

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Арт-терапия в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Обучающийся

М.Д. Магомедова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, И.В. Кулагина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы применения арт-терапии в психологическом сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.....	12
1.1 Определение арт-терапии. Цели, задачи, преимущества применения арт-терапии с тревожными детьми.....	12
1.2 Классификация нарушения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Общая характеристика.....	19
1.3 Школьная тревожность, понятия, причины, виды.....	25
1.4 Методологические аспекты и приёмы коррекции тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.....	30
Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности арт-терапии в снижении уровня тревожности детей младшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	46
2.1 Психодиагностика уровня тревожности у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	46
2.2 Разработка и реализация программы арт-терапии в психологическом сопровождении с целью снижения уровня тревожности.....	68
2.3 Анализ эффективности воздействия программы арт-терапии в снижении уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья.....	81
Заключение.....	94
Список используемой литературы и используемых источников.....	96

Введение

Актуальность исследования приобретает всемирное значение и вызывает научный интерес, поскольку каждый год число детей с ограниченными возможностями, поступающих в общеобразовательные учреждения, увеличивается ежегодно. Профессионалы, работающие с этой категорией учащихся, сталкиваются с уникальными вызовами, требующими разработки и внедрения инновационных подходов, стратегий и технологий, а также создания подходящих условий для их обучения и развития. Это требует специфической настройки как со стороны близких, так и со стороны специалистов образовательных учреждений. Эта проблема привлекает большое внимание социальных исследований и практик. Согласно статистическим данным от Росстата. «На начало 2024 года в России было зарегистрировано свыше миллиона детей с инвалидностью, что представляет собой увеличение на 7% по сравнению с предыдущим годом» [6].

В задачу Министерства образования России заключаются в предоставлении условий для обучения и защиты интересов детей, нуждающихся в особом подходе к обучению, а также в разработке и внедрение инклюзивных программ в образовательные учреждения, включая детские сады и школы коррекционным уклоном, для обеспечения им доступа к высококачественному образованию.

Помимо этого, множество специалисты в области психиатрии, неврологии и психологии, чтобы найти решение проблемы, обычно учитывают множество факторов, включая то, как ребёнок взаимодействует со своим социальным окружением, каковы условия в доме, какая ситуация со здоровьем в регионе, а также насколько хорошо детский организм справляется с болезнями и другие важные аспекты [20].

Психосоциальные проблемы широко распространены среди детей и подростков с предполагаемой распространённостью 10-20 % во всем мире, эти проблемы могут серьёзно мешать повседневному функционированию и

увеличения риска плохой успеваемости в школе. Термин «психосоциальная проблема» используется, чтобы подчеркнуть тесную связь между психологическими аспектами человеческого опыта и более широким социальным опытом и охватывает широкий круг проблем, а именно эмоциональных, поведенческих и социальных.

Эмоциональные проблемы часто называют проблемами интернализации, такими как тревога, депрессивные чувства, замкнутое поведение и психосоматические жалобы. Поведенческие проблемы часто рассматриваются как внешние проблемы, такие как гиперактивность, агрессивное поведение и проблемы с асоциальным поведением. Таким образом, важность вопросов, связанных с поддержкой и укреплением психоэмоционального благополучия детей с ограниченными возможностями занимает центральное место в дискуссии [7].

Эмоциональное состояние ребёнка с ограниченными возможностями здоровья тесно связано на генетическом уровне предрасположенностью высокой тревожности. Различные негативные социально-психологические ситуации могут увеличить вероятность развития высокого уровня тревожности, что в свою очередь может привести к каким-либо фобическим расстройствам у детей. Хотя тревога является защитным механизмом. В норме она должна быть у каждого, так как тревога является ключом, неким сигналом тому, что возможно опасно и принципе она нас защищает от каких-либо плохих, опасных ситуаций и людей.

Специфика детского варианта тревожности это комплекс эмоциональных, когнитивных, поведенческих реакций. Эти проявления варьируются исходя из индивидуальных особенностей связанные со здоровьем каждого ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и его физического состояния, что делает тревожность регулярным элементом их жизни.

Факторы, влияющие на уровень тревожности у детей с ограничениями в здоровье, включают как генетические факторы, так и методы воспитания,

применяемые в их отношении. Некоторые из них имеют предрасположенность к тревожности из-за особенностей развития, и это проявляется в их естественном поведении.

Нередко они испытывают страх перед громкими звуками, ограниченными пространствами или темнотой. Кроме того, определённые воспитательные моменты, особенно если ребёнок пережил стрессовые события, могут оставить глубокие психологические следы, превращаясь в непреодолимые источники тревоги, с которыми ребёнок не в состоянии справиться сам. Дети с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с препятствиями в образовании и часто обделены от общества, что приводит к психологическим проблемам. Это может сказаться на их жизни и во взрослом возрасте [4].

В настоящее время, в области практической психологии, арт-терапия признана одной из альтернативных подходов к восстановлению психоэмоциональной стабильности среди детей с ограниченными возможностями здоровья. Для работы с детьми младшего школьного возраста, страдающими ограниченными возможностями здоровья, широко применяются современные методы арт-терапии, которые в настоящее время пользуются большой популярностью. Такой психодинамический подход считают более позитивным для изменения эмоциональной сферы, они могут превзойти, когда ребёнок направляет свою боль, гнев, стыд и другие сложные чувства в создания произведений искусства, которыми затем можно будет проработать с арт-терапевтом [5].

В учебных заведениях, занимающихся обучением детей с физическими ограничениями, активно применяют инновационные педагогические подходы. Эти методы благотворно влияют на эмоциональное благополучие учащихся без вызова боли, способствуют развитию навыков образного мышления через ассоциации и открывает новые горизонты воспитания, которые ранее были недоступны.

Арт-терапия положительно воздействует на снижение уровня гормона стресса и тревожности, благодаря активации развития лобных долей головного мозга, отвечающих за внимание, принятие решений и контроль эмоций.

При стимуляции этой части человек становится более концентрированным, ускоряется когнитивные функции, улучшается умения регулировать своих эмоций. Для успешного достижения поставленных целей необходимо создать атмосферу, основанную на доверии и взаимопонимании. Это возможно только при условии безусловного принятия и отсутствии оценочных суждений. В 1938 году Адриан Хилл стал первым, кто использовал выражение «(арт-терапия), подразумевая лечение через искусство» [8].

В последнее время, терапевтические практики, обогащённые художественной деятельностью, набирают обороты как инновационные инструменты в сфере психологического благополучия. Этот новаторский метод открывает двери к улучшению самопонимания и самовыражения, укрепляя психическое здоровье через креативные процессы.

Он также играет важную роль в улучшении социальной функциональности, предлагая стратегии для модификации деструктивных поведенческих паттернов, укрепляя умения справляться с жизненными препятствиями, стандартов адекватного внедрения, а также помогает в процессах восстановления и профилактике психических расстройств.

Целевой задачей, которую ставит перед собой арт-терапия, является достижение внутреннего баланса участника, что влечёт за собой восстановление его способности к поиску и поддержанию состояния, благоприятствующего жизнедеятельности, а также повышением планки психического и духовного здоровья [11].

Исследовательская работа направлена на выявление возможностей применения методов арт-терапии в практической работе с такой категорией лиц, представляющее актуальности сопровождении и воспитании.

Исследование, проведённое педагогическими психологами и специалистами в этой области, выявило значительное повышение уровня тревожности среди современных школьников по сравнению с данными прошлых лет.

Особенно это заметно при сопоставлении показателей тревожностей детей с ограниченными возможностями здоровья и их сверстников без подобных проблем, где дети с ограниченными возможностями демонстрируют более высокий уровень. Такое увеличение подчёркивает важность и актуальность проводимого исследования.

Цель исследования: эмпирически выявить эффективность воздействия арт-терапевтических методов на уровень тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Объект исследования: тревожность детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Предмет исследования: воздействие арт-терапевтических методов на уровень тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: состоит в предположении о том, что арт-терапевтические методы эффективно влияют на снижение тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

- провести анализ теоретических и методологических подходов в отечественной и современной литературе, оценивая, как арт-терапия влияет на тревожные состояния, а так же исследование первопричин и механизмов проявления тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья;
- выявить и исследовать выраженность уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья;
- разработать программу с целью снижения уровня тревожности у детей с особыми потребностями, включающую в себя как групповые,

так и индивидуальные методики профилактики с использованием арт-терапии;

- осуществить анализ и оценку результативности воздействия методов арт-терапии на уровень тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста;
- составить итоговые выводы выполненной деятельности в рамках научно исследовательской работы;
- разработать актуальные рекомендации для родителей и педагогов, направленные на гармонизацию психологического состояния детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Теоретико-методологической основой исследования были рассмотрены различные психолого-педагогические, психологические аспекты в работах отечественных и современных авторов. Таких как П.П. Болонский, Б.С. Волков, А.И. Копытин, М.В. Киселёва, Л.Д. Лебедева, В.В. Лебединская, Д.Г. Рочев, А.М. Прихожан, Л.С. Выготский, З. Фрейд, М.Е. Бурно и другие.

В соответствии с поставленными задачами применялись следующие методы исследования:

Теоретические методы – анализ и обобщение психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

Психодиагностические методики:

- методика диагностики уровня школьной тревожности Б.Н. Филлипса;
- эмпирический метод детской вариант явной детской тревожности СМАС А.М. Прихожан;
- психодиагностический метод шкалы самооценки тревоги У. Цунга;
- проективная методика оценки личностных качеств человека дом-дерево-человек Дж. Бука;
- универсальное арт-терапевтическое упражнение рисуем эмоции линиями М.В. Киселева;

Методы количественного и качественного анализа эмпирических данных коэффициента ранговой корреляции Спирмена;

Опытно-экспериментальная база исследования. Муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждений МКОУ Тарумовская СОШ и ГБУ КЦСОН в МО Тарумовском районе, Республике Дагестан.

В исследовании приняли участие 60 детей, из них 30 детей с ограниченными возможностями (12 девочки 40% и 18 мальчиков 60%) и 30 здоровых детей «контрольная группа», (19 девочки 63% и 11 мальчиков 37%).

Новизна исследования заключается в изучении разработок и применении психологических методов арт-терапии для снижения уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста. В рамках проведения исследования планируется разработать всестороннее понимание того, как арт-терапия может успешно снизить уровень тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья путём использования разнообразных методик и стратегий.

Теоретическая значимость исследования полученные результаты исследования, представляют дополнительную ценность в курсы психологии здоровья и вносят вклад в теоретические знания о методе борьбы с проблемой высокого уровня тревожности у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья. Эти результаты не только обогащают наше понимание данной проблемы, но также могут служить основой для дальнейших исследований в этой области работы с такой категорией детей.

Практическая значимость исследования: результаты диагностики и разработанные программы для стабилизации тревожности у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья представляют собой ценные инструменты. Эти методы могут обеспечить значительную поддержку для учителей, психологов и наставников, работающих с такими детьми.

Достоверность и обоснованность результатов в процессе исследования достижение поставленных целей было возможно благодаря применению методов статистического анализа, выбору подходящих методик в соответствии с поставленными задачами, а также обеспечению надлежащей представительности выборки и достоверности исходных данных. При обсуждении полученных результатов на конференциях различного уровня также выполнялась всеобъемлющая проверка их достоверности.

Личное участие автора: При проведении и организации научно-исследовательской практики основное внимание уделяется постановке задач и целей для проведения диагностических мероприятий, обработке результатов и разработке арт-терапевтической программы для воздействия на уровень тревожности детей с особенностями. Основная цель заключается в получении опыта и навыков в применении арт-психологических программ в работе с детьми с ограниченными возможностями младшего школьного возраста.

Апробация научно–исследовательской работы: велась на протяжении всего исследования. Материал диссертационного исследования были опубликованы на международном образовательном портале Маам теоретической части от 02.февраля.2023 года, регистрационный номер СМИ № K1568882-016-015, г. Волгоград.

Публикация эмпирической части от 10 ноября 2024, № K1709563 «Свидетельство о публикации 05» (регистрационный номер СМИ №1709563-016-191).

Положения, выносимые на защиту:

Арт-терапия является методом, который использует творческий подход для облегчения детских эмоциональных трудностей, таких как тревожность и беспокойство, позволяя детям научиться сдерживать и контролировать свои чувства и поведенческие реакции в безопасной и результативной манере.

Высокая степень тревоги может осложнять процесс включения в общество детей, страдающих от физических недостатков, и негативно

сказываться на их эмоциональной стабильности и самовосприятии, в таких случаях использование специализированной программы, включающие в себя методы арт-терапии способствует заметному снижению и поддержанию на контролируемом уровне тревожности у младших школьников и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Управление тревожностью важно для психического благополучия и социальной адаптации детей.

Использование творческих методов в образовании улучшает самовосприятие и самовыражение учеников, способствуя формированию стабильного состояния тревожности.

В дальнейшем полученные эмпирические данные и результаты исследования, а также разработанная групповая и индивидуальная программа арт-психотерапии могут стать полезным инструментом для педагогов, психологов и воспитателей, работающих с детьми младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Структура работы.

Работа состоит из введения, двух глав (теоретической и эмпирической), заключения, содержит, список литературы (59 источника, 11 из которых на иностранном языке). Для иллюстрации текста используются 12 таблиц и 11 рисунка. Объём основного текста составляет 101 страницы.

Глава 1 Теоретические основы применения арт-терапии в психологическом сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста

1.1 Определение арт-терапии. Цели, задачи, преимущества применения арт-терапии с тревожными детьми

В настоящее время психические расстройства становятся причиной занятости 21% всех больничных мест, опережая такие заболевания, как рак, диабет и сердечные заболевания. Благодаря прогрессу в медицинской науке, методы лечения и обслуживания людей с психическими расстройствами значительно усовершенствовались.

Помимо традиционных фармацевтических подходов, за последние пять десятилетий были исследованы и внедрены различные альтернативные методики лечения. Особое внимание заслуживает арт-терапия, которая предлагает нестандартный подход к восстановлению, охватывая широкий спектр эмоциональных, когнитивных и поведенческих аспектов.

В области психического благополучия арт-терапия продолжает развиваться и открывать новые возможности. Эта форма терапии предлагает альтернативные подходы, которые дополняют традиционные методы лечения, особенно ценные для людей с различными потребностями. Через разнообразные арт-терапевтические практики, предлагаемые в различных условиях и для людей всех возрастов, данная терапия оказывает помощь людям, сталкивающимся с разнообразными проблемами и нарушениями. Среди них: интеллектуальные нарушения, задержка в когнитивном развитии, дефицит внимания и гиперактивность, церебральный паралич, синдром Дауна, аутизм, тревожные расстройства, депрессия, биполярное расстройство, психозы и множество других состояний. Когда человеку с нарушениями развития предоставляется возможность заниматься искусством, ему предлагается пробудить в нем творческий дух. После

просмотра законченного произведения человек может испытать чувство гордости или облегчения, которое на какое-то время может перевесить мрачную тень, и сможет отбрасывать инвалидность. Усилия, приложенные во время работы над конкретным произведением, также могут вызвать у человека чувство собственного достоинства и достижения. Через яркие краски и уникальные ритмы на полотне можно проявить эмоции и переживания, которые долгое время были скрыты. То, что раньше было лишь внутренним колебанием, теперь становится доступным для обмена мнениями. Этот процесс может вызвать ощущение уязвимости у индивида, подчёркивая необходимость в поддержке арт-терапевта [31].

В 1938 году в Великобритании Адриан Хилл стал первым, кто использовал выражение «арт-терапия», подразумевая лечение через искусство. В последнее время, терапевтические практики, обогащённые художественной деятельностью, набирают обороты как инновационные инструменты в сфере психологического благополучия. Этот новаторский метод открывает двери к улучшению самопонимания и самовыражения, укрепляя психическое здоровье через креативные процессы. Он также играет важную роль в улучшении социальной функциональности, предлагая стратегии для модификации деструктивных поведенческих паттернов, укрепляя умения справляться с жизненными препятствиями, стандартов адекватного внедрения, а так же помогает в процессах восстановления и профилактике психических расстройств.

Целевой задачей, которую ставит перед собой арт-терапия, является достижение внутреннего баланса участника, что влечёт за собой восстановление его способности к поиску и поддержанию состояния, благоприятствующего жизнедеятельности [24].

Проблема определения арт-терапии, многие отождествляют её как творческое искусство, надо понять истинное предназначение данного метода как арт-психотерапию, это одно и то же или нет. С англоязычного языка арт-терапия в очень узком понятии – это терапия с помощью искусства или

визуально-пластического искусства, а art-therapis объединяет все модальные терапии, включающие в себя все виды этой терапии сопровождением малоформализованных методов в психологии.

Экспрессивная арт-терапия представляет собой уникальный метод, интегрирующий различные терапевтические подходы под единым наименованием и обладающий собственной учебной программой. Это направление отличается от других и подчёркивает важность разграничения использования терминологии.

Психосоциальные проблемы широко распространены среди детей и подростков с предполагаемой распространённостью 10-20 процентов во всем мире, эти проблемы могут серьёзно мешать повседневному функционированию и увеличивать риск плохой успеваемости в школе. Термин «психосоциальная проблема» используется, чтобы подчеркнуть тесную связь между психологическими аспектами человеческого опыта и более широким социальным опытом и охватывает широкий круг проблем, а именно эмоциональных, поведенческих и социальных. Эмоциональные проблемы часто называют проблемами интернализации, такими как тревога, депрессивные чувства, замкнутое поведение и психосоматические жалобы. Поведенческие проблемы часто рассматриваются как внешние проблемы, такие как гиперактивность, агрессивное поведение и проблемы с асоциальным поведением.

Социальные проблемы – это проблемы, связанные со способностью ребёнка инициировать и поддерживать социальные контакты и взаимодействия с другими людьми. Ряд теорий пытаются объяснить этиологию психосоциальных проблем и наиболее распространённой теорией в западной психологии, психиатрии является биопсихосоциальная теория, которая предполагает, что сочетание генетической предрасположенности и стрессоров окружающей среды, взаимоотношения воспитателей, провоцируют возникновению психосоциальных проблем. В этом смысле, акцентируется внимания на явлении социально-психологического

отчуждённости, которая проявляется в разграничениях коллектива на «нас» и «их» – на тех, кого мы понимаем и считаем надёжными, и тех, кого воспринимаем как чужих и непредсказуемых, а потому и опасных.

В контексте такого подхода, отторжения людей с альтернативными путями развития, воспринимаемых как внешние элементы, становится ключевым фактором, приводящим к психологической изоляции с ограниченными возможностями и их отвержению обществом [6, 3].

В исследовании выявили ряд биологических, психологических и экологических факторов, которые способствуют развитию или прогрессированию психосоциальных проблем, а именно травму, неблагоприятный опыт детства, генетическую предрасположенность и темперамент. Наиболее распространённые методы лечения психосоциальных проблем у детей и подростков включают комбинации психологических стратегий, ориентированных на ребёнка и семью, включая когнитивно-поведенческую терапию КПТ и методы улучшения социальной коммуникации, а также обучение родительским навыкам. Эти вмешательства разработаны с идеей о том, что познание влияет на то, как дети и подростки чувствуют себя и ведут себя. Однако эта отправная точка считается подходящей не для всех подростков, в частности для тех детей и подростков, которым может быть трудно, сформулировать или выразить свои переживания и чувства. Для таких ситуаций в клинической практике часто предлагаются дополнительные методы лечения, такой формой терапии является арт-терапия [44].

Пол Педерсон рассматривает концепцию мультикультуризма как новаторское направление психологической науке, которое следует за тремя основными течениями: психоанализом, бихевиоризмом и гуманистической психологией, выделяя её в качестве четвёртой значимой волны в этой области. Изучение мультикультурализма фокусируется на анализе разнообразия ценностных ориентаций, мировоззрений и убеждений, которые формируются под влиянием уникального культурного бэкграунда индивидов.

В 80-е годы XX века, ознаменовались важным признанием со стороны Американской психиатрической ассоциации. Они осознали, что действующая в США система диагностирования психических заболеваний, сформировавшаяся под влиянием западной культуры, не отражает многообразия психологических проявлений, характерных для представителей не западных культурных традиций. Это открытие подчеркнуло необходимость пересмотра и модификации классификационных подходов в психиатрии для их универсализации [55].

Эксперты, занимающийся психическим благополучием, включая психологов, психотерапевтов и тех, кто практикует арт-терапию, зачастую придерживаются унифицированных подходов в толковании творческих работ, не смотря на различия в культурном фоне своих пациентов. Терапевты зачастую не принимают во внимание уникальные черты пациентов, которые связаны с их культурным и социальным происхождением [18].

Д.Н. Робинсон 2015 году писал, что «творчество заставляет ваше воображение работать, это прикладное воображение. Инновации – это воплощение новых идей в жизнь». Арт-терапия активизирует творчество и раскрывает врождённые способности решать проблемы, которые часто угнетаются, стигматизируются и мешают хроническим невзгодам. Креативное решение проблем является одновременно и защитным фактором, и адаптивной реакцией в стремлении к устойчивости. Создание искусства способствует экспериментированию и инновациям, отражая эмоциональную и когнитивную гибкость [34].

По концепции американской арт-терапевта К.А. Мальхиоди, терапевтическое искусство – мощный инструмент коммуникации. В экспрессивной арт-терапии клиенты чувствуют активно и с фокусом на цели, что позволяет им по-новому осознать и выразить внутренний мир через невербальные средства. Специалисты в данной области тонко настраивают свои методы для индивидуальных потребностей каждого человека, а также для работы с семьями и коллективами.

