

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»

Бакалаврская работа
на тему:

**«Влияние терапии песком на оптимизацию эмоционально-личностной
сферы детей с ДЦП»**

Студент _____ Пономарева Екатерина Сергеевна
подпись

Руководитель _____ Бухлина Л.Ю.
подпись

Нормоконтролер _____ Карманова Т.М.
подпись

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 10.01.2017 №7)

Заведующий кафедрой _____ Медведева И.А.
подпись

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ №)

Секретарь ГЭК _____ Карманова Т.М.
подпись

Пенза 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПЕСКОМ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ДЦП.....	8
1.1. Особенности дизонтогения детей с ДЦП.....	8
1.2. Особенности эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП.....	13
1.3. Анализ исследований применения терапии песком с детьми ДЦП.....	20
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПЕСКОМ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ДЦП.....	29
2.1. Организация эмпирического исследования.....	29
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования до и после воздействия терапией песком эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП.....	33
2.3. Программа терапии песком для оптимизации эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП.....	49
ВЫВОДЫ.....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	62
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	66
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	71

Введение

Актуальность темы ВКР обусловлена необходимостью поиска и внедрения инновационных форм арт-терапевтической деятельности в практику психолого-педагогической работы. Арт-терапевтические технологии в детских учреждениях социальной реабилитации и психолого-педагогических учреждениях используются явно недостаточно.

В настоящее время 4,5% детей, проживающих в России, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, реабилитации и адаптации, отвечающим их особым потребностям. К ним относят: детей с различными формами детского церебрального паралича.

ДЦП является самой распространенной причиной детской инвалидности.

Для сравнительной статистики рассмотрим последние публикации в международном научно-исследовательском журнале.

По данным профессора Семеновой К.А. "В течение последних 10-15 лет «в России, согласно официальной статистике, уже в 2010-2012 гг. было 196,3 детей с ДЦП на 10000 в возрасте от 0 до 15 лет. Среди подростков от 15 до 18 лет заболеваемость ДЦП в 1992 г. составила 4,0, в 1998г. – уже 11,3; а в 2010г. она достигла 14,6, т.е увеличилась более, чем в 3 раза [37, с. 15].

В структуре инвалидности (2011г.) у пациентов в возрасте до 18 лет 20,6% приходится на патологию центральной нервной системы, среди которой 56,3% составляют дети с ДЦП. К сожалению, эти цифры в силу ряда причин нельзя считать достаточно полными".

По данным Министерства здравоохранения и социального развития на 2015 год в стране насчитывалось 71 429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет и 13 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15-17 лет (всего 85074 детей).

На 1 января 2016 года с диагнозом детский церебральный паралич, установленным впервые в жизни, зарегистрировано 6991 тыс. детей в

возрасте от 0-14 лет (т.е. 31,5 на 100 тыс. детского населения: частотность 3,15 на 1000 рожденных) и 657 детей (в возрасте от 15-17 лет) с диагнозом церебральный паралич и другие паралитические синдромы (т.е. 15,5 на 100 тыс. населения такого же возраста. Частотность: 1,55 на 1000 человек в возрасте от 15-17 лет) [50, с. 10-13].

Поскольку речь идет о впервые установленном диагнозе, то можно говорить о частотности появления больных с ДЦП от 4 до 4,7 на 1000 детей.

В России нет единой базы учета детей с ДЦП и его последствиями, и оценить возможные масштабы реального количества детей-инвалидов такой категории крайне сложно.

В начале 2016 года представители Центра по мониторингу качества и доступности здравоохранения ОНФ проводили выездное заседание на базе Пензенского городского родильного дома №1 г. Пенза. Эксперты посвятили его проблеме детской инвалидности [52].

Дело в том, что после нескольких лет снижения в области произошел всплеск рождаемости малышей с врожденными аномалиями. В частности, резко выросло число младенцев с детским церебральным параличом. Если в 2014 году их было 57 человек, то в 2015-м - 80 человек. Диагноз ДЦП ставится на первом году жизни ребенка.

Поэтому одним из важнейших компонентов социальной реабилитации и адаптации детей с детским церебральным параличом является арт-терапия, в частности терапия песком.

Основательницей песочной терапии является Дора Калфф. В ее исследованиях отмечаются преимущества данного метода. Они заключаются в глубине и мягкости терапии, работа происходит на уровне символов, в формате игры, опора идет на внутренний мир ребенка, его бессознательное. Так же преимуществом является защищенность и простота пространства, где ребенок может поделиться своими сложностями, найти путь к самоцели, терапия не требует специальной подготовки и навыков [12, с. 181].

Основной целью терапии песком является восстановление психического здоровья, повышение коммуникативной компетентности детей, адаптация в обществе за счет активизации самовосстанавливающих сил психики и организма в целом.

Песочная терапия в контексте арт-терапии представляет собой невербальную форму психокоррекции, где основной акцент делается на творческом самовыражении ребенка.

Направление терапии песком очень популярно на сегодняшний день. Интересен опыт терапии песком Тины Галлиулиной, мамы ребенка, страдающего ДЦП. Она сама придумывала техники терапии песком и использовала их в работе с ребенком. Тина Галлиулина стала известна благодаря вебинарам в сети интернет, для таких же мам как она, которые были в поиске центров арт-терапии [10].

Так же упражнения и приемы терапии песком с детьми с ограниченными возможностями здоровья рассматривались в работах Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Сакович Н.А.. [12, с. 108-205; 38, с. 47-80].

На данный момент в Пензе существует очень мало центров, занимающихся терапией песком и другими видами арт-терапии (основная их деятельность медицинского содержания). А поставленный диагноз ДЦП не может не сказаться на эмоционально-личностной сфере детей, а также и на самих родителях. Данное направление необходимо изучать и развивать, так как от эмоционального настроения ребенка и его родителей зависит очень многое.

