «Активациометр» дает возможность целостного исследования важнейших свойств и функций многоуровневой структуры человека на основе системного подхода.

Использование системной диагностики в практике целителя особенно актуально, т.к. его деятельность носит системный характер. В одном лице он совмещает в себе не только врачей разных специальностей, но и психолога. В отличие от специалиста узкого

профиля целитель работает со многими подсистемами человеческого организма и психики. Поэтому ему необходима аппаратура с широким системным диагностическим охватом значимых свойств, находящихся на всех основных уровнях иерархической структуры человека. На активациометре такой охват осуществляется с помощью обширного набора методик для соматической (медицинской), психофизиологической и психологической диагностики.

Рассмотрим для примера некоторые методы системной диагностики на приборе «Активациометр», используемые в целительской практике.

Диагностика биоэнергетического воздействия осуществляется с помощью прибора «Активациометр» на трех уровнях.

1. На соматическом (телесном) уровне параметры биоэнергетического воздействия на тот или иной орган диагностируются с помощью устройства для акупунктурной диагностики путем регистрации изменения энергетики соответствующих биологически активных точек (БАТ). Активациометр в сравнении с другими приборами дает более точные результаты исследования за счет реализации следующих новых научно-технических решений: А) Устранено общепринятое воздействие на пациента электрическим током. Это повысило валидность метода (измеряется именно энергетика точки, а не ее реакция на воздействие электротоком) и сделало исследование абсолютно безопасным и безвредным для пациента и целителя. Б) Создана двухканальная диагностика, что расширило диагностические возможности метода и повысило надежность устройства. В) Созданы усилители выходного сигнала, что повысило чувствительность устройства и дало возможность выставлять индивидуальную акупунктурную норму для повышения точности диагностики. Г) Компьютерная программа обеспечивает поиск точек и постановку диагноза.

Воздействия целителя, направленные на изменения свойств воды, продуктов питания, украшений и иных предметов, измеряются с помощью устройства для тестирования по методу Р.Фолля. Это устройство позволяет также диагностировать индивидуальную совместимость организма или отдельных органов с различными веществами органического и неорганического происхождения, а также совместимость между людьми на физиологическом (соматическом) уровне. Диагностика основана на регистрации изменений активности соответствующих БАТ под энергетическим воздействием тех или иных веществ. Чем больше энергетика вещества изменилась под воздействием целителя, тем большую разность между фоновым и контрольным показателем фиксирует прибор.

2. На психофизиологическом уровне сила и направленность биоэнергетического воздействия измеряется с помощью устройства для регистрации изменений активации и функциональной асимметрии полушарий (ФАП) головного мозга. Чем сильнее активизирующее воздействие целителя, тем показатели активации полушарий увеличиваются больше. Уменьшение же показателей активации свидетельствует о наличии успокаивающего воздействия. Показатель изменения ФАП свидетельствует о преимущественной направленности воздействия целителя на эмоционально-образную или логико-когнитивную сферу пациента.

В сравнении с другими устройствами для диагностики активации и ФАП активациометр отличается: отсутствием «наводок», связанных с пропуском через испытуемого электротока; компактностью и простотой процедуры диагностики; однозначностью интерпретации результатов. Благодаря высокой чувствительности, прибор позволяет диагностировать изменения активации и ФАП под влиянием даже минимальных воздействий.

3. На уровне психоэмоциональных состояний (ПС) сила и направленность биоэнергетического воздействия измеряется путем регистрации изменений ПС. Если целитель повышает психоэмоциональную активность пациента, то показатель ПС увеличивается, а

если понижает – уменьшается. Чем сильнее воздействие тем больше изменяется показатель ПС.