В настоящее время широко признано, что художественное выражение это способ визуально передать мысли и чувства, которые слишком болезненны, чтобы выразить их словами. По мнению К. Мальхиоди, творчество обладает такими качествами, которые является частью нас самих и с помощью этого можно использовать собственные ресурсы для решения проблемы, таким образом, смысл арт-терапевтических процессов концентрируется в двух направлениях:

- Поддержка в процессе исследования смыслов искусства;
- Сосредоточение на создании и развитии произведений искусства.

Некоторые терапевты рассматривают это как способ, который помогает людям выразить словами свои мысли и чувства, убеждения, проблемы и взгляды на мир. По этому определению, арт-терапия является дополнением к психотерапии, облегчающим процесс, как посредством создания образов, так и посредством словесного обмена с терапевтом [33].

В 1996 году была основана Американская ассоциация арт-терапии с идеей, что творческий процесс создания искусства способен исцелять и улучшать жизнь, а также служит формой невербальной передачи мыслей и чувств.

Этот метод, аналогичный различным подходам в психотерапии и консультировании, предназначен для стимулирования развития личности, углубления осознания себя, и оказания поддержки в восстановлении эмоционального благополучия. Он находит применение в широком спектре ситуаций и адресован различным категориям клиентов: от детей до взрослых, от индивидуальной работы до семейных и групповых сессий. При использовании методик, будь то в области медицинской или клинической арт-терапии, необходимо учитывать определённые рекомендации и ограничения. Так, при лечении состояний, относящихся к невротическим расстройствам, соматоформным и расстройствам личности, а также при наличии психосоматических заболеваний и соматических реакций, требуется особая бдительность. Важно внимательно следить за изменениями

в поведении и общем состоянии ребёнка, особенно если речь идёт о лечении детей с особыми нарушениями в развитии.

На протяжении многих лет медицинские учреждения играли ключевую роль в развитии арт-терапии, действуя как её креативные лаборатории. Независимо от того, считать ли это хорошим или плохим, традиционные элементы медицинской практики, такие как установление диагноза, определение болезни и подходы к её лечению, оказали значительное воздействие на формирование и эволюцию множества направлений в западной психотерапии, в том числе и в арт-терапии. Если говорить об использовании арт-терапии в неклинических целях, то она включает социоцентрическую и арт-педагогическую модели.

Недостаточная мотивация к деятельности, гармонизация, планирование будущего, профессиональная ориентация, укрепление отношений и развитие уверенности в себе, навыки управления стрессом и саморегуляции, идентичность и самооценка личности - все это проблемы межличностных отношений [36].

Индивидуальные творческие произведения могут служить ключом к пониманию психических состояний их создателей. Анализируя художественные работы, специалисты в области терапии имеют возможность заглянуть в скрытые уголки подсознания человека, получая, таким образом, уникальные сведения о возможных психических расстройствах. Таким образом, искусство становится мостом к глубинам человеческой психики.

В некоторых случаях применение арт-терапевтических методов требует особой осторожности, особенно когда речь идёт о работе с людьми, страдающими от психических расстройств или имеющими ограниченные возможности здоровья. Например, использование песочной терапии и работы с метафорическими картами может быть не рекомендовано для лиц с психозами, шизофренией или неврозами, так как это может спровоцировать нежелательные реакции, включая ухудшение состояния или судороги, особенно у лиц с эпилепсией [48]. Также следует проявлять осторожность,

если у пациента есть аллергия на компоненты, используемые в материалах для арт-терапии, или если на коже присутствуют повреждения в виде ран или порезов. Высокий уровень тревожности также может служить причиной для более внимательного подхода к выбору методик арт-терапии [26].

1.2 Классификация нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья. Общая характеристика

В 1960-х годах, важный пункт в повестке Всемирной организации здравоохранения был направлен на повышение качества классификации и диагностирования психических заболеваний в рамках её медицинских инициатив. Проблема в согласовании глобальной статистики по психическому здоровью и сложности в сопоставлении данных между странами во многом обусловлены отсутствием стандартизации в оценке психических заболеваний. Это препятствует разработке и реализации международных стратегий психиатрической помощи. Разнообразие диагностических подходов, используемых психиатрами по всему миру, дополнительно осложняет эту задачу. Улучшения диагностики и классификации психических расстройств, стало результатом организации международных исследований под эгидой ВОЗ. Это привело к расширению международных контактов и разработке специального глоссария, в котором определены категории психических состояний «МКБ-8». На сегодняшний день активно продвигается новая версия «МКБ-11».

Международной классификации болезней – одиннадцатая редакция, в процессе обновления раздела, посвящённого психическому здоровью, были задействованы эксперты по психиатрии из различных уголков мира. Эти эксперты собирались в специализированные группы для того, чтобы коллективно обсудить и пересмотреть критерии диагностирования психических заболеваний, что представляет собой широкомасштабное сотрудничество на международном уровне.

В наши дни генетические отклонения в развитии это то, что носит наследственный характер в науке, есть описание такой патологии – поломку хромосом «хромосомные болезни». В ходе исследования профессорами медицинских наук, было проведён анализ результатов людей в данном случае детей, по результатам было обнаружено, что дети с определёнными клиническими проявлениями способны поставить генетический диагноз [29].

Такое количество детей в численности варьируется довольно широко как потеря слуха или заболевание сетчатки глаз встречаются более 50 процентов случаев, когнитивные способности, умственная отсталость около 40 процентов, а поведенческие расстройства встречаются на более низком уровне, сердечно-сосудистые заболевания в меньшей степени. Эти цифры годами меняются, они основаны на самих последних достижениях науки в области медицины, но суть в том, что многие заболевания у детей, а так же у взрослых имеют некоторую долю генетической биологии лежащей основе, которую можно обнаружить сегодня.

Таким образом, поражение нервной системы, которая влияет на состояние здоровья и развития может иметь наследственную эндогенную природу или это может быть экзогенный фактор. То есть внешнее воздействие, это когда происходит недоразвития, самый яркий пример относится умственной отсталости, так же можно отметить частичных поражений всего головного мозга она возникает при тяжёлых и длительных соматических заболеваниях, повреждённое психическое развитие представлена как органическая деменция, причиной которой является нейроинфекции, различные травмы, дегенеративные наследственные заболевания. Всю классификацию психического дизонтогенеза в 1985 году описала В.В. Лебединская в своих научных работах. В 1998 году Г.А. Мишина выделила ряд факторов, которые выдаёт не способность родителей воспитывающих с раннего возраста детей с ограниченными возможностями, мгновенно и правильно оценить их дефекты. Отсутствие близких эмоциональных связей, которые позволяют сотрудничеству, и быть

более продуктивными по отношению к ним, не всегда родители могут чётко выстраивать свои отношения, также понять их проблемы сопровождая неадекватным стилем воспитания. Недостаточностью общения с ребёнком, очень часто встречается завышенный уровень ожидания связи, с этим возникают конфликты в семье, это происходит при фиксации родителей на дефекте или неприятии ребёнка.

Детская инвалидность влечёт за собой большие расходы, как для семей, так и для самих детей. Принимая во внимание расширенное понимание инвалидности, способность детей адаптироваться и взаимодействовать внутри семейного круга должна быть рассмотрена как основной критерий, отражающий степень влияния здоровья на появление инвалидности. Вдобавок, семьи играют ключевую роль в защите прав детей, зачастую оказываясь единственными, кто может эффективно организовывать уход за ними. Развивать детей, у которых есть определённые физические, умственные или сенсорные ограничения, представляет собой сложную задачу, направленную на стимулирование их умственного и физического потенциала. Основная цель этого процесса заключается в их успешной социализации и адаптации в социальном контексте [2, 27].

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа случаев психических нарушений по сравнению с физическими заболеваниями, которые ранее были более распространены в контексте инвалидности. В отсутствие постоянно собираемых статистических данных о распространённости детской инвалидности с течением времени трудно разрешить спор о том, насколько увеличение инвалидности отражает изменения в лежащей в основе заболеваемости инвалидизирующими состояниями.

Для успешного развития и социальной адаптации детей с особыми потребностями критически важно обеспечить дома обстановку понимания, поддержки и спокойствия. Это помогает избежать ненужных ограничений в их поведении. Принятие ребёнка в его уникальности, без необоснованных

ожиданий, является ключом, но требуется также упорство со стороны родителей и последовательность в обучении. Вовлечение профессионалов в образовательный процесс и целенаправленное воспитание способствуют тому, что ребёнок с инвалидностью воспринимается как равноправный член сообщества, что существенно увеличивает его возможности для интеграции в социум [13].

В категорию детей, сталкивающихся с трудностями в повседневной жизни из-за ограниченных возможностей, входят не только дети с официальным статусом инвалида, но и те, кто не прошёл соответствующую официальную процедуру, но нуждается в поддержке и помощи. Психологи считают, что ребёнок приобретает базовые знания впервые 7 лет жизни, затем происходит улучшение и приумножение базовых способностей. Тот же принцип работает и для детей с отклонениями в развитии. Пренебрегая данным временным отрезком и не уделяя ему должного внимания, мы сталкиваемся с проблемами, которые усложняют процесс достижения желаемых уровней развития в будущем. Эта проблема особенно актуальна для детей с нарушениями в области когнитивных функций и развития речи.

Методы арт-терапии в настоящее время являются наиболее востребованными в практической психологии. На данный момент используется техника арт-терапевтических методов для работы с детьми, такой психодинамический подход считают более позитивным для изменения, они могут произойти, когда ребёнок направляет свою боль, гнев, стыд и другие сложные чувства в создание произведений искусства, которыми затем можно поделиться с арт-терапевтом [39].

В образовательных организациях, при работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья, часто используются нетрадиционные методы. Они вызывают безболезненную коррекцию психоэмоционального состояния, способствуют формированию ассоциативно-образного мышления, помогают разблокировать закрытые системы восприятия. В своей работе, датированной 1981 годом, Эпплбаум

исследует проблематику трансформаций в психотерапевтической практике, выделяя их схожесть с художественными процессами. В разделе, который носит название «Эвокативные аспекты изменений», он проводит параллели между методами психоаналитической психотерапии и творческими подходами в искусстве, затрагивая идею о том, что в терапевтическом взаимодействии заключена эмоциональная вовлеченность, аналогичная той, что возникает между художником и аудиторией. Эпплбаум утверждает «как художник, так и аудитория, так же как терапевт и пациент, получают возможность совместно переживать аспекты, которые в определённой степени смогут быть приравнены к искусству». Неважно, является ли пациент «хорошим» художником, важно то, что спонтанное создание произведений искусства сродни свободным ассоциациям во фрейдистском смысле. Это помогает пациенту войти в контакт с первичными процессами и регрессировать – отвержение «усвоенная на опыте семейных или других отношений». Предоставление альтернативного способа влечёт понимания себя и окружения, постоянное тестирование реальности, включает в себя, как повышение осознанности (инсайт) и связанное с этим принятие риска (действие), которое приводит к коррекции его опыта [50].

В обзоре Д.А. Кларка подчёркивается, что «дети-инвалиды в первую очередь дети и что у них также есть особые потребности, которые следует учитывать, но не фокусироваться на ребёнке или детях с проблемой».

Основное влияние психоанализа на арт-терапевтов, работающих с детьми, за последние 20 лет, по-прежнему сильно влияет Д.У. Винникотт. В 1971 году, он подчёркивает важность игры и творчества, а также роль терапевта в содействии этому. Все чаще арт-терапевты обращаются к теории привязанности, чтобы исследовать отношения в раннем детстве и их влияние на последующее поведение, а также к теории семейных систем, которая стремится изменить способ взаимодействия членов семьи. Понимание влияния социальной среды на эмоциональное благополучие и поведенческие реакции детей становится более глубоким благодаря этим теориям. Они

находят применение в разнообразных областях, включая проблемы обучения и такие состояния, как аутизм или синдром Аспергера, подчеркивая их универсальность и значимость [40].

Предпосылкой является то, что изменения происходят через обучение с сопровождением в игре специалиста в этой области, способствует высвобождению эмоциональной энергии. Ребёнок получает возможность выражать и делиться эмоциями и научиться новым моделям взаимоотношений, что, в свою очередь, приводит к тому, что ребёнок становится более уверенным и творческим, и чувствовать себя более контролирующим свой мир. Арт-терапия предоставляет детям возможность выражать свои глубокие чувства через художественное творчество, служа мостом для общения с терапевтом. Приверженцы этого подхода подчёркивают значимость удовольствия и элементов игры в процессе, утверждая, что чем больше дети погружаются в творческие деятельности, тем это благоприятнее сказывается на их эмоциональном и психологическом благополучии [38].

В научных трудах, связанных с арт-терапией, где переплетаются концепции из изобразительного искусства, психоанализа и этнологии, представлена глубокая аналитика о тонкостях связей между терапевтом, ребёнком и объектом искусства.

Во многих областях медицины, включая психотерапию, психиатрию, наркологию, терапевтическую практику, педиатрию, дерматологию и эндокринологию, а также онкологию, специалисты по всему миру, от врачей до арт-терапевтов и психологов исследуют и адаптируют новые подходы к применению метода терапии творческого самовыражения «ТТС». В рамках длительной терапевтической программы арт-психотерапии, ориентированной на детей с серьёзными хроническими психологическими проблемами, связанными, с тревожностью и депрессивностью, такая группа пациентов часто преобразуется исцеляющую общину. Исследования показывают связь между психическими отклонениями и незаурядными творческими талантами

в области искусства часто неотделимы. Эрнст Кречмер выделил специфические психические нарушения, которые способствует развитию определённых видов творческой деятельности. Люди, страдающие от тревожно-дефензивных расстройств, могут использовать художественное самовыражение как средство понимания и лечения своих проблем, находя в творчестве источник исцеления, соответствующий уникальной природе их внутренних конфликтов [43, 51].

Специалисты в области образования и психологии всё активнее применяют понятия, связанные с эмоциональной дисгармонией и расстройствами в области чувств. Многие из нас сталкиваются с трудностью понимания собственных эмоций, будь то дети или взрослые. От ощущения одиночества до агрессии, от подавленности до склонности к обидам, от страхов до беспокойства, внутренний мир может быть запутанным. Действия зачастую определяться эмоциями, и лишь спустя время мы осознаём, что могли поступить иначе. Родители обращаются к специалисту по детской психологии, чтобы помочь своему ребёнку справиться с различными проблемами, такими как боязнь, нервные тики, ухудшение успехов в школе, нежелание общаться и заметное замедление реакции. Вопросы, с которыми мы сталкиваемся, часто являются лишь видимой частью глубинных проблем, те что, уходят корнями в неполноценное восприятие собственной личности, в неосознаваемую борьбу с внутренним беспорядком и отсутствие крепости личностной идентичности внутреннего «Я» [15].

1.3 Школьная тревожность, понятия, причины, виды

В настоящее время увеличилось количество детей у которых в той или иной степени проявляются беспокойства, тревога связанная со школьной жизнью с успеваемостью эмоциональным дискомфортом. Терминов много «школьная фобия, школьные неврозы, детодигенный невроз», но все эти термины, так или иначе, показывают на эмоциональное неблагополучия у

ребёнка, исследования показывает, что каждым годом количество детей тревожных у которых диагностируют школьную тревожность, возрастает.

Вообще тревожность влияет на психогенные неврозы, на успеваемость, взаимоотношения с педагогами, эмоциональное состояние, комплекс психосоматических заболеваний тоже очень часто связаны именно со школьной тревожностью [12].

Существует два понятия. Чувство тревожности зачастую включает в себя интенсивные переживания опасности и может приводить к тому, что эмоции приобретают оттенок негатива. Тревога – это когда временами, человек может ощущать внутреннее волнение, что зачастую выражается через приступы беспокойства и напряжённости, отображающие его моментальное психологическое настроение. По принципу тревожность это устойчивое состояние, а тревога эпизодическое, иногда тревожность понимается как устойчивое состояние, а тревога как страх.

Существует два вида тревожности. Ситуативная тревожность – связана с конкретной ситуацией и является результатом каких-либо событий. Личностная тревожность это как качество личности, черта характера, она начинает формироваться ещё в дошкольном возрасте «в раннем возрасте» и передаётся от близких, в чаще всего от матери, это не говорит о наследуемом факторе, вернее тревожная мать передаёт свои эмоции, беспокойства и тревоги [17].

Дети меланхоличным темпераментом они подвержены частым тревогам и переживаниям, такие дети часто испытывают эмоциональный дискомфорт так, как они сложно адаптируются, плохо социализированы и многие ситуации у них будут вызывать тревогу. Что касается школьной тревожности – это разновидность ситуативной тревожности, она показывает и затрагивает все аспекты школьного неблагополучия. Такие дети рисуют себе какую-то негативную картину провала, поражения, плохой отметки, что учитель сделает замечание, то есть ещё ничего не случилось, а ребёнок уже тревожится в этом случае и говорится о школьной тревожности как о

проявлении, тем не менее, ребёнок с высокой школьной тревожностью чувствует себя дискомфортно, ожидает негативной отметки, он волнуется при ответах, при выполнении школьных заданиях. Определённый уровень тревожности бывает полезный так, как лёгкая тревожность мобилизует человека – это полезная тревожность, главное не перейти критическую точку, когда полезная тревожность не мобилизует, а дезорганизует человека.

Одна из причин тревожности это различные виды:

- проблематика внутрисемейных трудностей;
- родители, педагоги очень часто тревожащие;
- противостояния, возникающие из-за потребностей ребёнка;
- общества родителей и учителей зачастую предъявляют взаимно противоречащие требования;
- требования, которые не согласуются с психофизическими возможностями ребёнка, чреватые недовольством их академическими достижениями и излишне высокими ожиданиями;
- воспитательный процесс, как в образовательных учреждениях, так в семье, может страдать из-за жёсткости методов, которые можно охарактеризовать как авторитарный подход;
- дети часто сталкиваются с ситуациями, когда их не принимают в свою группу сверстники, что приводит к напряжённым отношениям.

Очень часто коррекция тревожности у младших школьников заключается только коррекции детско-родительских отношений. Как только восстановлены и скорректированы детско-родительские отношения у ребёнка исчезает тревожность [22].

Критерии о неблагоприятного эмоционального состояния – эти критерии характерны для всех возрастной категории, для определении тревожности существуют множество различных тестов, которые изучают личностную тревожность, но все тесты самооценочные и зависит от того как сам ребёнок ответит на заданные вопросы «чисто или нет», самое эффективный метод для определения тревожности детей это

малоформализованная методика наблюдения. Наблюдая за ребёнком, педагог в школе, родители дома однозначно может определить уровень тревожности [18].

Провоцирующие факторы тревожности.

Провоцирующим фактором является темперамент, они генетически заложены, то есть система реагирования, есть несколько признаков, по которым можно определить предрасположенность к патологической тревожности:

- уровень энергичности ребёнка – гиперэнергичность, гипоэнергичность,
- крайне высокая чувствительность,
- очень высокая возбудимость,
- низкая социальная открытость.

Это состояние ребёнка представляет собой генетическую предрасположенность к тревожности, недуги повышающие вероятность развития тревожности, приводят к наркотизму ребёнка, что в свою очередь характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Основа развития избыточного беспокойства связана с комплексом психоэмоциональных и биохимических процессов. Взгляд с точки зрения физиологии позволяет рассматривать тревожность как ответную реакцию нервных структур на стимулы, которые могут нести угрозу. Излишняя тревожность проистекает из сложной сети взаимосвязей между биологическими и психологическими факторами. Ответом нашего организма на различные раздражители, потенциально несущие опасность, является физиологическая реакция нервной системы. Происходит увеличение выработки нейромедиаторов, электрическая стимуляция ствола мозга, что формирует страх и тревогу [19].

Влияют и социальные факторы – это тактильный контакт с матерью, так как ребёнок на 100 процентов полностью зависит от матери, общественная критика, сравнение с другими детьми и тому подобное. Без

соответствующей коррекции, у детей с повышенным уровнем тревожности может произойти формирование таких психологических состояний как фобическое тревожное расстройство, ипохондрия и обсессивно-компульсивный невроз. Характер может развиваться с акцентуацией, которая характеризуется тревожностью и мнительностью, при длительном сглаженном течении. Кризисные ситуации и конфликты вызывают состояние декомпенсации, которое часто приводит к соматическим заболеваниям и депрессии. Хотя тревога является защитным механизмом. В норме она должна быть у каждого, так как тревога является ключом, неким сигналом тому, что возможно опасно и принципе она нас защищает от каких либо плохих и опасных ситуаций и людей, внутренние чувства тревоги даёт человеку сигнал, понять что, например: «этот человек не хороший, я не хочу с ним общаться», но часто у детей с ограниченными возможностями здоровья она становится уже не социальной тревожностью, когда обычный здоровый ребёнок боится чего-то, а она может переходить в такие либо фобические расстройства, когда страх становится рациональной и никакие при этом аргументы не помогают для улучшения.

Важно, чтобы родители всегда были в курсе проблем своих детей и проявляли активную заинтересованность в их жизни. Когда дети сталкиваются с трудностями, на первом месте должно быть понимание и поддержка со стороны семьи. Родителям необходимо отходить от стремления скрыть неприятности и вместо этого активно участвовать в их решении. Они должны обеспечить такую атмосферу, в которой ребёнок не боится делиться своими проблемами, зная, что его всегда выслушают и помогут найти оптимальное решение. Поддержка и внимание со стороны родителей помогут ребёнку чувствовать себя увереннее и быстрее преодолевать возникающие препятствия. Помощь родителей в решении проблем не только укрепляет доверие и связь между родителями и детьми, но и способствует формированию у молодого человека навыков самостоятельности и ответственности [14].