Зачастую родители не осознают всю эмоционально - психологическую травму детей, а дети в таких центрах при помощи терапии песком проигрывают ситуацию и дают родителям взглянуть на них под другим углом зрения.

Научную проблему исследовательской работы составляет: расширение диагностического спектра и разработка программы в организации терапии

песком среди детей, страдающих детским церебральным параличом. А так же на основании полученной информации расширение путей совершенствования организации данного направления психолого-педагогической работы с детьми, имеющими ограничения в здоровье.

Терапия песком является простым и в то же время сложным видом арт-терапии, поэтому требует особого внимания в изучении.

Цель дипломной работы – оптимизация эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП, с помощью терапии песком.

Объект исследования – эмоционально – личностная сфера детей с ДЦП.

Предмет исследования – влияние терапии песком на оптимизацию эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП.

Гипотеза исследования: предполагается, что регулярное использование терапии песком в работе с детьми ДЦП способствует оптимизации эмоционально-личностной сферы, так как улучшается эмоциональное благополучие и адекватность самооценки.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ по проблеме исследования;
2. Подобрать методы и разработать процедуру эмпирического исследования;
3. Разработать программу арт-терапевтического воздействия направленного на оптимизацию эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП;
4. Провести анализ и интерпретацию результатов исследования.

Методологическая база исследования:

- Теория дизонтогенеза (Мамайчук И. И., С.В. Пушкина, Качесов В.А., Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Неретина А.Ф.);

- Исследования эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП (Польшакова И.Н., Цюпа А.А., Саморокова Л.А., Гончарова О.Л., Аминова З.М., Колпакова Л.М., Сахаров Е.А.);

- Исследования в сфере терапии песком (Сакович Н.А., Кузуб Н.В., Осипук Э.И., Бетески М., Зинкевич-Евстегнеева Т.Д., Грабенко Т.М., Киселева М.В., Штейнхард Л., Усик Д.).

Методы исследования:

1. Теоретический анализ;
2. Проективный метод;
3. Метод наблюдения;
4. Метод беседы;
5. Метод арт-терапевтического воздействия;
6. Методы математической статистики: критерий Фишера, критерий достоверности различий Стьюдента.

Методики исследования:

1. Методика САН (самочувствие, активность, настроение). Авторы Доскин В.А., Лаврентьев Н.А., Шарай В.Б., Мирошников М.П.;
2. Методика «Лесенка». Автор Щур В.Г.;
3. Цветовой тест Люшера. Автор Люшер М..

Исследование проводилось с 10 октября 2016 г. по 3 декабря 2016 г. на базе физкультурно-оздоровительного центра для людей с ограниченными возможностями «Адели-Пенза».

В выборку исследования входили 16 детей разного возраста с диагнозом ДЦП (7 мальчиков и 9 девочек), от 6 до 11 лет.

Глава 1. Теоретическое исследование влияния песочной терапии на оптимизацию эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП

1.1. Особенности дизонтогенеза детей с ДЦП

Термин «детский церебральный паралич» (или ДЦП) объединяет в себе целый ряд симптомов, возникающих у ребенка в связи с повреждениями мозга. Эти симптомы проявляются, прежде всего, как его неспособность сохранять позу и выполнять произвольные движения. Но главное, к основному симптому ДЦП - двигательным расстройствам, всегда присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха, некоторые другие [23, с. 72].

Можно выделить ряд патопсихологических параметров, определяющих тип дизонтогенеза. Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения. В зависимости от этого различают два вида дефекта — частный, обусловленный дефицитностью отдельных психических функций, и общий, связанный с дефектами регуляторных корковых и подкорковых систем. Второй параметр дизонтогенеза — время поражения.

Характер возникающей аномалии развития существенно различается в зависимости от времени поражения нервной системы. Л.С.Выготский убедительно показал, что чем раньше произошло поражение, тем вероятнее развитие явлений дизонтогенеза, чем позже это наступило — тем более характерны явления повреждения с распадом психической функции.

Из данных клинических наблюдений известно, что органическое поражение головного мозга во второй половине внутриутробного развития зачастую имеет диффузный характер и ведет к более тяжелым формам резидуальных расстройств в виде осложненных форм умственной отсталости. Повреждение мозга в первые годы жизни, когда идет созревание относительно молодых областей коры — лобной и теменной, сопровождается

выпадением и нарушениями развития отдельных сложных психических функций, связанных с данными областями коры.

Третий параметр дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л.С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно связанные с повреждением различных структур мозга, и вторичные, возникающие опосредованно — в процессе аномального социального развития. Вторично недоразвиваются, как правило, те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной областью мозга. Примером этого может служить недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями слуха [16, с. 103-107].

Дизонтогенез детей с детским церебральным параличом характеризуется следующими симптомами:

1. Патологическим мышечным тонусом. Мышцы из-за нарушения деятельности головного мозга и дефектов мышечной регуляции могут быть либо очень напряженными (в состоянии гипертонуса или как его называют, спастичном состоянии), либо чрезмерно расслабленными (в состоянии гипотонуса). Из-за гипертонуса конечности могут постоянно находиться в непривычном или неудобном положении. Например, чрезмерная напряженность мышц ног может вести к их перекрещению, напоминающему ножницы, чрезмерная расслабленность мышц приводит к их обездвиживанию.

2. Патологическими движениями. Для движений может быть характерна непривычная резкость, внезапность или замедленность и червеобразность. Они могут также характеризоваться неконтролируемостью или бесцельностью.

3. Скелетными деформациями. Детский церебральный паралич часто сопровождается укорочением конечности на пораженной стороне. Если не проводить коррекцию, то это может вести к перекосу таза и формированию сколиоза (искривления позвоночника).

4. Контрактурами суставов. Движения в суставах пациентов с детским церебральным параличом часто отличаются тугостью, ограниченностью амплитуды движений вследствие неравномерного давления на сустав различных мышечных групп из-за изменений их тонуса и силы.