В сравнении с традиционной аппаратурой для измерения психоэмоциональных состояний путем регистрации кожно-гальванической реакции, активациометр а) дает возможность учитывать вклад активации каждого полушария в общее психоэмоциональное состояние, б) обладает повышенной точностью и чувствительностью. Благодаря этому активациометр позволяет регистрировать малейшие изменения психоэмоционального состояния под влиянием как биоэнергетических, так и других воздействий: суггестивных, терапевтических, музыкальных, медикаментозных, а также саморегулирующих. В этой связи имеется ряд производных методик для диагностики характеристик названных воздействий, а также индивидуальной чувствительности пациента к этим воздействиям.

Диагностика биоэнергетического воздействия на целителя от пациента используется для определения необходимости и особенностей самозащиты целителя от негативных воздействий. Осуществляется по аналогии с вышеописанной схемой воздействия целителя на пациента. Разница лишь в том, что в первом случае в роли исследуемого выступает пациент, а во втором – целитель.

ДИАГНОСТИКА СПОСОБНОСТЕЙ ЦЕЛИТЕЛЯ. Необходима для профессионального отбора, оптимизации процесса обучения и формирования индивидуального стиля деятельности. Способности целителя разделяются на специальные и общие.

Диагностика специальных способностей целителя. К специальным следует отнести, во-первых, способность к специфическому биоэнергетическому воздействию. Во-вторых, - блок экстрасенсорных способностей, обеспечивающих восприятие и переработку энергетической информации.

Диагностика способности к биоэнергетическому воздействию осуществляется описанным выше методом регистрации биоэнергетических воздействий.

Диагностика экстрасенсорных способностей. Экстрасенсорные способности (от экстра – сверх и сенсорика – чувствительность) - это способности к созданию чувственного образа объекта на основе восприятия его энергетики. Процесс создания целителем такого образа начинается со специфических, энергетических по своей сути (экстрасенсорных) ощущений. Далее энергетические ощущения переводятся в зрительные, осязательные, обонятельные, слуховые, либо полимодальные (смешанные) образы экстрасенсорного восприятия. В основе этого процесса лежит явление синестезии. В результате целитель, обладающий экстрасенсорными способностями (экстрасенс), «видит» тот или иной внутренний орган невооруженным глазом.

Поэтому диагностика экстрасенсорного восприятия предполагает сопоставление этого «видения» (образа) с объективными показателями состояния органа. На активациометре объективные показатели могут быть получены с помощью акупунктурной диагностики, а также с помощью диагностики температурных точек.

На следующем этапе – этапе постановки диагноза целитель сопоставляет образ восприятия с хранящимся в его памяти эталонным представлением (образом) здорового органа. Как правило, и представление восприятия и представление памяти носят пространственно-образный характер. Поэтому процесс их сопоставления основан на пространственно-образном мышлении.

Диагностика экстрасенсорного мышления. В вышеупомянутом заключении ВАМ-ПиНМЛ указано, что «парапсихологические и экстрасенсорные способности могут надежно диагностироваться на активациометре путем выявления правополушарного доминирования (у праворуких)». Такое доминирование правого полушария головного мозга (у праворуких) свидетельствует о характерном для экстрасенсов преобладании эмоциональ-

но-образного и пространственного мышления. Диагностика такого доминирования основана на сопоставлении активации правого и левого полушарий. Измерение же активации осуществляется на активациометре методом снятия энергетических показателей с ладоней испытуемого. Следует, однако, учитывать, что у левшей доминирование правого полушария свидетельствует о преобладании абстрактно-логического и словесного мышления. Ибо, тип мышления зависит не только от функциональной асимметрии полушарий головного мозга, но и от ведущей руки. Поэтому на приборе «Активациометр» диагностика особенностей мышления включает в себя не только диагностику функциональной асимметрии полушарий, но и диагностику ведущей руки, основанную на сопоставлении показателей точности движений правой и левой рук при выполнении задания.