1.4 Методологические аспекты и приёмы коррекции тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста

Для детей, имеющих проблемы со здоровьем, начало школьного обучения часто сопряжено с вызовами, связанными с необходимостью адаптации в новой социальной среде, отличной от домашней. Без поддержки специалистов по психологии, самостоятельно преодолеть эти сложности им будет крайне тяжело. Для различных категорий детей с ограничениями возможностями здоровья в зависимости от их психологической квалификации основных психических расстройств, тревожность является сопутствующим фактором при особенностях дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями. Таким образом, сравнение разных видов школьной тревожности у младших школьников показало, что если тревога является малозаметной, но при этом самой опасной эмоцией для таких детей с особенностями, а тревожность, как особенность личности, самым патогенным свойством [35].

Тревога неразрывно связана с понятием страха. Её влияние на психологический статус младших школьников с ограничениями возможностями здоровья, что может способствовать социально-психологической дезадаптации и росту показателей нервно-психических заболеваний. Для нас очень важны переживания ребёнка, так как они влияют на когнитивную деятельность, которая будет оцениваться, для этого мы встраиваем и ведём большую работу в области определения психологической активности ребёнка и влияния тревожности на неё [30].

Общая тревожность растёт у ребёнка, потому что он все время не может согласовать внутренне-психологическое пространства с социально-психологическим. Не обходим характеризующий баланс между психологическими и социально – психологическими аспектами, то есть, на

сколько ребёнок сбалансирован, если у него дисбаланс тогда ребёнку сложно включиться в учебную сферу из-за нарушенного баланса.

Игротерапия. Большой вклад в исследование аномалий развития был сделан Л.С. Выготским, который сформулировал на модели умственного отсталости, ряд общетеоретических позиций, это оказало основное влияние на дальнейшее исследование аномалий развития человека. В первую очередь относится к ним то, что аномальное развитие ребёнка с ограниченными возможностями в здоровья также подчиняется одной и той же основной закономерности развития характеризующего здорового ребёнка. Многочисленные данные смогли накопить большой резерв в детской психологии при изучении дефектологии аномального ребёнка [1].

Л.С. Выготский в 1956 году также выдвинул позицию о первичных дефектах, которые более близко связаны с повреждениями нервной системы и ряда вторичных дефектов, они отражают нарушения развития психических процессов. Л. С. Выготским было показано значение данных вторичных недостатков для прогнозирования развития, а также возможностей психолого-педагогических коррекций. Лев Семён Выготский говорил о том что, в игре ребёнок всегда выше своего повседневного поведения, выше на голову самого себя. Большое число специалистов в психологии развития, педагогике, педиатрии, нейрофизиологии и других экспертов которые работают в области развития обучения детей, доказывают, что игре принадлежит фундаментально важные роль в социализации развитии и образовании. Л.С. Выготский предупреждает о том, что, там, где есть недоразвития в интеллектуальном или аффективном плане игра не развивается. Тем не менее, исследователи, такие как Кэти Хирш-Пасек, Роб, Калфман выделяют следующие характеристики игры: она доставляет радость, помогает ребёнку смысл в том, что делает и изучает, она задействует активное, вовлечённое мышления, так же задействует интерактивное мышления. Игротерапия включает в себя социальное взаимодействие, мне хотелось бы остановиться на двух факторах из перечисленных, которые

вливают на эффективность игры в обучении и развитии детей с ограниченными возможностями здоровья [21].

Первое согласно Л.С. Выготскому обучения невозможно без человеческих отношений, его социокультурная теория построена на идее о том, что обучения и развития происходит через социальное партнёрства. Современные исследования показывают, что для развития критического мышления, языкового и творческого подходит групповая игра. Она гораздо лучше, чем индивидуальная, конечно играть можно и в одиночестве, но добавления социального контакта, это может быть «взрослый или ребёнок» не только способствует обучению в игре, но и является ключом к этому обучению. Связи с этим позитивным взаимодействием ребёнка с ограниченными возможностями здоровья с социумом самого рождения закладывает фундамент для его эмоционального здоровья, что будет способствовать успехам в будущем в обучения. Из-за низких эмоциональных барьеров, которые могут быть вызваны стрессом, так же это способствует развитию гибкости мозга для преодоления трудностей уже в последующей взрослой жизни такого человека.

Второй фактор, который пожалуй является ключевым и самым важным для всего в этом мире это радость, естественно жизнь не должна быть сплошной сладкой ватой, иногда, для того чтобы почувствовать радость, надо испытать некое разочарование. Радость это неотъемлемый атрибут обучения, причём не только в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья. Исследования неоднократно подтверждает, что негативные жизненный опыт влияет на обучения и развития точно так же, как настойчивость и позитивный взгляд на вещь, улучшает работоспособность, способность справляется со стрессом, жизненными трудностями. Из неврологии мы знаем, что эмоции являются неотъемлемой частью нейронных сетей ответственных за обучения. Радость связано с повышением уровнем дофамина в системе вознаграждения или внутреннего подкрепления мозга, а в свою очередь это связано с повышением памяти,

внимания, творчества и мотивация [34]. Отношения к эмоциям как чему-то вторичному по сравнению с мышлением обучения идёт в разрез последними исследованиями в нейронауках. Подбирая методы и инструменты социализации и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, надо учитывать, что по Л.С. Выготскому самые большие достижения ребёнка возможны именно в игре, они станут завтра основой его реальных действий. Игровая активность имеет очень важное значения для психического развития ребёнка (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин). Сюжетно-ролевая игра – ведущий вид деятельности ребёнка в дошкольном возрасте (Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев). Это действие, в котором ребёнок изначально эмоционально и позже интеллектуально освоит всю человеческую систему. Это особый способ освоения реальности путём воспроизведения и моделирования её. Игра обладает несколькими функциями, одна из которых является терапевтической. Е.С. Жорняк считает, что, «игровая психотерапия является нередко лишь единственным способом помощи людям, которое до сих пор не освоил мир (слова, взрослые ценности и правила), они до сих пор смотрят на мир сверху, а в мире фантазии и образов – повелитель». Г.Л. Лэндрет сравнил значимость речей взрослых и игр для детей [42].

Кратко рассмотрим основные теории игры.

В современной практике для поддержания психологического здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья, эксперты в области психологии и педагогики, в том числе такие учёные как А.И. Копытин, М.Е. Бурно, С.В. Лебедева, Е.Г. Макарова и многие другие, активно применяют арт-терапию. Этот метод, включающий в себя искусство и творческие подходы, выделяется как ключевой способ стимулирования эмоционального благополучия у таких детей. Арт-психотерапия считается не способом отражения реальности в образах искусства, а средством самовыражения и снижения психического напряжения, коррекции эмоциональных сфер [28].

Изо-терапия. По А. Копытину арт-терапия понимается как лечение на основе изобразительного искусства с английского языка. Многие представители профессиональных сообществ стран таких как Великобритания, США именно оттуда арт-терапия начала развиваться, оформляется как самостоятельная психотерапевтическое направления. Существует широко распространённое мнение о том, что изобразительное искусство, которое лежит в основе арт-терапии, должно быть направлено на лечение и взаимодействие с клиентами или пациентами. Эта практика признана актуальной и значимой в наше время. Александр Копытин считает, что специалист должен владеть не только возможностями различных методов арт-психотерапии аналитической, но и имел богатый, разносторонний опыт художественной деятельности, это позволяет ему чувствовать и понимать роль ИЗО деятельности в процессе арт-терапии. В настоящее время в практической работе используются клиническая и неклиническая модели [52].

Модель арт-терапии по теориям А. Копытина охватывает несколько методик, эти модели делятся на три: клиническая – использование искусства как основной или дополнительной средством профилактики или лечения инвалидов, ориентированная на применение дифференцированных лечебных и профилактических действий, учитывающие специфику болезни, её проявления и патофизиологию. Социальная – применение искусства как средств психологической поддержки человека, семьи и гармонизации общественного отношения. Педагогическая деятельность – социальная и воспитательная деятельность личности, психологическая профилактика, психологическая коррекция участников процесса образовательной деятельности. Показания соответствующей модели, в частности, для использования клинической модели, являются невротические связанные со стрессом и соматоформными расстройствами, зависимостью от психоактивного вещества, зависимостью личности, психическими расстройствами, психическими расстройствами тяжёлыми, чем

пограничными, в том числе шизофренией, аритмическими психозами и органическими заболеваниями. Показание в неклинической модели это проблемы межличностных отношений, идентичности, самооценки, управления стрессом, саморегуляции, недостаточности мотивации деятельности не связанное с клиническими расстройствами, повышения качество жизни и так далее [23].

По мнению кандидата наук в области арт-терапии М.В. Киселёвой, арт-терапия многих притягивает, вызывая какой-то внутренний интерес, как слово загадка, на самом деле это метод который связан с искусством, творчеством и раскрытием творческого потенциала, большое количество людей, обрушаясь за помощью, с помощью метода арт-терапии они научились радоваться жизни, открыли свои скрытые ресурсы, нашли внутренний свой потенциал, внутреннюю гармонию. В своём обучающем руководстве, М.В. Киселёва представляет разнообразие арт-терапевтических подходов, предназначенных для применения в различных сферах, включая здравоохранение, образование и центры поддержки психологического и социального благополучия общества. Эти методы ориентированы на решение широкого спектра задач, связанных с психологическим и социальным здоровьем. В основном это связано процессом динамической коммуникации осуществляемой по средствам языка образов, так как символы выступают в качестве моста между сознательным и бессознательным элементом. Зигмунд Фрейд первым предложил интерпретацию символов как ключевых компонентов в психодинамике, отмечая, что они играют важную роль в раскрытии личных потребностей, улучшении навыков общения и приспособлении к окружающему миру и его объектам. В контексте идей Карла Юнга символ рассматривается как средство, способствующее естественному проявлению психики на различных этапах человеческой жизни. Но, обладая чрезмерным ёмкими содержаниями, не смогут получить однозначного толкования, и более приемлемо будет работа с заложенными в символах энергиях путём их спонтанного транслирования через образы [26].

В изо-терапии очень важна классификация выбираемого материала для использования, так как она несёт информацию о конфликтных ситуациях и на степень готовности к эмоциональному самовыражению. В трудах М. Кляйн большое внимание уделяется роли символизации в формировании «ЭГО» и развитии талантов, где символизм выступает ключевым элементом. Она выделяет, как сопоставление внешних объектов с либидозными фантазиями помогает детям в изучении окружающего мира и даёт возможность художникам создавать новаторские работы. Похожую позицию занимает и Д. Винникот, который подчёркивает значимость транзитных объектов для детского символического мышления. Винникот утверждает, что эти объекты играют важную роль в накоплении культурного опыта и являются фундаментом для развития подлинной индивидуальности и независимости «Я» [32].

Вначале арт-терапия была разработана для помощи людям, страдающим от глубоких эмоциональных проблем. Однако со временем её применение значительно расширилось, превратившись из специализированного метода лечения в широкий спектр практик, направленных на улучшение взаимопонимания между людьми и помощь в осознании своих внутренних процессов и отношения к миру вокруг. В настоящее время в обществе арт-терапия рассматривается в различных контекстах, признавая, что её руководство должны осуществлять только специалисты с соответствующим профессиональным образованием и опытом в данной области. Кроме базовой психологической или педагогической подготовки необходимо пройти тренинг по направлению «Арт-терапии в практической психологии». В методике есть некоторые упражнения могут быть использованы в коррекционно-развивающих или профилактических занятиях [21].

В современном практическом методичке Рочева описаны различные терапевтические занятия, каждое занятие можно проводить как индивидуально так и групповым, в нём представлены наиболее упражнения и

занятия апробированные и наиболее используемое коррекционно-развивающей работе с детьми и их родителями. Также используются эти занятия и упражнения изо-терапии с детьми и подростками ограничениями умственными и физическими возможностями. Д.Г. Рочев дал определения изо – терапии, что это одна из наиболее применяемых и эффективных видов арт-терапии с помощью которого можно снять нервно-психическое напряжения, а так же справиться с негативными эмоциями. Профессиональный тренинг или индивидуальные занятия по изотерапии могут дать человеку новый позитивный опыт, происходят свои личные озарения «инсайды». Изо-терапия по мнению Рочева занимает очень важную позицию в работе психолога, особенно с людьми с ограниченными возможностями в здоровье. Художественные навыки максимально задействует ребёнка с ограниченными возможностями в рабочий процесс, давая возможность вызвать неподдельный интерес которое, способствует налаживанию доверительных отношений, мотивирует их, что очень благотворно закладывается на дальнейшем проведении различных мероприятий и занятий [37].

Она направлена на коррекцию различных нарушений, включая проблемы в индивидуальном росте, а также предотвращение возникновения дополнительных проблем в процессе развития. Она не заменима для развития саморегуляции, помогает осознать самого себя, так и свои хорошие качества, почувствовать себя нужным и жить в гармонии с окружающим миром, как и самим собой. Находит добрые отношения с людьми и сверстниками, открыть в себе творческую личность, изо-терапией возможно достичь существенных результатов психоэмоционального состояния, эмоционально-волевых и развития у детей познавательных процессов. Г.А. Вайзер, М. Голдфрид в 1996 году выделяют то, что представляется согласованными принципами изменений. Это ожидание клиентом помощи при вступлении в терапию, терапевтические отношения, предоставление альтернативного способа понимания себя и окружающей среды, постоянное тестирование реальности,

которое включает в себя как повышение осведомлённости «инсайт», так и связанное с этим принятие риска «действие», что приводит к корректирующему опыту. Специалисты в области арт-терапии утверждают, что включение творческих методов и работы с арт-материалами может служить мощным инструментом для самопознания и взаимопонимания с окружением, а также облегчить коммуникацию между терапевтом и клиентом. В работе с детьми, применяющими комплексный психодинамический метод, существует убеждение, что искусство может стать каналом для выражения и преодоления негативных эмоций, таких как страх, гнев или стыд. Это превращает искусство в средство для детей, чтобы выразить свои переживания, которые арт-терапевт может интерпретировать и использовать для поддержки ребёнка в рассказывании его личной истории.

Некоторые арт-терапевты предпочитают широко «гуманистическую» модель, которая является более преобладающей психодинамическими процессами, это подчёркивают важность развития восприятия и рисунка в арт-терапии. Е.М. Дубовский указал на необходимость для арт-терапевтов понять, как дети развивают навыки рисования, ссылаясь на Г. Гарднера и Э. Мэтьюза, чьи обширные исследования рисунков очень маленьких детей продемонстрировали их важность для развития целого ряда интеллектов. Э. Мэтьюз открыл для себя, что так называемые «каракули», которые создают дети, на самом деле представляют собой символическую основу, способствующую развитию их восприятия мира. Эти зарисовки не являются попыткой точного отображения объектов, а скорее отражают индивидуальное восприятие детьми того, как объекты функционируют и взаимодействуют в пространстве и времени. Это открытие было сделано на основе тщательного анализа поведения детей, в том числе через игры и учебные занятия, подчёркивая, как дети осваивают основы изобразительного искусства. Интерес Э. Мэтьюза к этой теме был подкреплён обширными и детализированными записями наблюдений за детьми младшего возраста, включая наблюдения за его собственными детьми. Исследование Э. Мэтьюза

в 1999, 2003, 2004 годах, представляет собой важную критику традиционных представлений о рисовании, которые считают своей единственной целью кодирование информации, специфичной для вида, и принимают во внимание влияние социального и культурного контекста, что мало обсуждается в арт-терапевтической литературе о детях до недавнего времени. Через его творчество мы получаем уникальную возможность увидеть, как мир детей формируется, и как они развиваются и эволюционируют с помощью искусства. Одним из больших преимуществ арт-терапии является то, что она способствует задействованию обеих сторон мозга. Невербальное художественное выражение – это в первую очередь процесс работы правого полушария мозга, письменность исходит из языковых центров левого полушария [54].

Сказка-терапия и драма-терапия. В детские годы, когда бабушки и мамы погружали нас в мир народных преданий, мало кто осознавал, что таким образом они использовали эффективный инструмент для эмоционального восстановления и развития – сказкотерапию. Сказки служили не только ключом к пониманию человеческих историй и культур, но и становились мощным инструментом для позитивного преобразования и вдохновения на творчество, открывая двери в мир изменений и новых возможностей. Ребёнок наполовину живёт в воображаемом, нереальном мире, и не просто живёт, а активно действует в нем, перестраивая его и себя. Именно из этой сокровищницы он черпает информацию о реальности, которой ещё не знает о чертах будущего и ещё не умеет думать. К.И. Чуковский считал, что цель сказки «воспитать в ребёнке человечность – это дивное умение переживать чужие беды, радоваться чужим радостям, переживать чужую судьбу, как свою. Ведь сказка улучшает, обогащает и очеловечивает детскую психику, поскольку ребёнок, слушая сказку, чувствует себя её активным участником и всегда отождествляет себя с теми её персонажами, которые борются за справедливость, добро и свободу.

Сегодня многие считают, что сказочные истории предназначены исключительно для детей. Однако многочисленные сказки, пережившие века и дошедшие до нас, на самом деле не только для младшего поколения. Даже Ганс Христиан Андерсен, известный своим талантом в написании сказок, адресовал часть своих произведений не детям, а взрослым. Это говорит о том, что издавна люди использовали сказки не только для детского развлечения, но и в каких-то других целях [45].

Официально сказкотерапия – достаточно молодая наука, хотя многие сказки из традиционного фольклора содержат и коррекционное воздействие. По мнению Э. Берна основоположника метода сказкотерапии, что нарисовал различные жизненные сценарии и три состояния нашего «Я» куда входят: «Ребёнок, Взрослый и Родитель». Часть, именуемая «дитя», постоянно чего-то требующая и желающая, по Берну, обязательно будет проживать определённый жизненный сценарий – бессознательный жизненный план, в основе которого лежит решение, принятое в раннем детстве. В зависимости от давления извне – родителей значимых взрослых и личного суждения – сценарий может быть как хорошим, так и несчастливым.

В эпоху 70-х годов XX века, Д. Бреттоми проложила путь для сказкотерапии, внося вклад в её развитие через создание серии кратких повествований под названием «Истории Энни». В этих рассказах мы следим за приключениями Анны, маленькой девушки, сталкивающейся с различными препятствиями. Эти рассказы насыщены событиями, характерными для жизненного опыта её ровесников. На протяжении веков народные сказания, мифы, легенды и фабулы служили не только развлечением, но и мощным инструментом обучения, вдохновения и морального наставления. Они обладают уникальной способностью общаться с нами на уровне глубоких чувств и интуиции, открывая пути к лучшему пониманию самих себя и окружающих. Подобные рассказы предоставляют новые перспективы для взгляда на жизненные ситуации, способствуют развитию сочувствия и эмпатии, а также стимулируют поиск новаторских

решений и подходов к проблемам. Истории могут дать нам чувство надежды и оптимизма, помочь нам ценить и уважать различные ценности и убеждения и положительно влиять на наше социальное поведение.

Сказкотерапия также является отличным способом построить уникальные отношения между родителями и детьми. Через сказочные истории создаётся особый мост понимания между взрослым и ребёнком, обеспечивая взаимопонимание их взглядов и чувственных переживаний. Это взаимодействие помогает малышу ощутить, что он виден и его эмоции разделяют, что, в свою очередь, укрепляет его уверенность в собственной значимости и чувстве любви к нему. Важно, чтобы при подборе сказок для терапевтических целей предлагался широкий спектр сюжетов, отражающих жизненный опыт и нужды ребёнка. Он просто ищет этих персонажей, подходящих для его ситуации. Это позволяет уравнивать нарушенные функции, побороть страх или научить, быстрее контролировать гнев или другие чувства [16].

В сказкотерапии можно использовать следующие предметы такие как: традиционные сказки, сказки и другие детские сборники рассказов, книги со сценическими элементами, сказочные аудиокниги, мультфильмы, анимационные фильмы, куклы для использования в рассказах.

Согласно определению, предоставленному Национальной ассоциацией драматической терапии, данный метод лечения заключается в целенаправленном и организованном применении элементов драмы и театра. Это делается с целью терапевтического эффекта, который направлен на уменьшение симптомов, способствует эмоциональному и физическому самоусовершенствованию, а также стимулирует развитие личности. Слово «драма» от древнегреческого слова буквально означает «действующее» (Т.Р. Харрисон) [56].

Драматическая терапия использует техники действия, особенно ролевые игры, драматические игры, импровизацию, кукольный театр, маски и театральные представления, что способствует на службу изменения

поведения и личностного роста. Первое письменное теоретическое описание драматической терапии можно найти связь с греческим театром. В своей «Поэтике» Аристотель говорит, что функция трагедии драмы состоит в том, чтобы вызвать катарсис, то есть высвобождение глубоких чувств, особенно жалости и страха, чтобы очистить чувства и души зрителей.

По Аристотелю, целью драмы является не образование или развлечение, а высвобождения вредных эмоций в человеке, что в свою очередь приведёт к гармонии и исцелению, как для человека, так и для сообщества. Драматическая терапия применяет техники театра к процессу психотерапевтического исцеления, она возникла как область в конце 1970-х годах из больниц и общественных программ, где он сначала использовался с клиентами для постановки пьес, а позже был интегрирован с методами импровизации и драматургии [53].

Дать определение арт-терапии с её множественными различными методами, вытекающими с различных областей искусствоведения, является сложной задачей, потому что это развивающаяся наука, которая полностью охватывало бы её. Но это не означает, что она менее полезна как форма терапии. Арт-терапия – это не просто ступенька к словесному обмену, и к ней не следует относиться подобным образом, не воспринимая её в серьёз [51].