5. Задержкой умственного развития. Некоторые, хотя отнюдь не все дети с ДЦП имеют задержку в умственном развитии. Преимущественно, от степени выраженности умственной задержки зависит общий уровень инвалидности такого ребенка.

Интеллектуальные нарушения у детей с ДЦП характеризуются неравномерностью развития отдельных психических процессов. При различных формах и видах ДЦП эти нарушения не однородны. Так, у детей с гиперкинетической формой, как правило, отмечается потенциально сохраненный интеллект, отсутствие грубых нарушений со стороны вербальной функции, перцептивных процессов, внимания и памяти.

Слабо выраженная интеллектуальная недостаточность, проявляющаяся в неравномерности развития отдельных психических функций, отмечается у детей со спастической диплегией. У детей с левосторонним парезом в структуре дефектов является недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза. С правосторонним — недостаток развития вербальных процессов, уровня словесных обобщений, словарного запаса, характера суждений.

В каждом третьем случае ДЦП сопровождается судорогами. Судороги могут начаться с раннего возраста или спустя несколько лет после того, как был поврежден мозг, из-за чего и наступил церебральный паралич. Физические проявления судорог могут частично маскироваться патологическими произвольными движениями.

ДЦП может вести к проблемам с речью, на функционирование которой частично влияют движения языка, губ и горла. Некоторые дети с церебральным параличом не могут нормально контролировать движения этих мышц, и вследствие этого у них отсутствует нормальная речь.

Также возможны проблемы с глотанием. Глотание - это очень сложная функция, для которой необходимо точное взаимодействие многих групп мышц. У пациентов с ДЦП, которые не способны к достаточному контролированию работы этих мышц, затруднены сосание, прием пищи и жидкости, контроль выделения слюны. На фоне чего у них часто развивается слюнотечение. Это может сопровождать риск аспирации, то есть вдыхания в легкое жидкости или пищи через рот или нос, что может вызывать инфекции или даже удушья [30, с. 57- 64].

При церебральных параличах не является редкой частичная потеря слуха. Так, ребенок с таким диагнозом может не откликаться на звуки или иметь задержку развития речи.

Около трех четвертей детей с церебральными параличами имеют страбизм (косоглазие), проявляющееся в отклонении наружу или вглубь одного глаза. Причина это состоит в слабости мышц, которые контролируют движения глаз. Такие люди часто близорукие. Если косоглазие вовремя не скорректировать, оно в дальнейшем может вести к серьезным проблемам со зрением.

У людей с церебральными параличами чаще развиваются проблемы с зубами, в частности кариес из-за врожденных недостатков зубной эмали, а также трудностей с чисткой зубов.

Из-за недостаточности контроля над работой соответствующих групп мышц возможны трудности с испражнением и мочеиспусканием [30, с. 78].

Церебральный паралич делится на четыре основные разновидности:

1. Спастический, при котором мышцы слабые и жесткие. Встречается приблизительно у 70-80% детей с церебральным параличом, характеризуется скованностью и затруднениями движения. При таком типе церебрального паралича возможны нарушения подвижности рук и ног (квадриплегия), главным образом подвижности ног (диплегия), либо или и руки, и ноги только на одной стороне (гемиплегия). Пораженные руки и ноги слабо развиваются, их подвижность нарушается.

2. Хореоатетоидный, при котором из-за отсутствия сознательного контроля мышцы подергиваются самопроизвольно. Встречается примерно в 20% случаях церебрального паралича. При этом для движений рук, ног и тела характерны медленность, затрудненность, плохое контролирование, но возможны резкость, как бы толчкообразность. На фоне сильных эмоциональных переживаний подергивания могут усиливаться, во сне патологических движений не бывает.

3. Атаксический, при котором возникают нарушения координации, в движениях ребенка присутствует неуверенность. Характерен приблизительно для 10% детей с церебральным параличом. Здесь отмечается слабость мышц и дрожь. Детям с таким заболеванием трудно выполнять быстрые или мелкие движения. Походка неустойчивая, из-за чего ребенок широко расставляет ноги.

4. Смешанный, для которого характерно сочетание проявлений двух разновидностей заболевания, как правило, спастической и хореоатетоидной, присутствует у многих больных детей.

При всех разновидностях заболевания для речи может быть характерна неразборчивость, поскольку ребенок затрудняется в контролировании мышц, участвующих в произнесении звуков. Часто у детей с церебральным параличом встречаются и другие нарушения, например снижение интеллекта, у некоторых значительная задержка умственного развития. Однако примерно 40% детей с таким диагнозом имеют нормальный или почти нормальный интеллект. Приблизительно у 25% детей с церебральным параличом (как правило, спастическим) наблюдаются приступы судорог (эпилепсия) [11, с. 7-12].

Тем самым, являясь результатом сбоя в мозговых центрах мышечного контроля, церебральный паралич, в зависимости от места и масштаба поражения мозга, внешне проявляется в отсутствии координации движений, дрожании и спазмах конечностей, припадках, нарушениях речи,

неконтролируемости лицевых мышц, нарушениях слуха и зрения, умственной отсталости.

1.2. Особенности эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП

При постановке диагноза «детский церебральный паралич» можно говорить, что налицо особый вид психического дизонтогенеза: дефицитарное развитие. Подобный психический дизонтогенез возникает, когда есть тяжёлые нарушения каких-либо анализаторных систем, в том числе и нарушения в двигательном анализаторе при детском церебральном параличе.

Первичное нарушение в анализаторе вызывает недоразвитие функций, которые связаны с ним в наибольшей степени, а также замедление тех психических функций, которые связаны с пострадавшим анализатором опосредованно. Когда отдельные психические функции начинают развиваться с дефектами, то это ведет к затормаживанию психического развития в целом. Недостаточное развитие моторной сферы ведет к тому, что недостаточно развиваются двигательная, сенсорная, когнитивная сферы, наблюдается социальная депривация и нарушается эмоционально-волевая сфера.