Диагностика общих способностей целителя. К общим способностям относятся свойства, являющиеся основой специальных способностей. Так, основой экстрасенсорики являются различные виды чувствительности, особенно, соматическая и эмоциональная. Важную роль играют память, мышление, внимание, психомоторика. Поскольку болезнь является стрессором как для больного, так и для целителя, эффективность деятельности целителя зависит и от факторов надежности в экстремальной ситуации: психоэмоциональной устойчивости, стабильности, устойчивости мышления, саморегуляции. Порою целитель вынужден принимать рискованные решения, что требует оптимальной склонности к риску (слишком высокая рискованность порождает авантюризмом, а слишком низкая – опасное бездействие). Большую роль играют социально-психологические и моральные качества целителя. Отметим, что «Активациометр» дает возможности диагностики названных способностей и качеств. Проиллюстрируем это на некоторых примерах.

Диагностика соматической чувствительности как чувствительности сомы человека к разнообразным воздействиям: физическим, химическим, физиологическим, биоэнергетическим и т.д. осуществляется на активациометре с помощью устройства для акупунктурной диагностики следующим методом. Вначале делают фоновый замер БАТ, сигнализирующих об общем состоянии организма (например, точки Хе-Гу) или об органе, отличающемся у данного целителя наибольшей чувствительностью. Далее осуществляют воздействие (например, суггестивное или биоэнергетическое), после чего делают контрольный замер тех же БАТ. Коэффициент соматической чувствительности вычисляется автоматически на основе сопоставления контрольного и фонового показателей БАТ.

Диагностика эмоциональной чувствительности осуществляется по аналогичной схеме. Вначале делают фоновый замер психоэмоционального состояния (ПС) и активации полушарий головного мозга (АП). Далее осуществляют воздействие (например, суггестивное, биоэнергетическое, музыкальное, художественно-образное), после чего делают контрольный замер тех же показателей. Коэффициент эмоциональной чувствительности вычисляется автоматически на основе сопоставления контрольного и фонового показателей ПС. Одновременно автоматически вычисляется коэффициент эмоциональной чувствительности к образам (на основании сопоставления контрольного и фонового показателей активации полушария, отвечающего за эмоции, обусловленные образами), а также коэффициент эмоциональной чувствительности к символам, словам, схемам, умозаключениям (на основании сопоставления показателей активации полушария, отвечающего за когнитивные эмоции).

Из других видов чувствительности наиболее значимыми для общих экстрасенсорных способностей является чувствительность в зрительном и двигательном анализаторах. Ибо эти виды чувствительности являются ведущими и центральным в сенсорной организации любого человека (Б.Г.Ананьев, 1980), а тем более – целителя.

Диагностика чувствительности в двигательном анализаторе. На активациометре

диагностируется как абсолютная двигательная чувствительность (с помощью методики Е.П.Ильина, 1981), так и дифференциальная чувствительность (с помощью методики Ю.А.Цагарелли, 2002). Обе методики основаны на измерении точности воспроизведения испытуемым заданных движений.

Диагностика чувствительности в зрительном анализаторе. Методика разработана нами на положениях К.В.Бардина (1978). Она основана на сопоставлении визуальных оценок пространственных отрезков.

Социально-психологические и моральные качества целителя диагностируются с помощью компьютеризированных опросников Кеттелла, Айзенка и др. Если у тех, кто проводит обучение и аттестацию целителей возникли сомнения относительно искренности ответов на заданные вопросы, в т.ч. относительно мотивов деятельности и поведения, личностных и моральных качеств целителя, то можно воспользоваться методом детекции лжи. Метод позволяет выявить правдивость-лживость ответов путем сопоставления ряда психофизиологических и эмоциональных реакций обследуемого на значимые и индифферентные вопросы.

В заключение отметим, что все методы системной диагностики человека, реализуемые на приборе «Активациометр», применимы для диагностики как целителей, так и пациентов. Практика показывает, что методы системной диагностики на приборе «Активациометр», применяемые в целительской практике, способствуют повышению мастерства целителей, их статуса, большей эффективности целительства.