Арт-терапевт в этой области должен быть очень осторожен в чрезмерной или недостаточной зависимости от словесных дополнений искусства со стороны клиента или пациентки. Использование театральных и драматических методов в рамках терапии направлено на достижение психологического облегчения и способствует развитию личности. Однако для достижения максимальной эффективности арт-терапии необходимо, чтобы этот метод применялся опытным специалистом в данной области. Такой подход предполагает целенаправленное и осознанное использование элементов драмы и театра в терапевтических целях.

Выводы по первой главе

Тревожные чувства у детей могут быть обусловлены различными факторами, в числе которых выделяются наследственность и методы родительского воспитания. Такие реакции у детей проявляются на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях и зачастую являются результатом врождённой предрасположенности к переживанию тревоги. Часто бывает, что у детей развивается боязнь громких звуков, узких помещений или темноты. Иногда это связано с неприятными событиями из прошлого, которые, без их ведома, углубились в их сознание и вызывают тревогу, с которой они самостоятельно не в силах справиться.

В ответ на стрессовые раздражители, будь то сложности в общении с другими детьми или взрослыми, или конфликтные моменты, организм реагирует незамедлительно и инстинктивно, что может негативно отразиться на повседневной жизни ребёнка. Те, кто сталкивается с ограничениями в развитии, часто испытывают повышенный уровень тревожности, что проявляется в виде заикания, слезливости, истерик, бессонницы, чрезмерной усталости и физических недомоганий. В некоторых случаях ребёнок может даже потерять способность говорить или начать дрожать от волнения. Это состояние тревоги не обходит стороной и малышей, и подростков, и может продолжаться во взрослой жизни.

Одна из самых интересных и действенных методик психологической работы это арт-терапия. Такой творческий подход, использует все виды искусства для достижения положительных изменений в интеллектуальном, эмоциональном и личном развитии человека. Такой метод действует мягко и вызывает большой интерес у практикующих специалистов.

В моменты тревоги, самыми мощными инструментами для восстановления душевного равновесия часто оказываются не внешние факторы, а скрытые возможности, заложенные в самом человеке. Арт-терапия, направленна на уменьшение напряжения, работает именно таким

образом. При этом важно подчеркнуть, что взрослые должны воздерживаться от вмешательства в творческий процесс детей, который служит средством их самовыражения. В арт-терапии ключевым аспектом является сам процесс творчества, а не конечный продукт. Это не просто обучение детей, как в других формах искусства, а способ выражения их внутреннего мира. Создание так называемых «рамочек настроения» и возможность для положительного самовыражения важнее, чем в любых других видах творческой деятельности. Каждый человек испытывает терапевтическое воздействие в процессе, ведь ребёнок не думает о конечном результате и наслаждается самим процессом.

Одной из наиболее затруднительных аспектов для родителей является принятие особенностей своего ребёнка, что часто сопровождается непониманием и конфликтами. На фоне высоких ожиданий, которые взрослые возлагают на потомков, возникают трудности в общении и взаимопонимании, поскольку родители не всегда способны быстро и корректно оценить особенности развития ребёнка и адаптироваться к ним. Это приводит к отсутствию эмоциональной связи, которая необходима для эффективного взаимодействия и игр с детьми, что усугубляет ситуацию и может стать причиной разрывов в семейных отношениях.

В областях образования, жилья, транспорта и культурной жизни широко распространена дискриминация по причине инвалидности, что создаёт серьёзные преграды для доступа лицам с ограниченными возможностями к соответствующим местам и услугам. Невозможностей много, будь то физические «здания которые не доступны в передвижениях инвалидам на колясках», институциональные «нехватка квалифицированного персонала, таких как профессиональные сурдопереводчики», или даже преграды, возникающие из-за нетерпимости. Даже в современных обществах можно заметить систематическое пренебрежение детей-инвалидов. В большинстве случаев они вынуждены проводить время вдали от сверстников, либо в отдельных классах.

В результате, возможность адаптироваться в обществе и обеспечить себя будущем трудоустройством становятся, практически недостижимой.

Арт-терапия представляет собой уникальный подход к психологическому лечению, который может принести значительные преимущества детям с особыми образовательными потребностями. Этот метод исцеления использует творческий процесс в качестве средства для помощи детям в выражении невысказанных чувств и мыслей, обеспечивая путь к самопознанию и эмоциональному освобождению. Через арт-терапию малыши могут научиться идентифицировать и артикулировать свои внутренние переживания, что часто бывает сложно выразить словами. В процессе арт-терапии дети с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с уникальной возможностью разбираться в своих чувствах и эмоциях через создание искусства. Такой подход позволяет ребёнку работать со своими страхами и тревогами в безопасной, поддерживающей среде, где нет строгих правил или ожиданий, кроме самовыражения. Лечебный эффект арт-терапии выходит за рамки простого рисования или лепки. Это процесс, который облегчает коммуникацию, укрепляет самооценку и способствует развитию социальных навыков.

Терапевты используют арт-терапию как способ адаптации лечения к индивидуальным особенностям каждого ребёнка, принимая во внимание его сильные и слабые стороны, а также уникальные интересы и проблематику. Это делает процесс терапии более персонализированным и эффективным, поскольку каждый ребёнок получает возможность исследовать и развивать собственный творческий потенциал. В результате, арт-терапия не только облегчает путь к эмоциональному исцелению, но и укрепляет способность ребёнка к социальному взаимодействию и уверенному самовыражению. В конечном итоге, арт-терапия открывает двери для детей всех возрастов к более полноценному и осмысленному общению.

Глава 2 Эмпирическое исследование эффективности арт-терапии в снижении уровня тревожности детей младшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

2.1 Психодиагностика уровня тревожности у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Экспериментальная база исследования является Муниципальным бюджетном общеобразовательном учреждений МКОУ Тарумовская СОШ и ГБУ КЦСОН в МО Тарумовском районе, Республике Дагестан.

В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте 9-10 лет, из них 30 детей с ограниченными возможностями здоровья (12 девочек 40% и 18 мальчиков 60%) и 30 здоровых детей «контрольная группа», (19 девочек 63% и 11 мальчиков 37%).

Основные аспекты исследования включают в себя выборку, методы исследования и организационные этапы.

Научно-исследовательская работа была разделена на три этапа:

- В процессе начального этапа (2021 год), проводилось обследование, направленное на выявление признаков повышенного уровня тревожности, связанных со школьной средой, среди детей с ограниченными возможностями здоровья, учащихся начальных классов;
- В формирующей фазе процесса (2022 год), была заложена основа для разработки и применения специализированной программы. Её целью стало снижение высокого уровня тревожности, которая встречается у детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста;
- В завершающем этапе исследовательской работы (2023 год), проводилась дополнительная диагностика тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного

возраста. Целью данного эксперимента была оценка эффективности арт-терапии в снижении высокого уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Исходя из предположения о том, что арт-психотерапия может быть эффективным методом снижения уровня тревожности у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья, в рамках нашего исследования мы провели эксперимент. Целью исследования было выяснить, способствует ли использование арт-терапии улучшению психоэмоционального состояния у детей и помогает ли им преодолевать тревожные чувства. При проведении эмпирического исследования были поставлены следующие задачи:

- Провести сбор информации и провести первичную оценку результатов психологического исследования, направленного на изучение уровня тревожности учащихся начальных классов с ограниченными возможностями здоровья;
- Планируется создание и внедрение программы по профилактике тревожности у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья с использованием арт-терапевтических методик. Кроме того, запланировано проведение исследования с аналитическим подходом для оценки эффективности данной программы;
- Выполнить анализ, сопоставляя данные, зафиксированные в процессе научного эксперимента, между группой, на которую воздействовали в исследовании (ЭГ), и группой, которая служила в качестве стандарта для сравнения (КГ);
- Предложить рекомендации педагогам и родителям по взаимодействию с детьми с повышенным уровнем тревожности.

Для проведения научно исследовательской работы, обработки и анализа результатов с целью подтверждения выдвинутой гипотезы были использованы надёжные и высоко валидные психодиагностические

методики, широко применяемые в практических психологических исследованиях.

Стандартизированный психодиагностический тест-опросник на школьную тревожность автор Б.Н. Филлипс. Эта методика разработана для анализа и изучения уровня тревожности влияющая на образовательный опыт детей в начальных и средних классах школы. Она особенно эффективна для учащихся с 2 по 7 классы, раскрывая, каким образом школьные аспекты вызывают беспокойство у школьников, и позволяет измерить интенсивность их школьной тревожности. Школьник может ощущать постоянное беспокойство, не зависимо от того, требует ли ситуация этого. Это особенно заметно в школе, где беспокойство может стать характерной чертой учащегося. Эта тревога может проявляться в разных формах и оказывать влияние на общее благополучие в учебной среде.

Важно различать приступы временной тревоги от глубоко укоренившегося, постоянного чувства тревожности, которое может сопровождать человека во всех его начинаниях.

Учащимся предлагается тест, состоявший из 58 вопросов. Данный опросник может быть представлен устно ведущим либо выдан испытуемым для самостоятельного прохождения. Ответы должны быть чёткими, либо подтверждающими с пометкой «+», либо отрицающими с пометкой «-». Принимали участие испытуемые «дети с ограниченными возможностями здоровья» в количестве 30 детей младшего школьного возраста, а также была сформирована контрольная группа из 30 детей младшего школьного возраста, не имеющих таких ограничений здоровья. В ходе данного эмпирического анализа особое внимание было уделено соблюдению этических стандартов профессии, а также требованиям, предъявляемым к выполнению психологических исследований и диагностики личностных характеристик.

Для обеспечения конфиденциальности информации об участниках использовалась система идентификации через номерные коды. После

обработки статистических данных и анализа было выявлено различие в характере и уровне тревожности между двумя группами. Средний уровень тревожности у детей с ограниченными возможностями составил 14%, в то время как у контрольной группы средний уровень по шкале Филлипса составил 10%. Анализируя результаты, мы можем наблюдать характеристику тревожности, связанной со школой, обеих групп в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты теста Филлипса «школьная тревожность», Б.Н. Филлипс

Фактор тревожности по Филлипеу	Процентное соотношения	
	ЭГ	КГ
Общая тревожность в школе	6 (31%)	5 (29%)
Переживание социального стресса	6 (28%)	7 (41%)
Фрустрация потребности в достижении успеха	8 (36%)	5 (26%)
Страх самовыражения	7 (34%)	4 (22%)
Страх ситуации проверки знаний	5 (22%)	11 (56%)
Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	4 (19%)	10 (52, 5%)
Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу	7 (38%)	6 (29%)
Проблемы и страхи в отношениях с учителями	6 (31%)	4 (21%)

Сравнительный анализ динамики представлен на рисунке № 1, который отражает различия в проявлении тревожности, описанные в таблице № 2. В исследуемой группе выявлена высокая тревожность, проявляющаяся в боязни проверки знаний, страхе разочаровать ожидания других, недостаточной способности справляться со стрессом и социальными нагрузками.

Таблица 2 – Сравнительный анализ уровня тревожности с использованием субшкал Филлипса

Обработка и интерпретация результатов теста по шкалам «контрольная группа». Высокая тревожность – 29 % у 5 детей Повышенная тревожность – 23 % у 5 детей Нормальная тревожность- 38 % у 11 детей Низкий уровень тревожности – 10% у 9 детей Высокий уровень связаны с: – Страх ситуации проверки знаний, – Страх не соответствовать ожиданиям окружающих, – Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, – Страх социального стресса.	Обработка и интерпретация результатов теста по шкалам «дети с ОВЗ». Высокий уровень – у 6 детей с ОВЗ (31 %), Повышенный уровень – 8 детей (30 %) Нормальный уровень – 11 детей (32 %), Низкий уровень – 4 детей (7%) Высокий уровень связаны с: – Переживание социального стресса, – Фрустрация потребности в достижении успеха, – Страх самовыражения, – Проблемы и страхи в отношениях с учителями.
--	---

Общий вывод заключается в том, что участники контрольной группы испытывают повышенный уровень тревожности. В экспериментальной группе наблюдается явное противоположное состояние: участники испытывают более выраженную тревогу, связанную с социальным давлением, неудовлетворенностью потребностью в достижении успеха, страхом проявить себя и трудностями в общении с преподавателями.

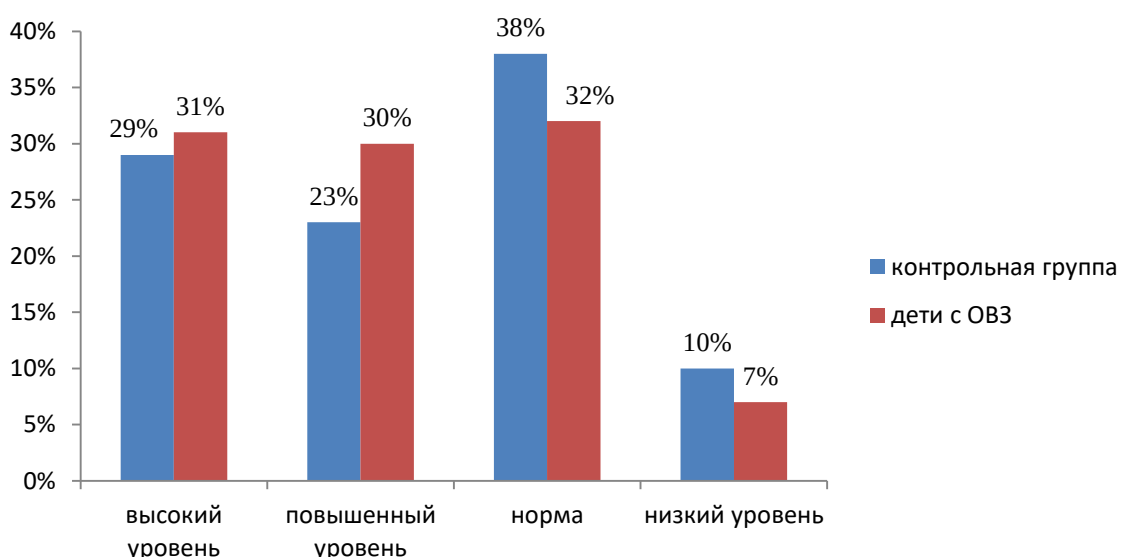


Рисунок 1 – Уровень тревожности двух групп детей младшего школьного возраста по методу Филлипса

Обработка и интерпретация результатов теста.

Переживание социального стресса:

- высокий уровень – 6 у детей с ограниченными возможностями здоровья «28 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 7 детей «41 процент». Они ощущают тревожность и напряжение, которые возникают из-за взаимодействий;
- повышенный уровень – 14 детей «46 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 4 детей «17 процентов». Время от времени ощущают тревожность при взаимодействии с определёнными людьми;
- нормальный уровень – 10 детей «20 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 17 детей «42 процента». Эти школьники обладают приемлемым уровнем социального взаимодействия, которое не приносит им психологического дискомфорта;
- в контрольной группе у двоих респондентов «6 процентов» по шкале – 0 не выявлено.

Фрустрация в достижении успеха:

- высокий уровень – 8 детей «36 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 5-и детей «26 процентов». Эмоции отрицательного характера появляются, когда человек сталкивается с препятствиями на пути к своим амбициям и стремлениям к достижению успеха;
- повышенный уровень – 5 детей «19 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 13 детей «49 процентов». Неблагополучная психоэмоциональная обстановка может стать препятствием на пути к успеху для этих детей;
- нормальный уровень – 17 детей «45 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 12 детей «25 процентов». Среди

этих школьников присутствует положительная психологическая атмосфера, которая способствует их стремлению к достижению успеха.

Страх самовыражения:

- высокий уровень- 7 детей «34 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 4 детей «22 процентов». В сложных обстоятельствах, требующих демонстрации способностей, дети переживают интенсивные чувственные волнения;
- повышенный уровень – 12 детей «44 процента», в контрольной группе респондентов было выявлено у 5 детей «22 процента». Эти дети часто ощущают психологический дискомфорт, когда сталкиваются с необходимостью проявить себя в определённых обстоятельствах;
- нормальный уровень – 11 детей «22 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 21 детей «56 процентов». Эти дети обладают способностью быстро сходиться с людьми, у них не возникает проблем в установлении новых социальных связей.

Страх ситуации проверки знаний:

- высокий уровень – 5 детей «22 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 11 детей «56 процентов». Эти школьники испытывают тревогу и относятся отрицательно к моментам оценки их знаний, особенно когда это происходит в присутствии других;
- повышенный уровень - 15 детей «55 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 3 детей «11 процентов». Чувство тревоги сопровождает процесс оценки умений;
- нормальный уровень – 10 детей «23 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 15 детей «33 процентов». Во время оценки своих достижений и знаний, данные школьники не ощущают беспокойства или страха;
- в контрольной группе у одного респондента по шкале – 0 не выявлено.

Страх не соответствовать ожиданиям окружающих:

- высокий уровень – 4 детей «19 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 10 детей «52,5 процентов». Эти учащиеся сравнивают свои достижения, действия и размышления с результатами других, часто испытывают значительное беспокойство по этому поводу;
- повышенный уровень- 9 детей «36 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 7 детей «27 процентов». В случае критики со стороны окружающих, дети ощущают внутреннее беспокойство и неудобство, вызванное страхом перед оценками своих действий;
- нормальный уровень – 17 детей «45 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 10 детей «20,5 процентов». Дети остаются спокойными, даже когда не соответствуют возложенным на них ожиданиям;
- в контрольной группе у троих респондентов по шкале – 0 не выявлено.

Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу:

- высокий уровень – 7 детей «38 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 6 детей «29 процентов». Высокий уровень приводит к сложным нейрогуморальным реакциям, в результате развивается гемодинамические и метаболические изменения в организме;
- повышенный уровень – 9 детей «36 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 7 детей «36 процентов». Эта группа учащихся склонна к трудностям в адаптации к стрессовым событиям и имеет высокий риск реагировать неправильно в условиях, вызывающих беспокойство;
- нормальный уровень - 12 детей «26 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 9 детей «22 процентов». Эти

дети обладают заметной способностью адаптации к условиям, вызывающим стресс;

– в группе детьми с ограниченными возможностями здоровья у двоих респондентов по шкале – 0 не выявлено;

– контрольной группе у восьми респондентов 4 процентов по шкале – 0 не выявлено.

Проблемы и страхи в отношениях с учителями:

– высокий уровень – 6 детей «31 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 4 детей «21 процентов». Обучающиеся из этой группы испытывают проблемы в общении с взрослыми, что негативно сказывается на их учебных достижениях;

– повышенный уровень – 11 детей «40 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 9 детей «37 процентов». Эти ученики сталкиваются с препятствиями в общении с преподавателями;

– нормальный уровень – 13 детей «29 процентов», в контрольной группе респондентов было выявлено у 17 детей «42 процентов». Эти дети находят общий язык с преподавателями без труда, и в их взаимодействии отсутствуют недопонимания.

Проанализировав данные из таблицы № 1, можно сделать вывод, что большинство детей (50%) испытывают выраженную тревожность. За ними идёт группа из 11 детей (36%), у которых наблюдается умеренный уровень беспокойства. Наименьшее количество детей (14%, то есть 4 ребёнка) демонстрируют относительно низкий уровень тревожности.

Результаты исследования показали, что дети начальных классов с ограниченными возможностями здоровья часто испытывают повышенный уровень тревожности.

Для различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, в зависимости от их индивидуальных особенностей, тревожность может быть существенным фактором. Тревожные расстройства у детей могут иметь различные истоки, включая факторы, связанные с наследственностью

и методами воспитания. В дополнение, у отдельных детей предрасположенность к чувству беспокойства может быть заложена ещё с момента рождения.

Психодиагностический тест-опросник для диагностики тревожности среди детей в возрасте от 8 до 12 лет, известного как «Шкала явной детской тревожности CMAS», принадлежит А. Кастанеде, Б.Р. Маккендлсу и Д.С. Палермо, с адаптацией от Анны Михайловны Прихожан.

Этот инструмент был разработан для идентификации устойчивых проявлений тревожности у детей, используя за основу шкалу тревожности для взрослых от Тейлора, и адаптировав вопросы из общепризнанного опросника MMPI. В отличие от версии для взрослых, детская версия включает дополнительную контрольную шкалу, которая помогает выявить склонность к предоставлению социально приемлемых ответов, улучшая тем самым точность диагностики. Использование данного метода показало его эффективность в различных областях, включая определение уязвимых групп детей для предотвращения психологических проблем, а также в аналитике эмоциональных нарушений у младших школьников. Этот метод также полезен для предупреждений нервно-психического состояний школьника, которые могут возникнуть в результате стресса из-за экзаменов и других ситуаций, требующих от учащихся высокой устойчивости к психическим нагрузкам. Кроме того, инструмент помогает понять основные факторы, приводящие к трудностям адаптации в школьной среде. Речь к тесту: прошу Вас ознакомиться с данным бланком с опросом состоящий из 53 вопросов. В данной анкете представлены утверждения, каждое из которых сопровождается двумя вариантами ответа: «да» и «нет». Эти утверждения охватывают различные ситуации, опыт и эмоции. Ваша задача заключается в тщательном рассмотрении каждого утверждения, чтобы определить, соответствует ли оно вашему опыту, отражает ли ваш характер, действия и черты. При согласии с утверждением необходимо выбрать «да», в противном случае – «нет» [47]. В ходе исследования, проведенного с использованием

стандартизированного психодиагностического теста «Шкала явной детской тревожности CMAS», разработанного Анной Михайловной Прихожан, было установлено, что степень тревожности участников контрольной группы составила 212 баллов, что соответствует 7% от общего числа респондентов. В то же время, участники экспериментальной группы показали результаты на уровне 244 баллов, что составляет 8% от общего числа участников исследования. В ходе анализа уровня тревожности участников из экспериментальной и контрольной групп была применена методика CMAS. Результаты исследования представлены в таблице под номером 3, а сравнение данных визуализировано на рисунке под номером 2.