Эмоции детей, страдающих ДЦП, имеют качественное отличие от эмоций детей, которые развиваются нормально. И причина этого, в первую очередь, состоит в поражении головного мозга как основной причины данной патологии. Так как возникновение детского церебрального паралича обусловлено ранним поражением тех или иных структур головного мозга, то это означает, что ДЦП ведет к изначальному нарушению эмоционального реагирования. А это означает, что развитие и формирование эмоциональной сферы у ребенка с ДЦП должно отличаться от механизма развития эмоций у детей без данных нарушений [39].

Для детей, страдающих церебральным параличом, в целом характерны самые разнообразные расстройства в эмоционально-волевой сфере, наиболее частыми проявлениями которых бывают у одних повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, двигательная расторможенность, а у других – заторможенность, застенчивость, робость. Часто присутствуют нарушения в личностном развитии – пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов.

В соответствие с локализацией поражения мозга (то есть формы ДЦП) можно наблюдать различную картину эмоциональных проявлений.

Наиболее полно в исследованиях затрагиваются эмоциональные критерии характерных для детей, имеющих спастическую диплегию и гиперкинетический синдром, поскольку подобные формы церебральных параличей являются часто распространенными.

Для детей, имеющих диагноз «спастическая диплегия» характерны психогенные астено-невротические реакции. В ходе длительного наблюдения за такими детьми удастся выявить, что эмоции у них достаточно дифференцированы. У детей, имеющих гиперкинетический синдром привязанности, эмоции характеризуются избирательностью и глубиной. В раннем возрасте для них характерны адекватное реагирование на новую обстановку, беспокойство, требование постоянного внимания. При этом они склонны к невротическим нарушениям. Кроме того, их личность может развиваться патологически по тревожно-мнительному, аутистическому или инфантильному типу.

В некоторых случаях гиперкинетической формы церебрального паралича могут наблюдаться астенические черты, которым присуща своеобразная органическая «окраска», которая сочетается с такими проявлениями, как повышенная эмоциональная лабильность, эмоциональная неустойчивость, склонность к истероформным реакциям.

При гемипаретической форме ДЦП клиническая картина эмоций может напоминать особенности эмоционального реагирования, характерные для пациентов с гиперкинетической формой паралича. При данной форме заболевания, могут наблюдаться проявления агрессивности, расторможенности. Для эмоционально-волевой сферы детей, вероятно, будет характерно повышение эмоциональной лабильности. Выраженность фобического синдрома, скорее всего, будет в меньшей степени, чем в случаях спастической диплегии. У детей с двойной гемиплегией эмоциональные нарушения должны быть ярче выражены, что обусловлено более глубоким поражением центральной нервной системы [23, с. 109-110].

Эмоциональные особенности детей, имеющих атонически-астатическую форму, ДЦП в литературе описаны в недостаточной степени. Но поскольку дети с таким дефектом имеют в большинстве случаев задержку психического развития, то можно предположить, что их эмоциональная сфера будет испытывать влияние интеллектуального дефекта.

Большинство детей, имеющих данную патологию, имеют органическую задержку психического развития, называемую - осложненный психический инфантилизм. В соответствии с этим можно допустить, что для клинической картины данного варианта будут характерны эмоционально-волевая незрелость, при которой преобладают игровой интерес и игровая деятельность, непосредственность действий, высокий уровень внушаемости и ярко выраженный недостаток способностей к занятиям, требующих от него волевых усилий.

Инфантилизм у данного контингента детей с ДЦП будет характеризоваться его органической окрашенностью. При этом также свойственно отсутствие живости эмоциональных проявлений, веселости, вместо которых ярко выраженными являются апатия и отрешенность [9].

Остается нерешенным окончательно вопрос о связи степени нарушения эмоций с выраженностью двигательной патологии. По мнению одних авторов, между ними есть прямая зависимость: чем более выражен

двигательный дефект, тем большей тяжестью отличаются психические нарушения, по мнению других, подобного соответствия нет. Однако, дети, у которых двигательный дефект выражен сильно, в наибольшей степени испытывают влияние неблагоприятных социально-психологических факторов, причина проявления которых состоит в их несостоятельности в сфере налаживания и поддержания социальных контактов.

Из этого следует, что, серьезность двигательных проблем ребенка будет определять яркость этих проявлений. Большое значение в развитии и формировании эмоциональной сферы ребенка, болеющего ДЦП, имеет семья. Воспитание таких детей имеет большое своеобразие и различия, и его успешность во многом определяется непосредственным участием в нем всех членов семьи, в том числе и самого ребенка, а также характера сложившихся в данной семье межличностных отношений, отношения к тяжести заболевания и наличия либо отсутствия надежд на успешность избавления от недуга.

Ребенок с особыми потребностями в семье, в отличие от нормально развивающегося, характеризуется большей индивидуальностью, так как в данном случае на его развитие влияет комплекс находящихся в определенном соотношении и взаимодействии как благоприятных, так и неблагоприятных факторов семейного окружения [41, с. 36].

Свойственная детям с детским церебральным параличом задержка эмоционального развития, как правило, сочетается с интеллектуальной задержкой и это выражается в форме неосложнённого психического инфантилизма и осложнённого, так называемого органического инфантилизма.

Психический инфантилизм характеризуется недостаточной дифференцированностью эмоций, причем даже в игровой деятельности – её монотонностью, слабостью творчества, отсутствием инициативы и самостоятельности. Важную роль в формировании у таких детей патологических черт личности по так называемому дефицитарному типу,

причиной чего является, прежде всего, двигательная недостаточность, играют такие явления, как депривация и гиперопека.

Из-за ограниченной мобильности вследствие болезни, пространственный мир, в котором живёт и развивается ребёнок, оказывается весьма ограниченным. Это создает препятствия для развития множества видов взаимных отношений и взаимодействий со сверстниками, а также со взрослыми. Из-за ограниченности контактов нередко возникают аутизация, формируются эгоцентрические установки, пассивность.