Таблица 3 – Результаты диагностики по тесту «Шкала явной детской тревожности CMAS», автор А. Кастанеда, Б. Маккендлс, Д. Палермо

Средний показатель ограниченными возможностями здоровья 24,5% по сыр. бал 8% Явно завышенная тревожность- 29 % у 6 детей Очень высокая тревожность- 29 % у 9 детей Несколько завышенная тревожность- 31 % у 10 детей Нормальная тревожность 11 % у 5 детей	Средний показатель контр. гр. 22% по сыр. бал 7% Явно завышенная тревожность- 23 % у 5 детей Очень высокая тревожность- 16 % у 4 детей Несколько завышенная тревожность- 30 % у 9 детей Нормальная тревожность 29 % у 12 детей
---	---

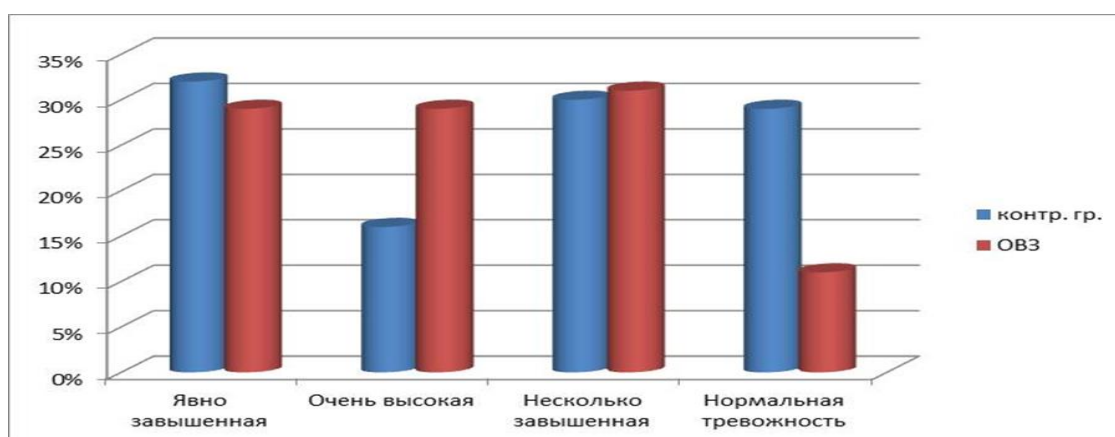


Рисунок 2 – Динамика уровня тревожности двух групп детей младшего школьного возраста

Обработка и интерпретация результатов теста.

Анализируя результаты исследования по СМАС-шкале явных детских тревожностей показал, что у респондентов наблюдаются проявления хронической тревожной реакции. В исследовании было выявлено, что из группы детей с ограниченными возможностями в здоровье, 6 проявили значительно повышенную тревожность, тогда как среди контрольной группы подобные высокие показатели тревожности наблюдались у 5 детей, что в совокупности составило 9 из 4. Такой уровень тревожности обычно классифицируется как патологический и связан с аффективными расстройствами, причём дети, имеющие определённые ограничения здоровья, более склонны к высоким уровням тревожности из-за специфики своего состояния. Результат обработки данных респондентов 1ж, 4ж, 7ж, 9ж, 13м, 14м и 19ж по шкале явной детской тревожности СМАС уровень достигает 9 из 10, такой показатель носит обычно «разлитой», генерализированный характер. В ситуациях хронического стресса обычно возникает стойкая тревога, которая является основным симптомом этого психического расстройства и не связана с определёнными объектами или ситуациями.

При проведении анализа уровня тревожности у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья было обнаружено, что значительное количество респондентов испытывают очень высокий уровень тревожности. Эти данные отличаются от результатов контрольной группы, где такие явления не так ярко выражены. Это свидетельствует о наличии генетически обусловленных психоневрологических расстройств у детей с ограниченными возможностями. Однако следует отметить, что важную роль в формировании тревожности играют также условия воспитания. Родительский пример и методы воспитания оказывают значительное воздействие на формирование личности ребёнка как в группе детей с особыми потребностями, так и в контрольной группе, где основная ответственность лежит на матери.

Психологический тест «Шкала самооценки тревоги Цунга»: автор (Уильям Цунг). В 1971 году У. Цунг создал инструмент для оценки уровня тревожности, который выделяется своей простотой и скоростью заполнения, позволяя пациентам лично передавать информацию о своём состоянии. Этот инструмент полезен в различных клинических условиях, благодаря лёгкости его применения и эффективности в оценке тревоги. Эта метрика разработана для оценки уровня тревоги у пациентов различных возрастных групп. Шкала Цунга используется в различных контекстах, включая клиническое и диагностическое изучение тревожных нарушений, первичную оценку патологической тревоги, а также в ходе клинических испытаний новых анксиолитических препаратов.

После непродолжительного ознакомления испытуемым предлагается заполнить форму, что занимает приблизительно 3 минуты. Этот процесс, хотя не сложный, потребует около 20 минут для завершения. В ходе процедуры, испытуемым необходимо будет отметить крестиком соответствующий вариант интенсивности симптомов, выбирая из четырёх возможных уровней: «очень редко», «редко», «часто» и «большую часть времени или постоянно», кодирующихся как 1, 2, 3 и 4 «соответственно» [47].

В результате анализа статистических данных по индексу клинического проявления самооценки тревоги Цунга выяснилось, что из группы детей с ограниченными возможностями здоровья только 16 детей по индексу тревожности в пределах нормы: $46\% < 78\%$; 25 испытуемых из контрольной группы по количеству респондентов больше. По индексу самооценки тревоги Цунга, дети с ограниченными возможностями здоровья 14 детей испытывают минимальную или умеренную тревогу по сравнению с контрольной группой $54\% > 22\%$ -что означает, что только 4 детей из контрольной группы испытывают тревогу. Результаты исследования представлены в таблицах 4 и 5, а также проиллюстрированы на рисунках 3, 4.

Таблица 4 – Результаты диагностики уровня тревожных нарушений по тесту «Шкала самооценки тревоги Цунга», автор У. Цунг

Группа испытуемых	Тревожность по шкале Цунга	
	Контрольная группа	Дети с ОВЗ
Группа здоровых испытуемых	12 ± 30%	4 ± 10%
Больные неврологическими расстройствами	1 ± 5%	3 ± 12 %
Больные соматическими патологиями	7 ± 29%	13 ± 48%
Остальные, подверженные соматическим болезням	10 ± 36%	10 ± 30%

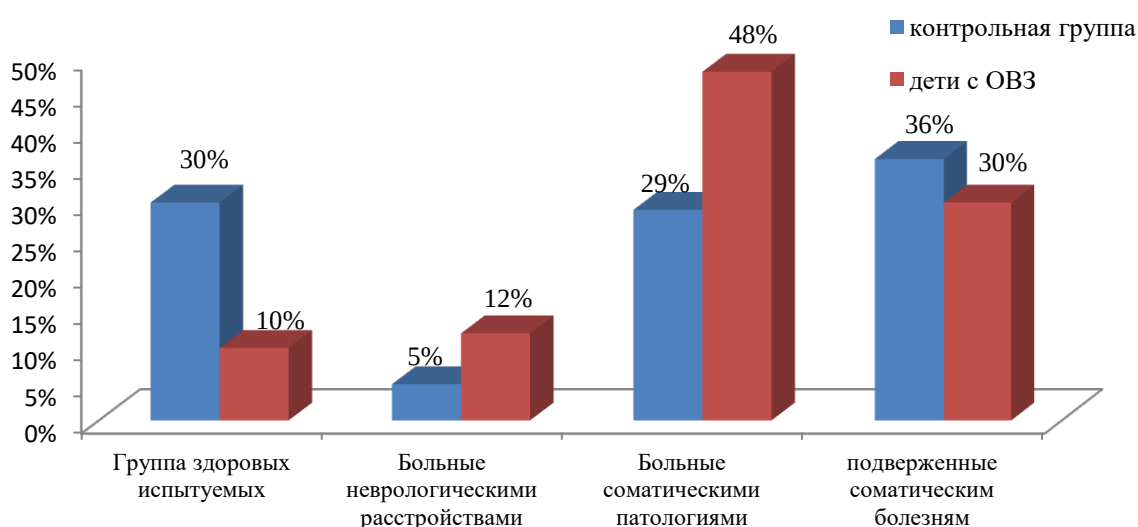


Рисунок 3 – Психическое состояние детей младшего школьного возраста

Таблица 5 – Результат индекса клинической тревоги по тесту «Шкала самооценки тревоги Цунга»

Группа испытуемых (контрольная группа)	Группа испытуемых (дети с ОВЗ)
Минимальная или умеренная тревога – 22% - 4 детей В пределах нормы – 78% - 25 детей Средний показатель - 35,8	Минимальная или умеренная тревога – 54% - 14 детей В пределах нормы – 46% - 16 детей Средний показатель - 41,5



Рисунок 4 – Уровень тревожности двух групп, констатирующий этап эксперимента по индексу тревоги Цунга

Интерпретация общего уровня тревожности.

По полученным результатам и обработки данных в контрольной группе из 30 участников исследования, 12 детей являются по показателям здоровыми: $30\% > 10\%$; 4 детей из 30 детей с ограниченными возможностями здоровья есть те, кто входит в эту категорию, однако их количество ниже, чем в контрольной группе.

В контрольной группе 7 из 30 испытуемых по шкале предположительно имеют соматические патологии: $29\% < 48\%$; 13 детей с ограниченными возможностями здоровья, что намного выше по количеству детей с контрольной группой. Это может, проявляться в разнообразных физических нарушениях, например: могут проявляться через различные симптомы, начиная от нестабильности в эмоциональной сфере и заканчивая повышенной восприимчивостью к аллергиям и простудам. Кроме того, изменения погодных условий могут негативно сказываться на общем самочувствии, поскольку дети с такими нарушениями могут иметь пониженную иммунную защиту и быть более подвержены заболеваниям.

Среди 30 участников группы младших школьников с ограниченными возможностями здоровья обнаружено, что у 3 детей предположительно

имеют неврологические расстройства по клинической шкале Цунга, 12% > 5% – один респондент в контрольной группе. Дети, попадающие в эту категорию по шкале самооценки Цунга, могут испытывать умеренную тревогу по разным причинам, таким как неврологические проблемы, включая генетические нарушения, врождённые аномалии, инфекции, образ жизни или экологические проблемы со здоровьем.

Эти проблемы могут быть связаны с недоеданием, повреждением головного или спинного мозга, а также повреждением нервов или чувствительностью к глютену, (с или без повреждения кишечника или симптомов пищеварения).

Терапевтическое упражнение «Рисуем эмоции линиями»: автор Киселева Марина Вячеславовна. Возраст: 6+. Продолжительность: 30 мин. Инструменты: лист А 4, гуашь, кисти либо цветные карандаши, ручка.

Ход работы:

1. Лист А 4 делится на восемь квадратов, 7 квадратов уже имеют название эмоции «1 радость, 2 печаль, 3 удивление, 4. Гнев, 5 страх, 6 стыд, спокойствие» 8 квадрат оставляем для выбора эмоции по усмотрению ребёнка. Заполнение каждой ячейки происходит последовательно путём рисования линий, которые ассоциируются с указанным в них словом. Предварительно необходимо обсудить условие, чтобы получилось абстрактное изображение, которое не содержит общепринятых символов, таких как слезы, сердца, звезды или смайлики. Закрашивание может быть выполнено ребёнком или психологом. Эта техника основана по цветовому личностному тесту Макса Люшера [25].

Вопросы к упражнению: Каковы твои эмоции и чувства, связанные с данным оттенком? Возможно, каждому цвету можно приписать несколько состояний и эмоций. Если ребёнок не может назвать конкретную эмоцию, можно поставить вопрос в другом формате, например: «Какой цвет ассоциируется у тебя с чувством радости? Какой тон вызывает у тебя это состояние?».

Рекомендуется провести отдельные обсуждения каждой цветной карточке по отдельности после их завершения. Если это упражнение используется в групповой работе, то возможно сравнить результаты каждого участника. В индивидуальных консультациях карточки предоставляют возможность для проведения дискуссии и поиска общих особенностей у каждого участника. Воспользовавшись карточками, мы получаем возможность к великолепному началу пути арт-терапии.

Приступая к практике, которая направлена на исследование и понимание нашего внутреннего эмоционального мира, эти упражнения оказываются прекрасным стартовым пунктом. Карточки дают возможность отследить эмоциональное состояние ребёнка при проведении занятий арт-терапии.

Итог: У современного человека может быть все на оборот, если раньше Макс Люшер мог смело сказать, какому цвету соответствует каждая эмоция, то он бы всё пересмотрел иначе. С детьми следует быть очень осторожными в толковании цвета, так как они воспитываются в окружении, где цветовые свойства и связи с чертами характера искажены.

При работе с ребёнком рекомендуется изначально использовать данную технику. Хорошая основа для дискуссии может быть создана путём сравнения результатов участников групповой работы после готовности каждой карточки. Обычно, в каждом состоянии можно наблюдать общие черты, которые могут быть обсуждены в отдельности. В дальнейшем эти карточки, мы используем в индивидуальных консультациях, в качестве личных подсказок для каждого отдельного ребёнка.

Данное упражнения благотворно влияет на эмоциональный фон, но самое главное способствует осознанию внутреннего эмоционального состояния, с помощью чего и возможно добиться значительных результатов [26].

Интерпретация по индивидуальным цветным карточкам.

У большинства опрошенных детей радость для них окрашена в основном в жёлтый цвет. Для них это цвет радости и счастья, солнца, лета, каникулы. Стоит отметить, о схожести у всех детей любого возраста – это чувство печали, страха, стыда и гнева. Печаль для детей в основном синий и серый цвет, страх – тёмно-фиолетовый и тёмно-синий, а тон гнев – это красные и бордовые цвета. Стыд у детей тоже чётко сформирован – это в основном тёмно-зелёный, сиреневый. Более позитивные чувства, такие как интерес, удивление и любовь, не так однозначно сформированы у детей. Эти чувства окрашивают яркими цветами куда входят и оранжевым, ярко-зелёным, белым. Чувства спокойствие передано ясно и понятно очерчен для всех детей, используя тон розового цвета, который символизирует нежность, ласку и заботу.

Можно сделать вывод, что все тяжёлые и негативные чувства, дети окрашивают в более тёмные цвета. Более лёгкие и позитивные в светлые и более разнообразные цвета. Вероятно, негативные чувства стараются вытеснять из своей жизни. Это явно указывает на то, что у детей в разных возрастах чувства воспринимаются по-разному и им присваиваются внутренние оценки, а также имеют эмоциональную окраску. Все это зависит от их внутреннего мира и когнитивного восприятия действительности.

Однако, в соответствии с нашим исследованием, можно сказать, что дети субъективно точно могут определить собственную тревожность, у всех детей сформировано примерно одинаковая окраска таких чувств, как страх, гнев, стыд, ведь все перечисленные чувства присутствуют в общей тревожности у детей.

Проективная методика «дом-дерево-человек», автор Джон Бук.

Метод Дж. Бука «дом, дерево, человек» – проективный тест для оценки личностных качеств, созданный в 1948 году. Позволяет определить работоспособность, интеграцию личности, адаптацию в окружающем мире и социуме в целом. Подходит для всех возрастов, включая групповые обследования.

Необходимые материалы и инструменты для проведения метода ДДЧ: формат А4 лист, карандаши цветные, простой карандаш, ластик, руководство для расшифровки, блокнот либо диктофон для записи, так же немаловажен удобства интерьера в кабинете для выполнения проективного метода.

При выполнении испытуемым различных манипуляций и действий, необходимо фиксировать их не упуская даже мелочи.

Аспекты, связанные со временем выполнения:

- необходимо зафиксировать время с момента получения инструкции испытуемым до начала выполнения им задания;
- фиксация временной длительности паузы во время выполнения рисунка, учитывая все детали во время пауз и эмоциональное состояние, мимику и пантомимику.

Необходимо точно определить общее время, необходимое испытуемому для завершения рисунка с полной уверенностью. Это время измеряется с момента получения инструкции до достижения конечного результата. При анализе рисунка важно обратить внимание на детали, которые испытуемый изобразил в определённой последовательности, включая элементы, такие как дом, дерево и человек. Каждая деталь была пронумерована для упрощения анализа. Следует отметить, что у хорошо подготовленных испытуемых часто возникают отклонения от стандартного порядка изображения, которые могут иметь важное значение. Поэтому важно тщательно фиксировать такие случаи, чтобы исследователь не упустил отклонение, которое может повлиять на качественную оценку всего рисунка. При необходимости необходимо регистрировать все случайные комментарии испытуемого, так как они могут содержать ценную информацию о нем, особенно если они не совпадают с его проективным рисунком. Важно также обращать внимание на изменения в тембре голоса, мимике и других невербальных выражениях. Важным аспектом исследования является запись эмоциональных проявлений, возникающих у испытуемого во время рисования. Даже самую незначительную эмоцию необходимо учесть при связывании эмоционального

выражения с изображаемой деталью в процессе выполнения теста. Исследователю необходимо обеспечить непрерывное наблюдение за процессом создания изображений для того, чтобы эффективно фиксировать информацию. Чтобы занять наилучшее место, предпочтение отдаётся позиции слева для тех, кто пишет правой рукой, и справа для тех, кто пишет левой. Если у испытуемых возникает тревога или подозрения, и они тайком делают свои рисунки, то нет необходимости настойчиво следить за процессом рисования. В таких ситуациях рекомендуется не настаивать на доступе к процессу рисования [41].

В ходе обследования была использована проективная методика «дом-дерево-человек» по Дж. Буку (таблица номер 6).

Таблица 6 – Результаты эмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста по тесту «ДДЧ», Дж. Бука

Показатели.	Враждебность	Конфликтность (фрустрация).	Незащищённость	Тревожность	Недоверие к себе	Чувство неполноценности	Трудности общения	Депрессивность
высокий	7чел. 72%	0	3 чел. 12%	8 чел. 41%	8чел. 43%	3 чел. 13%	7 чел. 39%	1 чел. 4%
норма	3чел. 13%	30 чел. 100%	24 чел. 82%	17 чел. 57%	22чел. 57%	24чел. 80%	17чел. 50%	29 чел. 96%
низкий	20чел. 15%	0	3 чел. 6%	5 чел. 2 %	0	3 чел. 7%	6 чел. 11%	0

По результатам данной методики у большинства опрошенных детей ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста, выражено чувство неполноценности, не доверия к себе и присутствует ощущение незащищённости, а также чувства враждебности, повышенную тревожность.

У 7 респондентов выявлены признаки чувства враждебности, которые проявляются в тревожности при взаимодействии с взрослыми и сверстниками, рассмотрим подробнее.

Из 30 респондентов 17 детей (64%) имеют высокий уровень, 7 детей (22%) показывают средние результаты, а только 6 детей (14%) имеют низкий уровень. Следовательно, уровень переживаемой тревожности или проявления враждебности и агрессивности могут быть связаны с защитным механизмом.

Из 30 детей, 7 (72%) проявляют очень высокий уровень враждебности, 3 (13%) детей демонстрируют средний уровень, а у 20 детей (15%) уровень враждебности оценивается как низкий на основе результатов анализа проективного метода.

По уровню конфликтности (фрустрации) все респонденты показали средний уровень, оценённый на 100% по шкале. Чувство не защищённости с высоким уровнем было выявлено у 3 респондентов (12%), у 24 респондентов наблюдался средний уровень этого чувства, а у 3 респондентов не было выявлено таких чувств (6%).

Из 30 респондентов, 8 детей (43%) испытывают недоверие к себе, в то время как остальные 22 детей (57%) имеют средний уровень уверенности. У 8 детей (41%) наблюдается повышенное чувство тревожности, у 17 детей (57%) – средний уровень тревожности, а только у 5 детей (2%) отмечается низкий уровень тревожности.

Из 30 детей с ограниченными возможностями здоровья лишь один участник проявил значительные признаки депрессии. Более детальная информация предоставлена в рисунке номер 5.

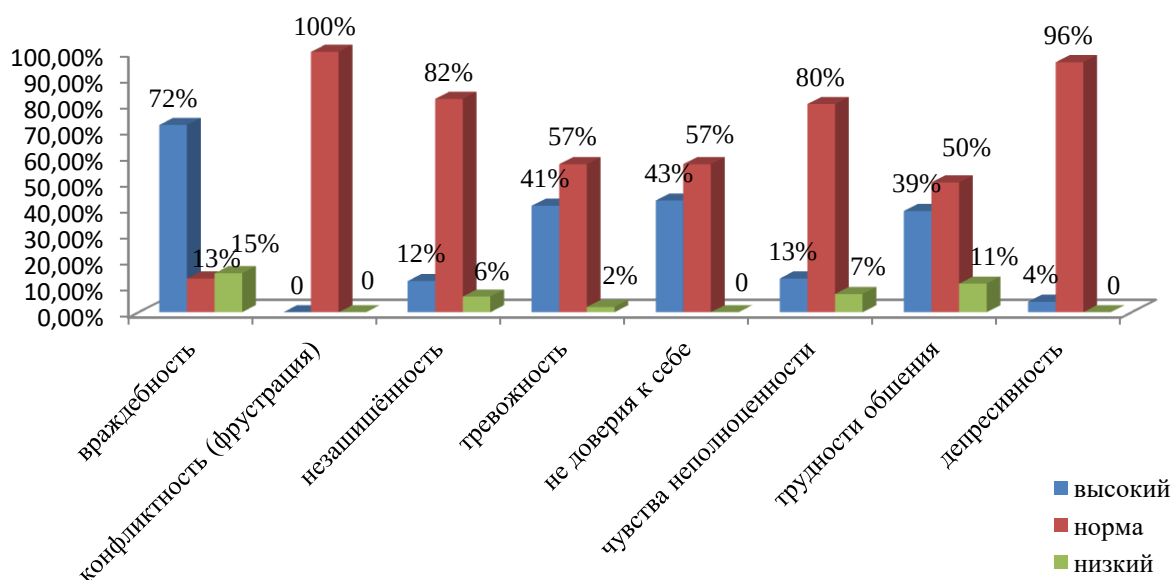


Рисунок 5 – Динамика эмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста

Интерпретация по методике теста «дом-дерево-человек» (Дж Бук).