Если ребенок воспитывается в семье, усиление отмеченных особенностей может происходить и из-за гиперопеки, когда снижаются требования к ребёнку. В лечебных стационарных учреждениях, в которых ребёнок может находиться подолгу, если там плохо организованы воспитание и обучение, возможно формирование эмоциональной депривации в виде явлений госпитализма [39].

Степень ДЦП колеблется от слабой до тяжелой, что выражается в различной интенсивности проявления физических и психических симптомов заболевания. Вместе с тем, известно, что психическое здоровье — важный фактор адекватного реагирования любого человека на окружающий мир, формирования оптимального статуса коммуникативной и практической деятельности, успешного выполнения различных социальных ролей, то есть полноценного социального функционирования индивида.

Становление индивида как активного социального субъекта происходит в процессе социализации. Основными агентами данного процесса традиционно считаются семья, образовательные учреждения (в большей степени, школы) и дружеская микросреда (дворовое окружение). Социализация ребенка представляет собой совокупный результат усилий всех указанных субъектов. Большинство детей с ДЦП, по данным Л.И. Аксеновой, воспитываются и обучаются дома, то есть, изолированно от общества [33].

Вследствие наличия социальных барьеров, вызываемых ДЦП, в воспитании таких детей принимает участие лишь семья, что затрудняет социальную интеграцию детей-инвалидов. У них слабо сформированы коммуникативные навыки, сведен к минимуму столь необходимый в детском возрасте опыт общения со сверстниками и с взрослыми. Кроме того, происходят деформации в формировании личности, что проявляется в следующем:

- возникает преобладание в мотивационной сфере мотива подчинения взрослому;
- оказывается тормозящее влияние на формирование собственных активных личностных установок;
- проявляется отчетливая тенденция к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья, что, по-видимому, является защитным механизмом, амортизирующим чувство собственной неполноценности [17, с. 153].

Помимо социальной изолированности к негативным социальным последствиям ДЦП относятся:

- переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих. Это приводит ребенка-инвалида к еще большей замкнутости, нежеланию контактировать с внешним миром. Такой ребенок чувствует себя неполноценным;
- явления госпитализма, так как больные часто находятся в больницах и санаториях длительный период, что негативно отражается на их психологическом самочувствии. Больничный режим всегда угнетающе действует на психику человека, тем более, на психику ребенка;
- разлука с матерью в случае помещения в стационарное учреждение или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи) часто ведет к дефектам воспитания, а иногда и к недостатку внимания со стороны родителей;

- психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации. Вследствие того, что в больничных учреждениях в нашей стране отсутствуют социальные работники и психологи, ребенок зачастую остается без должной поддержки и психологической помощи;

- затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений. Это замедляет процесс обучения ребенка, снижает его успеваемость, что пагубно отражается на общем ходе его психосоциального развития;

- сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха ведет к снижению мобильности и, как следствие, социально-бытовой и социально-средовой дезадаптации;

- неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости). Такие дети вырастают инфантильными, зависимыми от родителей, неспособными жить самостоятельно и нести ответственность за свою жизнь и свои поступки [20, с. 118].

Личностное развитие детей с ДЦП, когда болезнь вызывает нарушения и в психике, и в опорно-двигательной системе, происходит в ограниченном жизненном пространстве и при дефиците коммуникаций, иногда при полной неспособности самостоятельно себя обслуживать.

Несмотря на то, что инвалидам с детства, как правило, присущи высокая внутренняя восприимчивость мироощущений и развитый самоанализ, дающий предпосылки для развития творческих способностей, они сталкиваются с большими трудностями в их реализации, по сравнению с другими инвалидами.

Отсутствие тех условий, которые необходимы для возникновения и развития способностей, целеустремленности, активности и жизнестойкости, без которых не могут формироваться такие навыки, как самостоятельность,

адекватные взаимоотношения с окружающими, ведет к неуверенности в себе, комплексу неполноценности, ориентировании на потребительство и иждивенчество, то есть к социальному инфантилизму. В результате – потенциал личности утрачивается, и такой человек не может полноценно функционировать как социальный субъект, играющий в обществе целый комплекс социальных ролей.

Исходя из представленных выше особенностей эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП, значимыми представляются вопросы психодиагностического выявления и последующей коррекции особенностей эмоционального реагирования данной категории детей с ограниченными возможностями здоровья.

Для этого необходима разработка и внедрение инновационных методов психокоррекции, в результате применения которых у ребёнка формировалось бы чувство собственной полезности, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность и способность к коммуникации, что служило бы самой лучшей профилактикой возникновения чувства физической и/или психической неполноценности [39].

Важную роль в такой работе играют арт-терапевтические методы, основанные на занятиях различными видами искусства, так как их корректирующее воздействие на психику ребенка обусловлено возможностью «подпорогового» воздействия (в обход сознания). Среди данной группы методов особенно выделяется пескотерапия.

1.3. Анализ исследований применения терапии песком с детьми ДЦП

Важное место в системе социальной реабилитации детей-инвалидов и в частности детей с ДЦП занимает арт-терапия, то есть терапия искусством. Основная цель ее применения - гармонизировать развитие личности

посредством формирования и совершенствования способностей к самовыражению и самопознанию.

С психоаналитической точки зрения важнейшее место в арт-терапевтическом воздействии отводится технике активного воображения, направленной на то, чтобы вывести бессознательные страхи и комплексы в сферу сознания, столкнув тем самым сознательный и бессознательный аспекты психики и достигнуть их примирения через аффективное взаимодействие.

Представители гуманистического направления арт-терапии считают, что ее коррекционные возможности связаны с тем, что в ходе арт-терапевтических занятий ребенок может практически неограниченно самовыражаться и самореализовываться в продуктах своего творчества, в самоутверждении и познании своего «Я».

Среди основных видов арт-терапии можно выделить: рисуночную терапию, музыкотерапию, библиотерапию, танцевальную терапию, сочинение историй, сказкотерапию, куклотерапию, песочную терапию. И психоаналитическая, и гуманистическая трактовки арт-терапии позволяют объяснить ее действенность в работе с детьми с ДЦП, в эмоционально-личностной сфере которых часто присутствует целый ряд дефектов, связанных с ограниченностью физических возможностей, непохожестью на других и узостью жизненного пространства [4, с. 24-26].

Одним из арт-терапевтических методов позволяющих выразить в невербальной символической форме и проработать бессознательные комплексы и эмоциональные затруднения, творчески выразить себя, преодолеть страхи перед общением с другими, перед выражением своих мыслей и чувств, является песочная терапия. Указанные возможности данного метода делают его значимым в работе с детьми с ДЦП в плане коррекции их эмоционально-личностной сферы.

Песочная терапия возникла в юнгианском аналитическом подходе, поэтому во многом связана с работой с символическими проявлениями

бессознательной сферы как истоками внутреннего саморазвития и духовного роста. Данный метод был разработан в 50-х годах прошлого века швейцарским юнгианским аналитиком Дорой Калф [42, с. 97].

Считается, что истоками «песочной терапии» служит книга английского писателя-фантаста Г. Уэллса «Игры на полу» (1911). В ней описывается, как его дети, в процессе игры с миниатюрными фигурками выражали и достигали облегчения трудностей во взаимоотношениях, как с другими членами семьи, так и друг с другом [43, с. 38].

Данный сюжет вдохновил детского психиатра Маргарет Лоуэнфелд, которая основала Лондонский институт детской психологии, разместить на полках своего кабинета миниатюрные фигурки. Первый ребенок, который их увидел, взял их и перенес в песочницу, которая стояла рядом и начал играть с ними в песке.

Именно с этого началась «техника построения мира» – диагностическая и терапевтическая методика, детально разработанная и описанная Маргарет Лоуэнфельд. Дора Калф, которая обучалась у М. Лоуэнфельд, увидела в данной методике не только способ помощи детям в выражении и отреагировании тяготящих их чувств, но и форму усиления связи с глубокими слоями психического бессознательного [38, с. 64].

Главный принцип, положенный Дорой Калф в основу работы, состоит в «создании свободного и защищенного пространства», в котором пациент – получает возможности выражения и исследования своего мира через трансформацию своего опыта и своих переживаний, часто непонятных или тревожащих, в осязаемые и зримые образы.

Картину на песке можно трактовать как трехмерную модель определенного душевного состояния. В песочнице разыгрывается неосознанная проблема, словно драма, в ходе чего происходит процесс переноса конфликта из внутреннего мира пациента во внешний, что делает его зримым [25, с. 32].

Применение песочной терапии возможно и в качестве монотерапии, и в комплексе с другими методами, например сказкотерапией, символдрамой, рисуночной терапией и т.д.

Песочная терапия в качестве разновидности арт-терапии ориентирована на раскрытие присущего каждому человеку внутреннего потенциала здоровья и силы. Она позволяет выражать в творчестве мысли, чувства и настроения, принимать ребенка с ДЦП таким, каков он есть, вместе с доступными ему возможностями и способностями к самоисцелению и гармонизации душевного состояния.

Это позволяет современному человеку удовлетворять потребности в самых естественных, и характеризующихся как комплексные, способах терапии. Они основаны в равной степени на разуме и чувствах, телесном и духовном, мужских и женских качествах, интроспективных способностях и активной деятельности.

Песочная терапия делает возможным для ребенка с ДЦП исследование его внутреннего мира, для чего используется целый ряд миниатюрных фигурок, поднос с песком, некоторое количество воды. В результате он ощущает свободу и безопасность самовыражения, возникающую в ходе общения с арт-терапевтом [22, с. 104].

Песочная терапия делает возможным выражение того, что трудно выразить вербально, соприкосновение с тем, к чему трудно прямое обращение к чему сопряжено со значительными трудностями, видение в себе того, что обычно недоступно сознательному восприятию.

С точки зрения гуманистического подхода, задачи, решаемые посредством песочной терапии, тесно коррелируются с присущим каждому внутренним стремлением к самоактуализации.

В таком плане песочная терапия ориентирована на содействие ребенку:

- в повышении ответственности за свои действия и поступки;
- выработке большей способности к самопринятию;
- в большей уверенности в самом себе;

- овладении чувства контроля;
- развитии сензитивности к процессу борьбы с трудностями;
- развитии самооценки и обретении веры в самого себя.

Основная цель пескотерапии – не изменение и переделывание ребенка, не научение каким-либо специальным навыкам поведения, а обеспечение возможности быть самим собой [44, с. 220].

С точки зрения психоанализа песочная терапия позволяет успешно решать следующие задачи:

1. Приоткрыть для сознания вытесненный и подавленный материал, входящий в личное бессознательное, включить его в сознание;
2. Соприкоснуться с архетипическими проявлениями коллективного бессознательного и тем самым постичь самые таинственные пласты психики;
3. Проработать архетипические содержания индивидуальной психики, вывести их из глубины бессознательное и интегрировать его в сознание.

В плане коррекции эмоционально-личностной сферы метод песочной терапии делает возможной гармонизацию (упорядочивание) внутреннего душевного хаоса, так как позволяет:

1. Прорабатывать психотравмирующие ситуации на символическом уровне;
2. Отреагировать негативный эмоциональный опыт через творческое самовыражение;
3. Расширять внутренний опыт за счет осознания глубинного содержания психики, и тем самым укрепления сферы сознательного Я;
4. Изменять отношение к себе, к жизни в прошлом, настоящем и будущем, к значимым другим, и к своей судьбе;
5. Укреплять (или пробуждать) доверие к миру, развивать новые, более продуктивные отношения с миром [44, с. 107-108].