По результату исследований, выражены высокие показатели у респондентов по тревожности, незащищённости, чувства неполноценности, типичная картина повышенного тревожности. Имеют склонность к депрессии. Есть затруднённости в общении. Были дети, которые выполнили задание не очень хорошо: линии между собой соединены плохо, фигуры нарисованы с сильным наклоном, есть двойные линии. Такие признаки косвенно могут свидетельствовать о возможном отставании ребёнка в психическом развитии. В большинстве рисунков наблюдались черты, выходящие за пределы листа, множество штрихов и сильные нажимы, а также искажения пропорций при воспроизведении. Подобные симптомы часто свидетельствуют о наличии различных проблем, включая органические повреждения мозговой активности, эмоциональные нарушения, ограничения в умственном развитии, личностное значение определённых физических элементов или областей тела. Они могут также отражать повышенную восприимчивость к изменениям в окружающей среде и быть проявлениями

чувства беспокойства, проявлений агрессии, недоброжелательности, чрезмерной активности или несдержанности.

2.2 Разработка и реализация программы арт-терапии в психологическом сопровождении с целью снижения уровня тревожности

В ходе исследования выявлены признаки тревожности у детей младшего школьного возраста, участвующих в научно-исследовательской работе. Для оказания им психологической поддержки была разработана специальная программа. В программе акцентируется на применении арт-терапевтических техник, целью которых является помощь в адаптации к текущим условиям и минимизация переживаемой тревоги. Программа призвана снизить уровень тревожности у младших школьников, а также обеспечить поддержку в реабилитационных учреждениях, специализирующихся на работе с детьми, нуждающимися в особом образовательном внимании.

Цель программы заключается в профилактике эмоциональных нарушений путём снижения уровня тревожности, устранения эмоционального напряжения, повышения самооценки и развития умения принимать себя и других.

Задачи программы:

- Создать в группе необходимую обстановку, где каждый чувствует поддержку, принятие, дружелюбие, безопасность и готовность оказать помощь на эмоциональном уровне.
- Побудить каждого участника проявить свою мотивацию через разнообразные методы: начиная от неожиданных проявлений творческих способностей и выражения собственных взглядов и чувств, и заканчивая активным участием в обсуждениях выбранных тем. Это также включает взаимное обсуждение эмоций, обмен мнениями и

отзывами, размышления о личном опыте и коллективный анализ динамики в группе.

- Развитие ключевых социальных навыков для управления негативными эмоциями, укрепление способности преодолевать повышенную тревожность и создание основных правил для успешного взаимодействия в группе.

Программа реализовывалась в групповой форме, цикл практических занятий рассчитан на 20 встреч. В неделю 4 занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья, и 2 занятия в неделю с контрольной группой. Продолжительность занятий составляет 30-35 минут с детьми с ограниченными возможностями, и 40-45 минут с контрольной группой.

Структура занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

- приветствие -2 минуты,
- основная часть – 30-35 минут,
- рефлексия – 6 минут,
- прощание – 2 минуты.

В научно-исследовательской работе мы применили такие упражнения коррекции по изотерапии:

Тема: Монотопия. Цель данного упражнения состоит в развитии творческого мышления, воображения и способности давать дополнительный смысл существующим предметам.

Необходимые материалы для проведения: можно использовать различные краски, такие как гуашь, акварель, акрил, масло и другие. Краска наносится на различные поверхности с помощью кистей, валиков, тампонов и других инструментов. Можно использовать альбомную бумагу, картон, пластмассовые доски, стекло, металлические пластины и другие материалы, чтобы создать оттиск. Развитие творческого мышления у детей является важной задачей, которую можно решать с помощью различных видов искусства.

Монотопия – это один из таких видов, который помогает детям развивать воображение и способность видеть в обычных предметах что-то новое и интересное. Для занятий монотопией необходимы различные материалы, которые можно легко найти в магазинах художественных принадлежностей. Кроме того, занятия монотопией могут быть интересными и увлекательными для детей, что поможет им не только развивать творческий потенциал, но и получать удовольствие от процесса.

Коррекционно-развивающее групповое занятие «Дом моей души» с применением элементов изо-терапии и проективных методик будет включать тренинг с детьми, используя визуализацию и арт-терапию.

Групповое занятие: группа формируется из 10 человек. Данное занятие можно проводить и с участием родителей и воспитанниками.

Цель данного упражнения направлена на развитие творческого мышления и способностей к самовыражению, а также на формирование навыков саморелаксации и взаимодействия в группе. В процессе обучения участники научатся управлять своими эмоциями и развивать способности к саморазоблачению. Кроме того, курс поможет улучшить эмоциональное состояние, снизить уровень тревожности, научить управлять эмоциями, способствует самовыражению и самораскрытию, повышает уровень настроения.

Ход занятия.

Вступительная речь: приветствие участников, рассказать коротко план занятия и цель.

Упражнения 1: знакомство участников.

Задача участников поприветствовать друг друга в цепочном порядке, первый поздоровается со всеми и назовёт своё имя, после второй участник поздоровается со всеми назовёт имя предыдущего участника и своё. Третий участник также поздоровается со всеми, назовёт имена двух предыдущих и своё и так далее по кругу до конца пока все не представятся. Если участники

знают друг друга, то вместо имён они демонстрируют, какое-либо движения, и в таком же порядке до конца.

Упражнение 2: подарок по кругу.

Без использования слов и с помощью жестов, участники процесса обмениваются подарками между собой. Получатель подарка ставится перед задачей определить, что ему подарили, основываясь на том, что передал ему его сосед.

Упражнение 3: визуализация.

Тема: дом моей души.

Это упражнения проходит в спокойной и тихой обстановке, дети располагаются в удобную им позу, могут по своему желанию закрыть глаза для полного погружения, но если одним из участников не комфортно закрытыми глазами то, могу остаться с открытыми глазами, для таких детей можно включить видео с природой. ведущий просит участников максимально расслабить все свои мышцы и фокусироваться на голосе ведущего, не думать о чем-то конкретно, представлять то о чём говорит ведущий. Музыка, которая будет играть должна быть умиротворённой сопровождением природных звуков, но без слов, например: «звуки окружающей среды птиц, леса, шум моря под пианино или флейту».

Упражнение 4: «изготовления из фольги образа Я» под спокойную музыку.

Это упражнение не только способствует развитию мелкой моторики, но также помогает преодолеть личные внутренние противоречия и улучшить навыки самоконтроля. Влияет на тактильные стимулы.

Ведущий проводит небольшой тренинг о том, что человек, каким становится, не зависит только от внутренних факторов, но и от них самих, каким себя человек слепит, таким и будет. Вот, например, вроде фольга металл, но она очень мягкая и податливая, примет ту форму которую ей придадут.

Ведущий раздаёт всем участникам отрезки фольги, примерно 30 сантиметров и просит слепить самого себя, своего образа внутреннего «Я». После окончания выполнения упражнения, следует пригласить участников временно оставить свои фигурки в стороне и подойти к столу.

Упражнение 5: «мой дом-моя крепость».

Упражнение выполняется под спокойную тихую музыку. Ведущий каждому участнику раздаёт бумагу форматом А3, знакомит пальчиковыми красками и просит выбрать один цвет, с которым они хотят работать на данный момент.

Ведущий напоминает участникам об упражнении визуализации, он просит вспомнить, где они чувствовали себя в безопасности, место или дом и изобразить его на бумаге с помощью пальчиковых красок, с той которую они выбрали. В конце мероприятия, каждый из участников имеет возможность выбрать место на рисунке для размещения фигурки, символизирующей его внутреннее «Я». Далее, на любом доступном пространстве оставляются уникальные отпечатки рук, которые служат своеобразной подписью. Это также предоставляет шанс каждому высказать свои мысли и чувства относительно совместно выполненной работы.

Упражнения 6: «совместная картина».

На финальном этапе ведущий, организатор выдвигает идею создания совместного художественного произведения на большом листе формата А1, чтобы зафиксировать эмоциональное состояние группы. Участники получают свободу в выборе цветовой палитры для выражения своих чувств. Организатор следит за тем, чтобы композиция была гармоничной и насыщенной, без значительных пробелов, и при необходимости вмешивается в процесс, помогая направить творческий поток участников.

В завершения данного группового упражнения не обходимо провести обратную связь. Ведущий задаёт вопросы «что нового о себе узнали, какие моменты вам понравились, в чем у вас вызывало затруднения, какие вы бы хотели оставить пожелания». Это задание проводится не только с детьми, но

и с родителями или совместно с воспитанниками социальной сферы. Это задание можно адаптировать как индивидуальное [37].

Все восемь упражнения связаны между собою и выполняются поэтапно.

Тема: Мандала

Цель: расшифровка и коррекция эмоционального состояния ребёнка, нормализации поведения.

Методика очень информативна, это щадящий способ диагностики состояния ребёнка. Своего рода автопортрет человека, который объяснит отношение к себе, к миру и окружающим.

Правила работы с детьми:

- предоставьте ребёнку право выбрать из набора заготовок мандалу, наиболее соответствующую по его настроению;
- попросите ребёнка выбрать материалы и цвета для работы;
- практика использования фоновой музыки: тихая медитативная музыка на заднем плане;
- работа ребёнка должна проходить без нашего вмешательства, если он не выразил согласия. Следовать за ним, мы должны быть незамеченными и наблюдать со стороны.

Необходимо изредка вести диалог и спросить его: что сейчас происходит? Не критикуем работу. То, что ребёнок делает в одиночку, это несёт информативно диагностический характер, которая помогает понять о его состоянии и проблемах, а так же об отношении к самому себе, к миру и к окружающим:

- проблемы, которые можно решить с помощью техники мандалы это обогащение эмоционально-образной сферы детей;
- повысить самооценку, преодолеть страхи и неуверенность в себе, уменьшит беспокойство и тревожность;
- развитие воображение, фантазии и художественного мышления;
- визуализировать информацию, создавать эффективные графические модели и изображения;

– развития художественно-творческой деятельности.

Курс занятий.

Посмотрите на чудо круга! Вы можете раскрашивать все, что вам нравится.

Ребёнок работает в спокойной обстановке под медитативную музыку. Дети часто рисуют мандалы от центра к периферии, что является способом расслабиться «взрослые и подростки в идеале должны рисовать от периферии к центру». В работе над мандалой важна творчество и интуиция здесь не применяются чёткие правила. После завершения работы попросите ребёнка придумать название для своего магического круга, которое станет кодом, помогающим понять изображение. При необходимости вы можете раскрасить фон и вырезать готовое изображение.

«Теперь разверните магический круг, рассматривая из далека, а затем найдите для него подходящее место в комнате».

Во время занятия спросите ребёнка, нравится ли ему то, что он нарисовал. Если да, то это ресурсное состояние, в котором ребёнку комфортно. Другими словами, им нравится возможность творить и получать вдохновение и новые положительные эмоции от своей работы.

Если ребёнок недоволен своей работой, он может изменить, вырезать или порвать круг и в конце не забудьте поблагодарить ребёнка за хорошо выполненную работу. При желании вы можете написать рассказ по готовой картине. Почему не нравится тебе картина, и какие чувства вызывает больше, какие меньше?

Необходимо наблюдать за всеми изменениями и записывать информацию в блокнот. Эти данные помогут вам понять, какую программу коррекции психики использовать с ребёнком в будущем.

Процесс полушарного рисования.

Ребёнок участвует в интересной игре, где он собирает манную крупу в ладони. При этом из-за промежутков между пальцами, крупинки рассыпаются. Задача состоит в том, чтобы манка сыпалась из обеих рук одновременно. В процессе игры ребёнок создаёт два идентичных образа

облаков, собирает манку в одно место и снова захватывает её ладонями. После этого, уже рисуются две одинаковые ёлочки, и снова манка собирается. С каждым разом задание становится сложнее; клиент переплетает руки, чтобы нарисовать два одинаковых треугольника, используя этот же метод. Обычно, результаты рисования отличаются друг от друга. Это указывает на асинхронную работу левого и правого полушарий мозга, что говорит о затруднениях в сознательном поддержании их равновесия. На следующем этапе упражнения детям предстоит использовать обе руки для того, чтобы одновременно создать два идентичных изображения машин. Уточняя детали, он может применять различные пальцы обеих рук, например, большой палец на левой руке и мизинец на правой, для улучшения чёткости очертаний транспортных средств. Цель этого упражнения - развить умение многозадачности и координацию, рисуя симметричные объекты одновременно разными руками. При использовании техники рисования манкой в полусферическом стиле, каждое произведение, независимо от художественных способностей ребёнка или наличия у него ДЦП, неизменно преобразуется в произведение искусства. Этот метод обладает сильным эстетическим воздействием, которое преодолевает психологические барьеры и способствует раскрытию внутреннего чувства красоты у ребёнка, подчёркивая его уникальность и талант.

Обращаясь к ребёнку: «После того как ты попробовал рисовать, используя метод, связанный с опытом полусферического рисования, что ты почувствовал?»

Обычно наблюдается улучшение настроения. Занимаясь релаксирующими и доверие наращивающими мотивационными играми, ребёнок чувствует прилив сил, который усиливается в процессе занятий рисованием, стимулирующим обе половины мозга. После такой подготовки становится возможным более глубокое погружение в практику. Подходы, описанные выше, позволяют ненавязчиво подготовить умственное состояние ребёнка, чтобы впоследствии он смог полноценно раскрыть возможности,

предоставляемые песочной терапией. Прямое взаимодействие с песком, безусловно, является одним из вариантов, однако тщательная подготовка усиливает эффективность терапевтического процесса и приводит к более значительным изменениям [24].

Тема: Песочная терапия.

Основные принципы в игре на песке:

- Ребёнку необходимо обеспечить условия, где он может проявить творческую активность в естественной стимулирующей среде, где он ощущает комфорт и защиту. Для достижения этой цели мы выбираем задание, подходящее к способностям ребёнка; придумываем сказочную инструкцию для игры, чтобы поощрять фантазию и творческий потенциал, убираем негативное оценивание за действия, идеи и результаты.
- Путём оживления абстрактных смыслов, таких как буквы, цифры и геометрические фигуры, мы можем достичь формирования и укрепления позитивной мотивации для занятий и привлечения личного внимания ребёнка к происходящему.
- Возможность вжиться в роль героев сказочной игры и переживать разнообразные ситуации в реалистичной обстановке. Взаимодействие осуществляется на основе воображения, реальности и этого принципа. Например, ребёнок, выживший в роль спасателя принцессы, такой способ не только предлагает выход, но и реалистично разыграть на песке. Таким образом, на деле убеждая их в правильности или не правильности выбранного ими пути.

Что необходимо для работы:

- Для проведения песочной терапии с группой детей в раз 5-6 человек необходимо использовать переносной столик с бортиком или не водопроницаемый деревянный ящик размером 60 на 90,8 сантиметров. Такой размер ящика обеспечивает определённое поле зрительного восприятия и позволяет взглядом охватить его целиком. Если

количество детей в группе больше, то требуется использовать ящик значительно большего размера.

– Песок, который был просеян и прокалён в духовке, должен быть не слишком мелким или крупным.

– Для достижения более эффективного результата в игровой терапии желательно, чтобы ящик был немного влажным, поскольку это способствует лучшему заполнению его меньшей части. Такое условие позволяет песку создавать более чёткие горизонтальные линии.

– В коллекции игрушек размером не более 8 сантиметров, каждая фигурка имеет свою роль и может быть предметом для терапии. В наборе игрушек могут быть представлены различные объекты, которые можно встретить в окружающем мире. Если в коллекции не хватает какой-либо фигурки или образа для занятий, их можно создать из пластилина, глины, теста или вырезать из бумаги. Такие занятия с проективными играми можно узнать бессознательное, оно откроет потенциальные возможности ребёнка, увидите полёт фантазии, таким образом, это облегчит процесс обучения, элементы литературы в игре научит грамматике письма, чтения и счёту [6, 46].

Дети с ограниченными возможностями здоровья особенностями их восприятия как известно, что не все методы арт-терапии одинаково полезны, самым универсальным считается из всех это песочная терапия, идея игры детей с писком показало себя эффективно ещё в 20 годы прошлого столетия. Автор песочной терапии, Дорой Кальфф, придала научный подход, основываясь на юнгианском анализе и метода активного воображения который разработал Карл Густав Юнг.

Основная задача песочной терапии соприкосновения вытесненным, возведение в рамках неосознанного, обозного не всегда представляется работа возможным, но для работы специального психолога коррекционного образовательных организации песочная терапия может решать целый ряд других задач, а именно:

- развития сенсорного восприятия;
- коррекция тактильного нарушения;
- через песко-терапию у детей возникает осознанность какие ощущения они испытывают от того или иного прикосновения.

Опыт работы заключается с особенностями различных нозологии показывают что наилучший эффект песко-терапии имеет у детей с синдромом Дауна так как они наиболее долго могут заниматься песко-терапией. Исследования показывают что, у них улучшается эмоциональный фон, снижается тревожность, на мой взгляд песко-терапия универсальный метод, ещё Ушинский говорил что не нужно ребёнку никаких игрушек, а дайте ему кучу песка это его лучшая игрушка [9, 10].

Тема: Упражнение «Конверты радости и огорчений».

Цель: дети смогут освоить навык открытого выражения своих эмоций, переживаний и снятия зажимов с помощью упражнений, которые могут быть использованы в разных ситуациях в жизни.

Материалы: Для создания разноцветных конвертов и карточек нам понадобятся ножницы, клей, цветная бумага, белый картон и цветные карандаши.

Описание упражнения.

Ведший: За весь этот день случилось столько событий разных, которые и радуют нас, и удивляют и огорчают. Давайте создадим конверты, в которые мы сможем положить все впечатления, те, что мы запомнили за весь день. В одном конверте мы соберём все радости, а в другом - все горести.

Детям предлагается изготовить конверты, которые после можно будет использовать в качестве почтовых конвертов. Дети могут рисовать на них или делать различные аппликации собственноручно.

Ведущий предлагает участникам распределить записки с изображениями или надписями о моментах, в которые были радостными либо огорчающими, в соответствующие им конверты. Предложить им завесить руками, словно весы, и положить один конвертик в левую ладонь, а

другой – в правую. Ведущий: завтра, когда мы вновь будем заполнять её, станет ли больше! Но, что по-вашему мнению, сегодня преобладает? Радость? Ответив «да», ведущий восклицает «прекрасно»! Если ответ «грусть», то ведущий говорит «это грустно». Но ведь мы спрятали её в конверт, и она больше не присутствует в тебе, а находится только в этом конверте. Власть, которая имела грусть над тобой в конверте, и она потеряла её навсегда. Завтра продолжим наблюдать, кто заполнит больше конвертов. Ведущий заключает договорённость: посмотрим, кто станет лидером [49].

Психологическая листовка для родителей тревожных детей.

Для ребёнка с повышенной тревожностью, самооценка является первым и самым важным аспектом. Однако, необходимо отметить, что повышение самооценки невозможно достичь в короткие сроки. Для этого требуется постоянная и целенаправленная работа. Начните с простых шагов, таких как обращение к ребёнку по имени и исключение публичной критики, исключить из лексики стереотипные предложения, невыполнимые угрозы наказаниями: (Замолчи, а то рот заклею! Уйду от тебя! Убью тебя!), слова, которые унижают достоинство ребёнка (осел, дурак). Серьёзные эмоционально затратные разговоры проводить наедине, а не публично.

Хвалите его за незначительные успехи и отмечайте их в присутствии других людей, особенно детей, которые его окружают. Однако, важно, чтобы похвала была искренней, и ребёнок знал, за что его похвалили. Выражайте искреннюю заботу о нем и давайте позитивную оценку его действиям и поступкам [58].

Принимайте детей такими, как они есть, и не сравнивайте их с другими детьми. Сосредоточьтесь на сравнении их текущих достижений, показателей и неудач с их предыдущими результатами.

Родители тревожных детей часто сами испытывают мышечное напряжение, поэтому упражнения на релаксацию могут быть полезны и для них. Снятие мышечного и эмоционального напряжения у ребёнка - это второй важный аспект, который нельзя пренебрегать. Тревожные дети часто

испытывают эмоциональное напряжение, которое проявляется в мышечных сжатиях лица, шеи и живота, вызывая напряжение в мышцах. Чтобы помочь детям справиться с этим напряжением, можно научить их выполнять релаксационные упражнения, использовать элементы массажа и даже растирания тела для снятия мышечного напряжения. Особенно хорошо, если это будет делать мать, так как массаж сопровождается физическим контактом, что очень важно для связи между матерью и ребёнком [59].

Один из подходов в работе с детьми в травматических ситуациях – это тренировка навыков самоконтроля и умения справляться с трудностями. Иногда дети не говорят открыто о своих проблемах, но проявляют симптомы тревожности. В подобных обстоятельствах стоит рассмотреть возможность совместных игр.

Эффективным методом является применение ролевых игр с использованием игрушек, например, солдатиков или кукол, что позволяет моделировать разнообразные сценарии. Ребёнок также может предложить свои идеи для сюжета или развития событий. Важно, чтобы сюжеты игр были основаны на реальных трудностях ребёнка. Роли могут быть распределены следующим образом: ребёнок может озвучивать роль «трусливой куклы», а взрослый – роль «смены». При этом важно меняться ролями, чтобы ребёнок мог посмотреть на ситуацию с разных точек зрения и избавиться от негативных переживаний, связанных с неприятными сюжетами.

Игра – отличный способ наглядно показать различные способы решения проблем. Создание сказок и рассказов, в которых персонажи сталкиваются с трудностями и вместе находят выход из них, помогает детям учиться справляться с вызовами. Развитие навыков самоконтроля в разных ситуациях позволяет детям предвидеть последствия своих действий и управлять своим поведением даже под влиянием сильных эмоций [57].

2.3 Анализ эффективности воздействия программы арт-терапии в снижении уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья

Повторное диагностическое исследование проводилось в январе 2024 года, той же группе на экспериментальной базе МБОУ МКОУ Тарумовская СОШ и ГБУ КЦСОН в МО Тарумовском районе, Республике Дагестан.

Цель исследования заключается в изучении изменений в уровне тревожности. Для этого было проведено повторное экспериментальное исследование с участием двух групп детей младшего школьного возраста, которые были отобраны в начале эксперимента, одна группа включала детей с ограниченными возможностями здоровья (экспериментальная группа), вторая – детей без таких ограничений (контрольная группа). В рамках исследования был также проведён сравнительный анализ между экспериментальной и контрольной группами. Оценка эффективности применения арт-терапии с детьми младшего школьного возраста с ограниченными возможностями становится основной задачей в процессе дальнейшего анализа, в рамках обеспечения им психологической поддержки и снижения уровня тревожности.

После реализации программы, целью которой было уменьшение тревожных состояний среди младших школьников и детей начальных классов с особыми потребностями, произошла переоценка его итогов. Этот процесс прошёл после того, как участники экспериментальной группы завершили специально предназначенную для них коррекционную программу. В отличие от этого, в контрольной группе не применялись проективные тесты, в частности методика «дом-дерево-человек», разработанная Дж. Буком.

В результате обработки и анализа статистических данных было обнаружено, что у детей с ограниченными возможностями здоровья наблюдается незначительное снижение уровня тревожности после

проведения коррекционных занятий с использованием арт-терапии. При сравнении двух групп становится ясно, что у контрольной группы уровень тревожности снизился на 12%, в то время как в экспериментальной группе этот показатель составил всего 3%.

Однако стоит отметить, что как в экспериментальной, так и в контрольной группах присутствовали дети, которые время от времени пропускали занятия из-за проблем со здоровьем. Из остальных показателей следует отметить, что в экспериментальной группе с высокой посещаемостью наблюдаются значимые результаты по различным критериям. Дополнительные данные приведены в таблице 7 и изображены на рисунке 6.

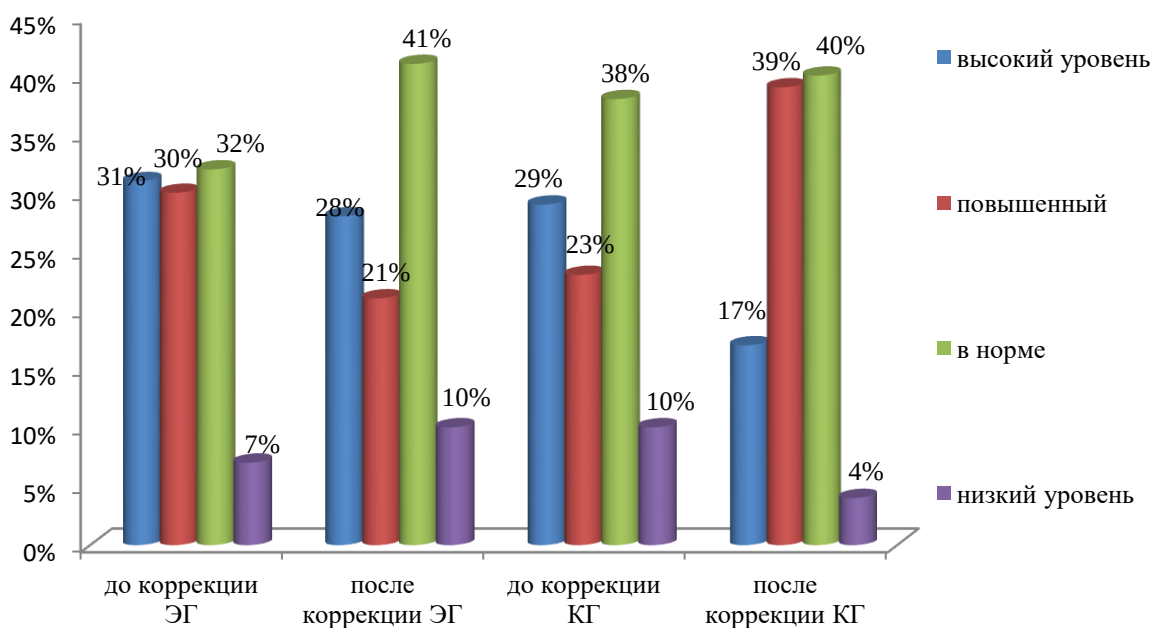


Рисунок 6 – Иллюстрация динамики уровня тревожности по тесту «Школьная тревожность» Филлипса

Таблица 7 – Сравнительный анализ результатов диагностического исследования с применением методики «Школьная тревожность» Филлипса

Обработка и интерпретация результатов теста по шкалам «контрольная группа». Высокая тревожность – 17 % у 3 детей Повышенная тревожность – 39 % у 9 детей Нормальная тревожность – 40 % у 14 детей Низкий уровень тревожности – 4% у 4 детей Результат снижения высокого уровня тревожности после пройденного этапа коррекции, по шкалам: Страх ситуации проверки знаний -16% Страх не соответствовать ожиданиям окружающих – 10% Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу – 5% Переживание социального стресса 12%	Обработка и интерпретация результатов теста по шкалам «дети с ОВЗ». Высокий уровень – у 6 детей с ОВЗ (28 %), Повышенный уровень – 5 детей (21 %) Нормальный уровень – 13 детей (41 %), Низкий уровень – 5 детей (10%) Результат снижения высокого уровня тревожности после пройденного этапа коррекции, по шкалам: Переживание социального стресса - 10% Фрустрация потребности в достижении успеха -9% Страх самовыражения -6 % Проблемы и страхи в отношениях с учителями -6%
---	--

Интерпретация.

Из анализа полученных данных экспериментальной группы видно, что интенсивность переживания социального стресса снизилась на 10%. Это положительно сказалось на качестве социального взаимодействия у детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно с их сверстниками. Часто это взаимодействие формируется на основе текущего эмоционального состояния. Наблюдается улучшение негативного психического состояния, связанного с фрустрацией потребности в достижении успеха. Снижение тревожности на 9% приводит к положительной динамике, которая ранее мешала ребёнку развивать свои потребности в достижении успеха и достижении высоких результатов. Страх самовыражения снизился на 6%, что связано с выражением собственной индивидуальности, необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим и демонстрации своих возможностей. Снижение уровня проблем и страхов во взаимодействии с учителями на 6% способствует улучшению отношений ученика с взрослыми в школьной среде. Эмоционально благоприятная обстановка влияет на успехи ученика в учёбе. В результате снижения уровня тревожности, у обеих

групп наблюдался рост показателей нормы. Данные, изображенные на рисунке 7, представлены ниже.

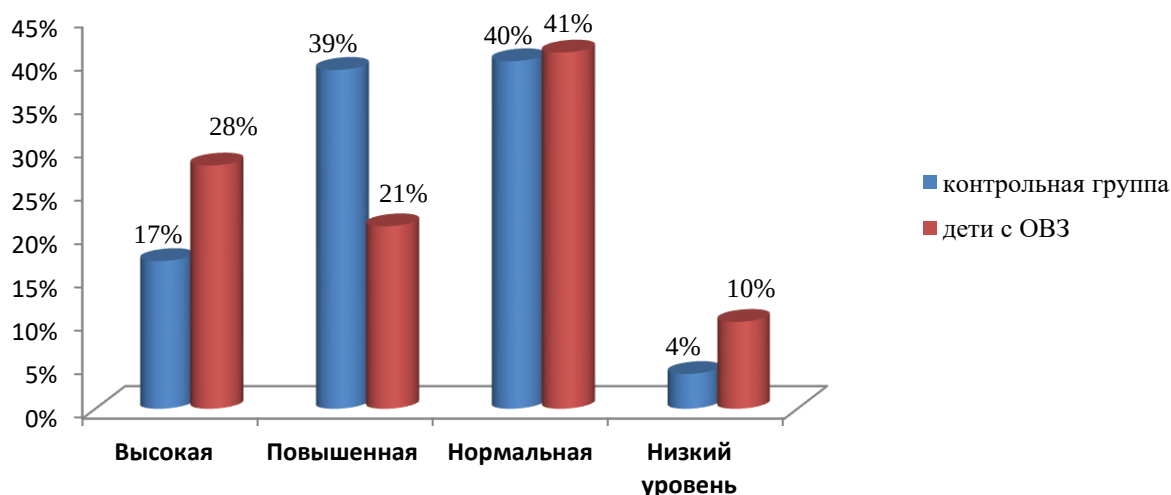


Рисунок 7– Иллюстрация динамики уровня тревожности

В ходе анализа статистических данных было установлено, что в экспериментальной и контрольной группах по общей шкале явной тревожности А.М. Прихожан наблюдаются различия в степени влияния на снижение уровня явной тревожности. В результате исследования было обнаружено снижение показателя в экспериментальной группе на 17% > 13% в контрольной группе. В дополнение, отмечается положительная динамика результатов по количеству детей, перешедших в норму. Увеличение этого показателя составило в экспериментальной группе на 15% > 12 % контрольной группе. Таким образом, можно заключить, что частота проводимых занятий существенно влияет на результаты. В экспериментальной группе занятия проводились четыре раза в неделю, в то время как в контрольной группе ограничивались всего двумя сеансами в неделю. Данные иллюстрированы в таблице 8.

Таблица 8 – Сравнительный анализ результатов выявления тревожности по методике «Шкала явной детской тревожности CMAS» автор А. Кастанеда, Б. Маккендлс, Д. Палермо

Показатели	Контрольная группа				Дети с ограниченными возможностями здоровья			
	до		после		до		после	
Шкала явной детской тревожности	Сырые балы	Стены	Сырые балы	Стены	Сырые балы	Стены	Сырые балы	Стены
Итог	667	212	629	198	735	244	698	231
Средний показатель	22	7	20	6	24,5	8	23	7

Хочу отметить, что по шкале тревожности в экспериментальной группе наблюдается снижение на 17% по показателю явной завышенной тревожности и на 5% по показателю очень высокой тревожности, в то время как немного завышенная тревожность повысилось на 7%. Этот переход благоприятен, поскольку немного завышенная тревожность чаще всего связана с ограниченными ситуациями в определённой сфере жизни.

Это также связано с внутренней мотивацией к достижениям и улучшению самооценки, чем с высоким уровнем тревожности. Сравнительная динамика уровня тревожности до и после коррекционного воздействия иллюстрирована на графике, представленном на рисунке 8.

В процессе обработки данных проводилась оценка результатов согласно установленной методике, где результаты были выражены в стандартизированных единицах для определённого возраста. Аналитический процесс выявил четыре уровня тревожности как в экспериментальной, так и в контрольной группах.

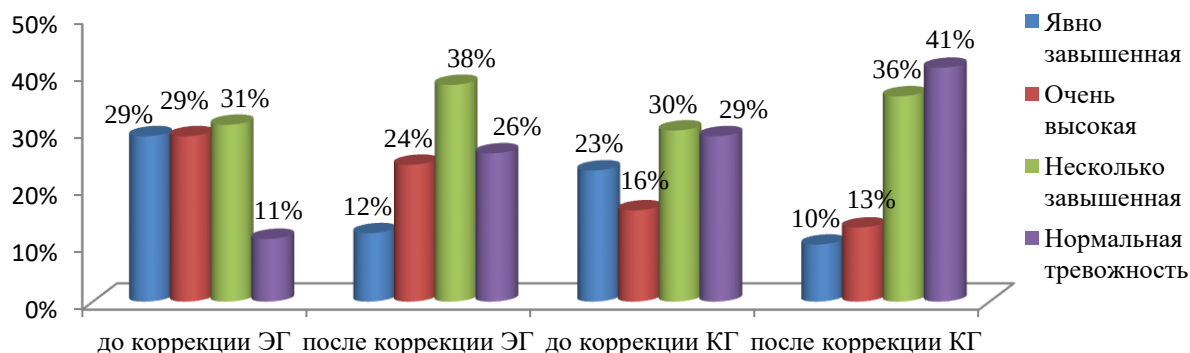


Рисунок 8 – Сравнительный анализ уровня тревожности двух групп по шкале явной детской тревожности CMAS, А. Кастанеда, Б. Маккендлс, Д. Палермо

Из анализа следует, что у большинства участников в экспериментальной группе отмечается незначительное превышение нормы тревожности – 11 детей (38%) из 30, в то время как в контрольной группе большинство испытуемых находятся в пределах социально приемлемой нормы тревожности – 15 детей (41%). Более подробная информация представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Сравнительный анализ результатов по шкале явной детской тревожности CMAS, авторы А. Кастанеда, Б. Маккендлс, Д. Палермо

Средний показатель ЭГ 23% по сыр. балл 7%	Средний показатель КГ. 20% по сыр. балл 6%
Явно повышенная тревожность- 12 % имеют 3 детей	Явно повышенная тревожность- 10 % имеют 2 детей
Очень высокая тревожность- 24 % имеют 6 детей	Очень высокая тревожность- 13 % имеют 3 детей
Несколько повышенная тревожность- 38 % имеют 11 детей	Несколько повышенная тревожность- 36 % имеют 10 детей
Нормальная тревожность 26 % имеют 10 детей	Нормальная тревожность 41 % имеют 15 детей

Далее был проведён анализ представленных результатов, полученных с использованием методики Шкалы самооценки тревоги В. Цунга, позволяющей измерить уровень стрессоустойчивости и тревожности у испытуемых. Полученные данные представляют значимый научный интерес.

После проведения арт-терапевтической программы, были проанализированы результаты самооценки тревоги с использованием шкалы Цунга. Установлено, что у контрольной группы здоровых детей процент тех, кто имел индекс тревоги $30\% < 36$ на 6% увеличилось. В то же время, в экспериментальной группе $10\% < 12,4\%$ группе изменения составили всего лишь на 2,4%. Все результаты до и после отображены на рисунке 9 и таблице 10.

Таблица 10 – Сравнительный анализ показателей результатов индекса тревожных нарушений «Шкала самооценки тревоги Цунга»

Группа испытуемых	Тревожность по шкале Цунга			
	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	До	После	До	После
Группа здоровых испытуемых	$12 \pm 30\%$	$13 \pm 36\%$	$4 \pm 10\%$	$5 \pm 12,4\%$
Больные неврологическими расстройствами	$1 \pm 5\%$	0 ± 0	$3 \pm 12\%$	$2 \pm 9,1\%$
Больные соматическими патологиями	$7 \pm 29\%$	$4 \pm 14\%$	$13 \pm 48\%$	$12 \pm 48,5\%$
Остальные, подверженные соматическим	$10 \pm 36\%$	$13 \pm 50\%$	$10 \pm 30\%$	$9 \pm 30\%$

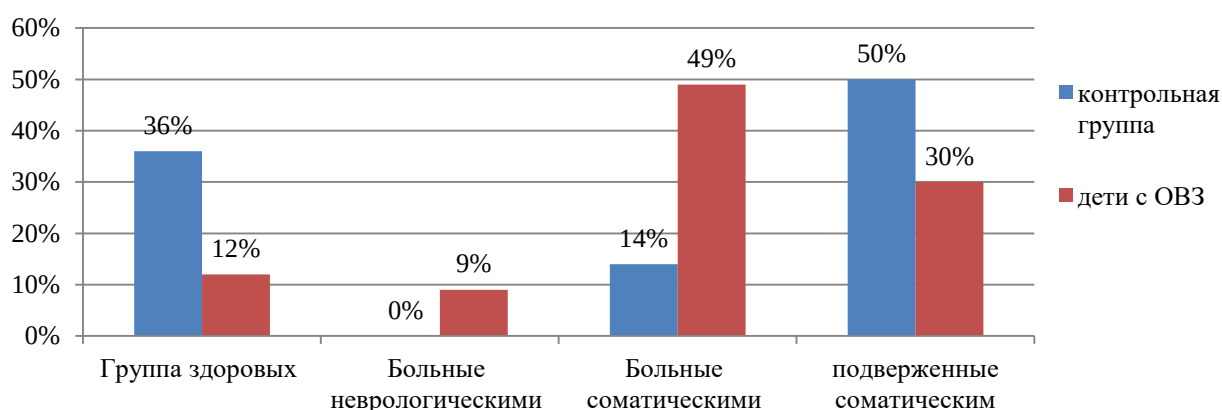


Рисунок 9 – Динамика уровня тревожности двух групп по индексу тревоги Цунга

В то время как дети с ограниченными возможностями здоровья испытывали минимальную или умеренную тревогу до коррекции составило $54\% > 22\%$ чем с контрольной группе, По завершении эксперимента разница

в уровне тревоги между этими группами сократилась: в группе детей с ограниченными возможностями здоровья уровень тревоги снизился с 54% до 50%, на 4%, а в контрольной группе с 22% до 14%, снизилось на 8%. Результаты представлены в таблице 11 и на графическом рисунке 10.

Таблица 11 – Индекс тревоги, клиническая интерпретация результатов по самооценке тревоги Цунга

Группа испытуемых (контрольная группа)	Группа испытуемых (дети с ОВЗ)
Минимальная или умеренная тревога –14% - 4 детей	Минимальная или умеренная тревога –50 % - 14 детей
В пределах нормы – 86%-26 детей	В пределах нормы – 50% - 16 детей
Средний показатель -33 по шкале Цунга	Средний показатель по шкале Цунга -37,2

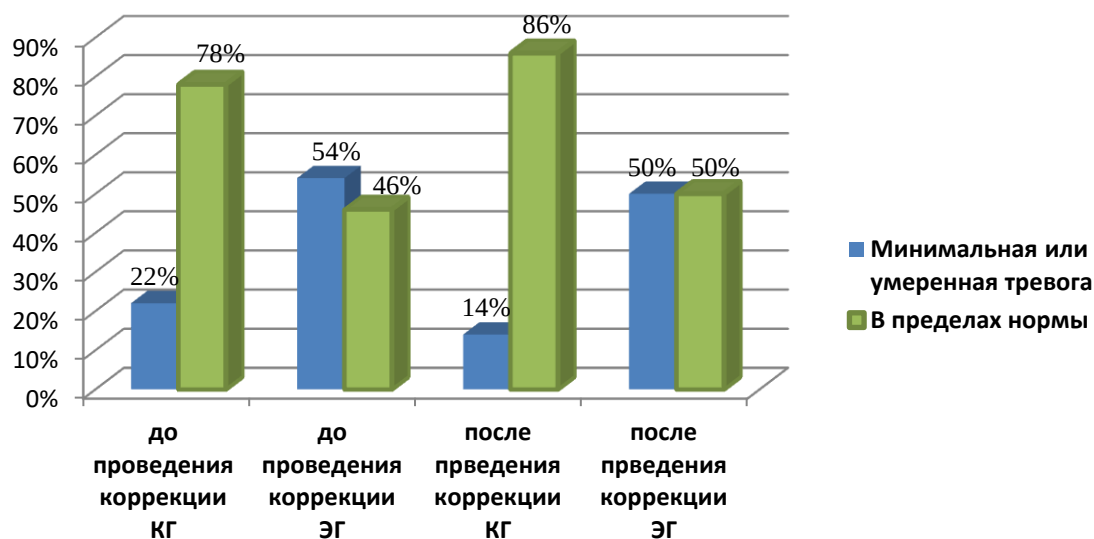


Рисунок 10 – Динамика уровня тревожности двух групп, констатирующий этап по шкале тревоги Цунга

Общеизвестные качественные критерии были интегрированы для создания симптоматических компонентов, с целью количественного анализа теста ДДЧ. Из таблицы 12 наглядно видно, какие результаты были достигнуты по каждому ключевому показателю и какие изменения произошли после внедрения коррекционной программы с использованием арт-терапии по сравнению с исходными показателями.

Таблица 12 – Результаты итогового теста «ДДЧ» Дж. Бука основаны на симптомокомплексе признаков, выделенных с использованием методики Р.Ф. Беляускайте

Показатели.	До начала эксперимента			После проведения эксперимента		
	высокий	норма	низкий	высокий	норма	низкий
Враждебность	7чел. 72%	3чел. 13%	20чел. 15%	7чел. 70%	4чел. 21%	19 чел. 9%
Конфликтность (фрустрация).	0	30 чел. 100%	0	0	27 чел. 93%	3 чел. 7%
Незащищённость	3 чел. 12%	24 чел. 82%	3 чел. 6%	0	27 чел. 94%	3 чел. 6%
Тревожность	8 чел. 41%	17 чел. 57%	5 чел. 2 %	5 чел. 27 %	19 чел. 71%	6 чел. 2 %
Недоверие к себе	8чел. 43%	22чел. 57%	0	2 чел. 12%	28чел. 88%	6 чел. 2 %
Чувство неполноценности	3 чел. 13%	24чел. 80%	3 чел. 7%	0	26чел. 93%	0
Трудности общения	7 чел. 39%	17чел. 50%	6 чел. 11%	7 чел. 33%	20чел. 62%	3 чел. 7%
Депрессивность	1 чел. 4%	29 чел. 96%	0	0	20чел. 100%	0

Учитывая высокие индивидуально-типологические особенности участников выборки, можно сделать следующие выводы:

- Тревожность,
- Незащищённость,
- Недоверия к себе,
- Чувство неполноценности,
- Враждебность.