Использование песочной терапии для коррекции эмоциональной сферы детей с ДЦП оправдано также и тем, что через возникающие в ходе

прикосновения рук к песку ощущения, к ребенку приходит чувство покоя и вместе с этим повышается уверенность в себе и своих возможностях.

Песочная игра - это и терапевтический, и прекрасный диагностический метод для специалиста в работе с детьми с ДЦП. Для детей с особыми потребностями она является простым, естественным способом раскрыть свои тревоги, страхи и другие важные переживания, а также преодолеть или хотя бы снизить эмоциональное напряжение.

В отличие от здорового ребенка, ребенку с ДЦП труднее дается вербальное выражение своего внутреннего состояния, возникающих чувств. Песочная терапия делает возможным не только перенесение своих переживаний в ящик с песком и взирание на них как бы со стороны, но и формирование возможности успешного с ними взаимодействия. Иными словами ребенку становится проще контролировать свои эмоциональные проявления и адекватно их выражать.

Действенность рассматриваемого нами метода обусловлена также уникальными и не характерными для других материалов свойствами песка и воды как естественных природных материалов, обладающих способностью вызывать в сознании пациента определенные образы. Человек, который прикасается к песку, инстинктивно стремится к приданию определенной формы проявлениям своего субъективного мира, то есть мыслям и чувствам.

Фигурки, создаваемые и используемые в терапевтическом процессе, могут символически означать реальных людей и явления микросоциальной среды ребенка с ДЦП. В песочной среде может осуществляться драматизация реальных жизненных ситуаций, с которыми у пациента с ДЦП связаны те или иные трудности. Разыгрывание в песочнице проблемных жизненных ситуаций, создающих эмоциональное напряжение, делает возможным изменение своего отношения к ним и нахождение правильных для себя решений, построение новых взаимоотношений с самим собой и с окружающим миром.

Языком бессознательной сферы являются образы. Для словесного, вербального общения характерно сильное искажение внутренней цензурой. Так, предложение пациенту порисовать иногда вызывает в нем страх оценки. Все люди, когда учатся рисовать, сталкиваются с несоответствием внутреннего образа с нарисованным на бумаге. И поэтому человек при работе с психотерапевтом может отказаться нарисовать что-либо.

Но, в отличие от рисовальной терапии, занятия с песком и водой способствуют погружению человека в настолько глубокие слои психики, что оценка со стороны другого утрачивает всякую актуальность. Мало кто способен устоять перед возможностью свободного творческого самовыражения в хорошо замкнутом и уютном пространстве психотерапевтического кабинета, в специально отведенное время.

В песочной терапии используются два ящика прямоугольной формы, размером примерно $50 \times 70 \times 8$ (пространство, которое возможно одномоментно легко охватить взглядом), заполненные речным чистым сухим и мокрым песком. Внутренняя поверхность ящиков окрашивается голубой краской – так дно подноса может изображать море или реку, а также служить символом бессознательного. Чтобы создать собственный мир в песочнице, ребенок получает миниатюрные игрушки, изображающие различных персонажей. Именно с помощью них и песка пациент получает возможность создания в песочнице всего того, что он задумал.

Такая терапия в работе с детьми с ДЦП может носить индивидуальный характер, может работать пара, изредка вся семья, возможно применение и групповой формы, но в таком случае пациенты учатся эффективному взаимодействию, также конструктивному сотрудничеству, что также бывает важно для детей с ДЦП. Продолжительность одного сеанса составляет примерно один час и включает, помимо непосредственной работы с песочницей, аналитический разбор и формулирование возможных выводов.

Но, часто, в этом не возникает необходимости, так как терапевтический эффект не прекращается с завершением сеанса, а продолжается по мере

осознания образа, возникшего в пространстве песочницы, и увязывания его с проблемой в реальном жизненном мире ребенка с ДЦП [19, с. 84-86].

Таким образом, песочная терапия играет роль уникального способа коммуникации как с миром, так и с самим собой, способа снятия эмоционального напряжения, которое воплощается в фигурах из песка на бессознательно-символическом уровне, что способствует повышению уверенности в себе и открытию новых путей развития.

Выводы по Главе 1

Детский церебральный паралич представляет собой патологию в развитии ребенка, ведущую к дизонтогенезу, что проявляется в целом комплексе нарушений, как в физическом (например, нарушения мышечного тонуса, и как следствие ограниченная подвижность), так и в психическом (например, нарушения в эмоциональной сфере). Нередко данный диагноз сопровождается и задержкой в речевом и умственном развитии.

Среди особенностей эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП можно выделить психический инфантилизм, преобладание в мотивационной сфере мотива подчинения взрослому, доминирование пассивных установок, низкий уровень притязаний в сочетании с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья, обусловленной потребностью компенсировать чувство собственной неполноценности.

Процесс песочной терапии представляет собой невербальную форму самовыражения и отреагирования негативного психоэмоционального опыта. Основной акцент здесь принадлежит творческому самовыражению пациента, благодаря чему на бессознательно-символическом уровне происходит «выход» внутреннего эмоционального напряжения, что помогает осознать его глубинные истоки и начать искать пути развития.

Песочная терапия является не только средством обеспечения общения личности с самим собой и символикой реального мира, но и мощным

ресурсом в коррекционно-развивающей и психотерапевтической работе с детьми, имеющими трудности в эмоционально-личностной сфере, в частности с детьми с ДЦП.

Глава 2. Эмпирическое исследование влияния терапии песком на оптимизацию эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП

2.1. Организация эмпирического исследования

Цель ВКР направлена на оптимизацию эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП. Для начала, было необходимо, выявить влияние терапии песком на эмоционально – личностную сферу детей.

Эмпирическое исследование проводилось с 10 октября 2016 г. по 3 декабря 2016 г. на базе физкультурно-оздоровительного центра для людей с ограниченными возможностями «Адели-Пенза».