После сопоставления и анализа результатов, представленных на рисунке 11, можно отметить следующее: в экспериментальной группе наблюдалось снижение враждебных чувств на 2%, уменьшение чувства незащищённости на 12%, снижение уровня тревожности у детей с ограниченными возможностями на 14% и уменьшение недоверия к себе на 31%.

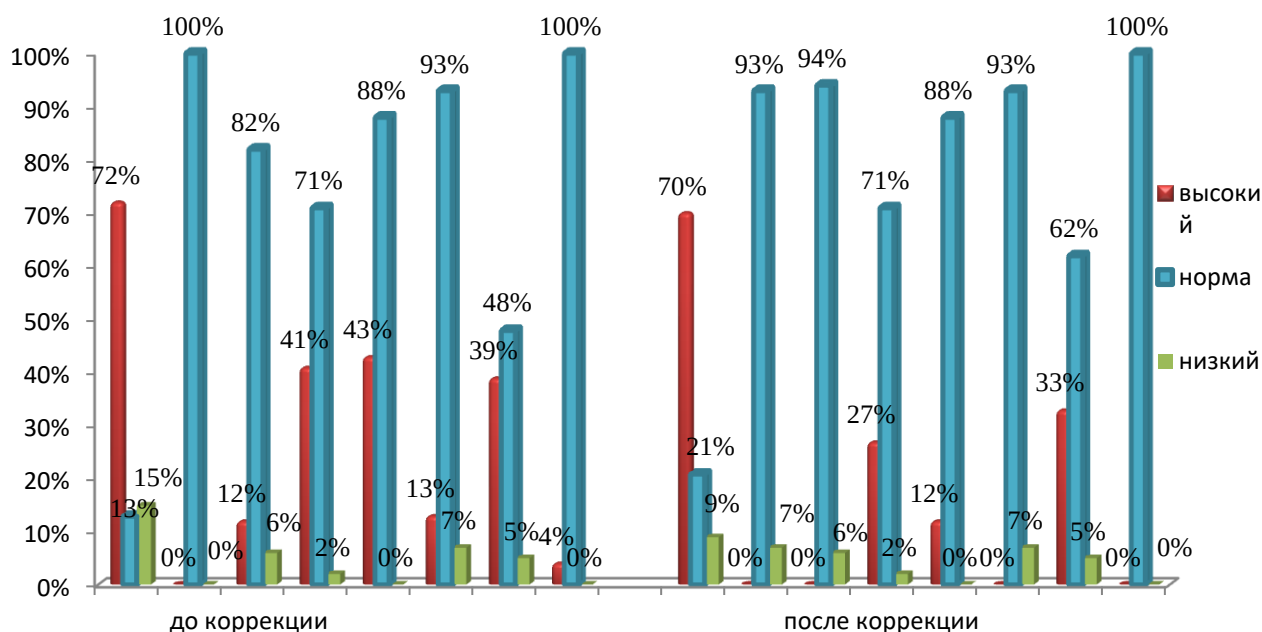


Рисунок 11 – Динамика уровня тревожности по результатам симптомокомплекса признаков, выделяемых в методике Р.Ф. Беляускайте

Кроме того, у детей с ограниченными возможностями замечено снижение трудностей в общении на 6%. В ходе исследования было зафиксировано отсутствие факторов, способных оказывать значительное негативное воздействие на детей младшего школьного возраста с ограниченными здоровыми возможностями.

В исследовании принимал участие один ученик младших классов, страдающий от ограниченных возможностей здоровья и проявляющий признаки депрессивного расстройства. После участия в коррекционной программе было замечено стабилизацию его психологического состояния.

Внедрение программы коррекции, включающей элементы арт-терапии направленной на снижение тревожных состояний у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья, привело к значительным улучшениям.

В результате изучения статистики было выявлено, что число детей, испытывающих меньший уровень тревожности, возрастает, в то время как

количество случаев с высокой степенью тревожности среди учащихся снижается.

Содержательный вывод по результатам применения Т-критерия Вилкоксона.

Исследовательская гипотеза: состоит в предположении о том, что арт-терапевтические методы эффективно влияют на снижение тревожности детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста.

Таким образом, на констатирующем и контрольном этапах эксперимента была выявлена статистически значимая разница в результатах экспериментальной группы, оценённая на уровне $T=3,5$ при значении $p<0,001$ по критерию Т-Вилкоксона.

Подтверждения гипотезы по статистическому анализу, в процессе внедрения специальной программы арт-терапии для детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями в здоровье было замечено значительное снижение уровня тревожности. Это свидетельствует об эффективности коррекционных мер, что подтверждает выдвинутую гипотезу.

Вывод по второй главе

В соответствии с собранными данными, полученным в ходе проведения исследовательской диагностики, было выявлено, что у детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста отмечается высокий уровень тревожности, а также переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх самовыражения и проблемы и страхи в отношениях с учителями. В рамках эксперимента на стадии его развития был создан и внедрён обширный план психологической коррекционной программы по коррекции уровня школьной тревожности у детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста. Это стало ответом на неотложную потребность оказать

профессиональную поддержку детям определённой группы через стратегически планируемые психокоррекционные вмешательства.

На базе исследования МКОУ Тарумовская СОШ и ГБУ КЦСОН в МО Тарумовском районе, Республике Дагестан участвовали 60 детей, из них 30 детей с ограниченными возможностями и 30 здоровых детей (контрольная группа). Среди стандартизированных психодиагностических методов нами применялись: методика диагностики уровня школьной тревожности Б.Н. Филлипса, эмпирический метод детской вариант явной детской тревожности СМАС А.М. Прихожан, психодиагностический метод шкалы самооценки тревоги У. Цунга, проективная методика оценки личностных качеств человека дом-дерево-человек Дж. Бука, универсальное арт-терапевтическое упражнение рисуем эмоции линиями М.В. Киселева. Для количественного и качественного анализа эмпирических данных поменялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. После получения начальных экспериментальных данных были подобрана программа, и составлен цикл практических занятий, который рассчитан на 20 встреч. В неделю 4 занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья, и 2 занятия в неделю с контрольной группой. Продолжительность занятий составляет 30-35 минут с детьми с ограниченными возможностями, и 40-45 минут с контрольной группой.

В ходе учебных сессий применялись многообразные методики с творческим подходом: арт-терапия, игровая терапия, психогимнастика, психодрама, упражнения на мышечную релаксацию, методы мандалы, тестотерапия, песко-терапия и другие методы инновационных практик. После проведения итоговых диагностических методик стало очевидно, что уровень тревожности снизился в обеих группах. Однако следует отметить, что результаты различаются и коррекционная терапия влияет на группы по-разному: например по диагностики уровня школьной тревожности в контрольной группе значительно понизился уровень тревожности, на 12%, а в экспериментальной группе всего лишь на 3% разница очевидна. Такие же

проявления можно увидеть в факторах как общая тревожность, экспериментальной группе снизилось на 17% > 13% в контрольной группе. Враждебные чувства уменьшились на 2%, чувство незащищённости снизилось на 12%, тревожность у детей с ограниченными возможностями уменьшилась на 14%, недоверие к себе уменьшилось на 31%. Также можно отметить, что у детей с ограниченными возможностями трудность общения снизилась на 6%. Кроме того, положительные результаты были отмечены и в отношении количества детей, перешедших в норму. В экспериментальной группе это число увеличилось на 15% > 12 % контрольной группе. Таким образом, можно сделать вывод, что количество проводимых занятий также играет роль. В экспериментальной группе проводилось 4 занятия в неделю, в то время как в контрольной группе - только 2 раза в неделю. Но и были дети, как с контрольной группы, так и экспериментальной группы которые редко пропускали занятия по состоянию здоровья. Также стоит отметить, что в экспериментальной группе наблюдались небольшие изменения в снижении общей тревожности у троих детей, от 1% до 3%. Внедрение программы привело к снижению уровня тревожности среди младших школьников в обеих группах, что подтверждает успешность коррекционных мероприятий.

Заключение

Исследование разнообразных подходов, касающихся поддержания благополучия детей с ограниченными возможностями здоровья, показало их важность в ходе научной исследовательской работы, основанной на изучении теоретических источников. Важным аспектом в работе психолога с детьми с особыми потребностями в обучении выступает не столько конкретный выбор методик для снижения тревожности, сколько профессиональное мастерство и качество их применения. Различные факторы могут приводить к возникновению проблем, связанных с тревожностью. Напряжённая атмосфера в семье может негативно сказываться на развитии ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, особенно если родители сами испытывают тревожность. Кроме того, стиль работы учителей также может оказывать влияние на тревожность детей, например, избыточные требования или постоянное сравнение между учениками. Дети с особыми образовательными потребностями часто испытывают тревогу в школе из-за страха перед новыми учебными вызовами, который начинает формироваться ещё в дошкольном возрасте. Непривычные обстановка, принципы поведения и взаимодействия с другими могут привести к чувству неуверенности и напряжения. Когда ученик сталкивается с интенсивным учебным графиком, трудностями в усвоении материала, критикой и наказаниями от родителей из-за неудовлетворительных оценок, а также с пренебрежением и издевательствами со стороны сверстников, это может привести к укреплению эмоциональных нарушений. Учитывая детей с ограниченными возможностями здоровья, это наиболее большей степени влияет на их воспалённую психику, появляется страх, сниженная самооценка. После тщательного изучения проблематики, мы пришли к выводу, что концепция тревожности и методы её исследования полностью отражают сложность и разнообразие этого явления. Этот феномен играет ключевую роль в обеспечении непрерывного процесса функционирования. Программа

коррекции с использованием методов арт-терапии нацелена на формирование благоприятной среды, которая будет способствовать уменьшению уровня тревожности, связанного со школой, среди детей имеющих особые образовательные потребности.

В рамках коррекционного процесса был реализован широкий спектр передовых и креативных методик. Это охватывало всё, начиная от упражнений, направленных на снижение физического напряжения, до применения искусства как лечебного инструмента, в том числе через создание мандал, эксперименты с песком и тестом, а также вовлечения в драматические постановки в стиле психодрамы. Интерактивные методы такие, как психогимнастика и игровая терапия. Также важно учитывать, что арт-терапия имеет свои ограничения при работе с психическими и соматическими расстройствами, так как эффективность терапии может зависеть от индивидуальных особенностей состояния ребёнка. Поскольку некоторые конкретные техники могут быть неподходящими или вызывать дискомфорт у детей с ограниченными возможностями здоровья, с определёнными заболеваниями. Также важно учитывать возможное наличие триггеров, которые могут усугубить состояние. Однако, если выбрать подходящую программу, учитывая индивидуальные особенности каждого, арт-терапия может положительно влиять на психические и соматические расстройства. Она помогает выразить и обработать эмоции, снизить стресс и тревожность, а также улучшить когнитивные и моторные функции.

Исследования были разделены на три этапа: начали с определения и обоснования исходной проблематики, затем перешли к сбору эмпирических данных для детализации предположений, и завершили глубоким изучением полученных результатов с последующим формированием обоснованных выводов. В результате этих действий, основная предпосылка исследования получила своё подтверждение. Завершая свою научно-исследовательскую работу, которая является важным первым шагом в моей профессиональной карьере и открывает новые возможности для развития.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Акулов В. А., Кудренко Т. А. Специалисты службы ППМС-помощи. // Сборник проективных методик : По материалам сайта: psylib.info. 2017. 2010 с. URL: <http://code.pediapress.com>
2. Абкович А. Я., Бабкина Н. В. Актуальные проблемы современного образования детей с ОВЗ // Всероссийской научно-практической конференции; Москва : ФГБНУ (ИКП РАО). 2020. 484 с.
3. Ахметшина И. А., Мишина О. / Ин-е образование; Теория и практика сборник материалов V Международной научно-практической конференции // Редакционно-издательский отдел ГГТУ. Орехово-Зуево, 2020. 436 с. URL: <https://fileskachat.com>
4. Александрович К. И., Леонидовна И. Е. Дети с интеллектуальными нарушениями: учеб. пособие. ФГОС // Серия : Учителю о детях с ОВЗ. 2021 48с.
5. Артюхова. Т. Ю. Психокоррекция и психотерапия: учеб. пособие; под ред. Т. Ю. Артюхова, Т. В. Шелкунова. Красноярск : Сиб. Федерал. ун-т, 2019. С 170.
6. Афанасьев Д. В. Повышение качества и доступности выс. инклю-го образования в 2021 году // в рамках Межведомственного комплексного плана мероприятий по повышению доступности СПО и ВО для инвалидов и лиц с ОВЗ, в том числе профориентации и занятости указанных лиц. 2023. С 22-30. URL: <https://zf.ranepa.ru>
7. Ансимова Н. П., Большакова О. В. Содержание деятельности педагога-психолога. М. : Центр (Ресурс), 2015. С. 226. URL: <https://resurs-ya.ru>
8. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. М. : Питер, 2022. 368 с.
9. Большебратская Э. Э. Песочная терапия. // Учебное пособие. Петропавловск, 2010. 74 с. URL: <http://eduportal44.ru>

10. Баряева Л. Б., Баряева, И. Г. Логиновой. СПб. : ЦЦК проф. Баряевой Л. Б. 2010. 415 с.
11. Бурно М. Е. «Терапия творческим самовыражением». М. : Медицина. 1989. 304 с.
12. Блонский П. П. Психология младших школьников. М.: изд. (Институт практической психологи). / Воронеж: НПО (МОДЭК). 1997. 570 с.
13. Вольская О. В., Матасов Ю. Т., Медникова Л. С. Шумская Н. А. Психологическое сопровождение развития и образования детей с ОВЗ // учеб. Пособие. СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2018. 195с.
14. Валетта М., Полинек М. Драматерапия. СПб : Когито-Центр, 2013. 208 с.
15. Волковская Т. Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недостатком развития речи / Под научной ред. И. Ю. Левченко. М. : Национальный книжный центр, 2014. 96 с.
16. Вачков И. В. Арт-терапия. Развитие самопознания через психологическую сказку. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Ось-89, 2007 - 144 с.
17. Волков Б. С. Психология младших школьников: практикум : 6-е изд. под ред. М. : Эксмо. 2010. 273 с.
18. Гончарова В. Г., Гончарова В. Г. «Комплексное медико-психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья». М. : НИЦ ИНФРА-М, СФУ. 2019. 248с.
19. Гребешкова О. Ю., Мантикова А. В. Сопровождение особого ребёнка. М. : Абакан: изд. ФГБОУ ВО (Хакасский. гос. ун-та им. Н. Ф. Катанова), 2020. 72 с.
20. Дружинина В. Н., Марычева О. И., Минина С. В., Петрунина Е. И., Чайковская А. В., Шнюкова Е. А. Особый ребёнок – особый подход. // (Создание специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья). М. : МБУ ДО «РЦДО». 2018. 40 с.
21. Жимкус Е. Р. Программа песочной терапии (Волшебный песок). Развитие и коррекция эмоционально-волевой и познавательной сфер детей

- дошкольного возраста с использованием игр с песком. М. : Красноярск. 2017. 22с. URL: <https://www.kras-dou.ru>
22. Копытин. А. И. Арт-терапия – новые горизонты. М. : Когито-Центр, 2006. 336 с. URL: <http://www.litres.ru>
23. Копытин А. И. Хрестоматия арт-терапии. СПб. : Питер. 2001. 320с. URL: <https://djvu.online>
24. Копытин А. И. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала». СПб. : Речь, 2005. 85с.
25. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми. СПб : Санкт-Петербург : Речь, 2006. 160 с.
26. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб. : Речь Санкт-Петербург, 2007. 336 с.
27. Левшунова Ж. А. Инклюзивное образование. М. : Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2017. 114 с.
28. Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. СПб. : Речь Санкт-Петербург, 2006. 339 с.
29. Лебединской В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте // учеб. пособие для студентов психологи для ВУЗ. Москва. : Изд-ий центр Академия, 2003. 144 с.
30. Минаева В. А. Коррекция детских страхов у дошкольников средствами песочной терапии : Екатеринбург, 2018г., 68с. URL: <http://elar.uspu.ru>.
31. Медведева Е. А. Артпедагогика и арт-терапия в специальном и инклюзивном образовании. М. : Юрайт, 2023. 274 с.
32. Моргачева Е. Н. Зарубежный опыт инклюзивного обучения и возможности его использования в отечественной практике // Дефектология. : Научно-методический выпуск № 3. М. : Сарапул, 2018. С. 59-65.
33. Мальхиоди Кэти А., Ломан С. Т. Экспрессивная терапия. М. : Гуманитарный центр. 2022. 272с.

34. Макарова Т. Ю. Актуальные вопросы развития инклюзивного профессионального образования: теория и практика // Сборник тезисов, статей М. : Национальный институт инноваций. 2020. 331 с.
35. Пермякова М. Е., Чаликова О. С. Экспрессивная терапия в работе психолога. учеб. Пособие М-во образования и науки: Рос. Федерации. М. : Урал. 2016. 120с.
36. Памфилова М. А. Сказкотерапия в детской клинической психологии. Учеб. Пособие // программы сотрудников кафедры клинической психологии 2021. 80 стр. URL: balaevata.sch7-pav.ru.
37. Рочев Д. Г. Сила искусства. М. : Сосногорск 2022. 30 с.
38. Роджерс К. Р. Становление личности. // Взгляд на психотерапию. М. : ИОИ, 2017. 237с.
39. Роджерс К. Р. Групповая психотерапия. М. : ИОИ, 2017. 174с.
40. Роджерс С. Д., Джеральдин Д. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом. пер. с англ. В. Дегтяревой. Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2016. 416 с.
41. Семенова З. Ф., Семенова С. В.. Психологические рисуночные тесты. // Методика «Дом – Дерево – Человек». Москва : АСТ; СПб : Сова, 2007. 190с.
42. Троицкая Ж. Рабочие нейротетради. М. : Феникс-Премьера, 2020. 32 с.
43. Теселкина Е. Н. Медико-биологические основы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. // Учебно-методический комплекс по дисциплине. : Изд-во Хак. гос. ун-та им. Н. Ф. Катанова, 2017.
44. Тарарина Е. В. Практикум по арт-терапии в работе с детьми. М. : Едиториал УРСС, 2019. 250 с.
45. Тимофеева В. О. Метафорические ассоциативные карты в позитивной психотерапии // коучинге и управлении персоналом. М. : Изд. Белый ветер, 2019. 81 с.

46. Набиева Э. Мастер-класс для педагогов ДОУ Тестопластика как метод арт-терапии в работе с детьми и взрослыми. // Создание Сказки. // Мастер – класс Маскотерапия в работе с детьми с ОБЗ. // Эмоции и настроение. 2019. 15 с. URL: <https://detsad47>

47. Ханин Ю. М. межличностная и внутригрупповая тревога в условиях значимой совместной деятельности // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 51–55. URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1991/915/915056.htm>.

48. Эрнст Г. Г. Алтайский государственный педагогический университет Россия, г. Барнаул Метафорические ассоциативные карты в работе психолога как инструмент диагностики коррекции самооценки, «статья посвящена проблеме использования метафорических ассоциативных карт в психологической практике». 2020. 5с. URL: alley-science.ru

49. Dzheral'd O., Gould P. Risunok v psihoterapii // Metodicheskoe posobie. М.: Progress, 2001 184 с.

50. Burovkina L. A., Andreychuk V. A. The development of creative abilities of children with disabilities by means of art therapy. 36-39 с.

51. Cathy A. Malchiodi. Arts–Therapeutic use–Handbooks, manuals, etc. I. Malchiodi, Cathy A. RC489.A7 H365 2003. 480 с.

52. Lefevre, M., Tanner K., Luckock B. Developing social work students communication skills with children and young people: a model for the qualifying level curriculum', Child and Family Social Work, 2018. 166-176.

53. Mitchell W., Franklin A., Greco V. and Bell, M. Working with children with learning disabilities and : or who communicate non-verbally: research experiences and their implications for social work education, increased participation and social inclusion, Social Work Education, 2009. 309-324 с.

54. Sergeeva A. A., Eshkina N. I. Ways of organizing volunteer activities of pedagogical university students with children with disabilities IN in the context of public school Research article- 2021. 110 - 112 с.

55. Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology : Clinical Applications. Editors: Messias, Erick; Peseschkian, Hamid; Cagande, Consuelo. Springer 2020. 431 c.
56. Pramod Kerkar, M. D., Ffarcsi D. A. Pain Assist : article Children Art Therapy : How Art Therapy Can Help Children in Facing Mental and Emotional Challenges? Last Modified On : November 2021. 10 c.
57. Whitehurst T. 'Liberating silent voices – perspectives of children with profound and complex learning needs on inclusion : British Journal of Learning Disabilities, 2006. 55-61.
58. Watson J., Cameron L. & Murphy J. Don't just make the font bigger, Learning Disability Practice, 2003. 20-23 c.
59. Rubin J.A. Approaches to art therapy: theory and technique. London: Taylor and Francis, 2016. 528 p.