В выборку исследования входили 16 детей разного возраста с диагнозом ДЦП (7 мальчиков и 9 девочек), с 6 до 11 лет:

1. Альбина С. – 7 лет, пол женский;
2. Алексей Р. – 8 лет, пол мужской;
3. Андрей П. – 7,5 лет, пол мужской;
4. Андрей М. – 6 лет, пол мужской;
5. Анна З. – 8 лет, пол женский;
6. Данил К. – 7 лет, пол мужской;
7. Даяна Л. – 8 лет, пол женский;
8. Елизавета Е. – 8 лет, пол женский;
9. Екатерина Т. - 10 лет, пол женский;
10. Екатерина Н. – 9 лет, пол женский;
11. Иван И. – 10 лет, пол мужской;
12. Иван Л. – 8 лет, пол мужской;
13. Марина Т. – 7 лет, пол женский;
14. Николай И. – 11 лет, пол мужской;
15. Рената Л. – 8 лет, пол женский;
16. Тимофей С. – 7 лет, пол мужской.

В работе были использованы следующие эмпирические методы:

1. Проективные методы;
2. Метод наблюдения;
3. Метод беседы;
4. Метод арт-терапевтического воздействия;
5. Методы математической статистики: критерий Фишера, критерий достоверности различий Стьюдента.

Исследование проводилось в 3 этапа:

1. Этап. Диагностика эмоционально – личностной сферы.
 - Методика САН (самочувствие, активность, настроение). Авторы В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьев, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников - экспресс – оценка самочувствия, активности и настроения. САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых людей, психоэмоциональной реакции на нагрузку [51, с. 141-145].

Разброс интервалов ниже 4 баллов свидетельствует о низком уровне показателей, интервалы от 4 до 5,5 баллов является средним уровнем показателей, а интервалы выше 5,5 баллов считаются высоким уровнем показателей.

Данный опросник был предложен родителям. Их задача состояла в том, чтобы оценить состояние своего ребенка.

- Цветовой тест Люшера. Автор М. Люшер. – тест основан на предположении о том, что выбор цвета отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности. Тест позволяет провести быстрый и глубокий анализ личности на основе информации, полученной при простом ранжировании цветов. Мной был использован краткий вид теста [6].

- Методика «Лесенка». Автор В.Г. Щур. - методика предназначена для выявления системы представлений ребёнка о том, как он оценивает себя сам,

как, по его мнению, его оценивают другие люди и как соотносятся эти представления между собой [48].

Показатели самооценки рассматривались по критериям: хороший/плохой, счастливый/несчастный. Где: 1 ступень лесенки – завышенная самооценка, 2,3 ступень – адекватная самооценка, 4 ступень – заниженная самооценка, 5,6 ступень – низкая самооценка, 7 ступень – резко заниженная самооценка.

Мной был использован индивидуальный вариант методики. Ребенок оценивал только себя.

2. Этап. Занятия с песком. Песочная терапия.

Занятие состоит из 3-х частей:

1. Часть - Ориентировочная. Знакомство с песочной средой – знакомство с участниками процесса. Дается краткая информация, на что направлена песочная терапия. После знакомства переход к разминочной части. Разминка включает в себя комплекс упражнений направленный на развитие мелкой моторики рук, на умение оценивать и передавать свои ощущения.

Эти упражнения позволяют ребенку почувствовать песок тактильно, оценить его свойства. Так же упражнения снимают мышечное напряжение и агрессию. Происходит расслабление, как физическое, так и психологическое. Ребенок настраивается на работу.

2. Часть – Индивидуальная игра – после разминочной части детям предлагается выполнить задание: построить волшебную страну, показать борьбу добра со злом, свободная тема.

Далее, каждому необходимо подойти к столу с коллекцией фигурок и выбрать, которые, как ему кажется, необходимы для выполнения задания. Так же можно возвращать ненужные фигурки или подходить за новыми. Дети начинают строить свою песочную картину.

3. Часть – Заключительный этап. Экскурсия по миру. Обсуждение песочной картины – когда работа окончена, каждый ребенок рассказывает о

том, что у него получилось. По ходу рассказа мной задаются уточняющие вопросы: что это за мир? кто в нем живет? Всем ли существам хорошо в этой стране? и т.п. Важна любая информация касаемая всего мира в целом, а так же каждой фигурки в отдельности.

Когда работа окончена, каждый ребенок проходит ритуал выхода из песочного мира - каждый сам разбирает свою песочную картину. Таким образом, закрепляется приобретенный на символическо - бессознательном уровне полученный опыт.

3. Этап. Повторная диагностика для выявления влияния терапии песком на эмоционально – личностную сферу детей с ДЦП:

- Методика САН;
- Цветовой тест Люшера (сокращенный вариант);
- Методика «Лесенка».

Основные принципы терапии песком:

1. Принцип «повторения» - чем больше ребенок посещает занятий, тем сильнее влияние терапии песком на него.
2. Принцип «безоценочности» - в игре взрослый воздерживается от оценок деятельности детей.
3. Принцип «добровольности» - дети играют по своему собственному желанию.
4. Принцип «безопасности» - создание естественной среды, в которой ребенок чувствует себя комфортно и защищено, стимулирующей творческую активность.
5. Принцип «проживания» - ребенок проигрывает всевозможные ситуации вместе со своими героями. На основе данного принципа осуществляется переход воображаемого в реальное и наоборот.
6. Принцип «оживления» - позволяет сформировать у ребенка чувство реальности происходящего.

2.2 Анализ и интерпретация результатов эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП

При обработке и анализе полученных результатов опросника САН, который направлен на исследование особенностей психоэмоционального состояния, были продиагностированы 16 детей с диагнозом ДЦП (7 мальчиков и 9 девочек), от 6 до 11 лет. Диагностика проводилась с помощью экспертов в роли, которых выступали родители, так как дети не смогли бы оценить себя самостоятельно.

Результаты исследования по данному опроснику представлены в Таблице 1 (см. Приложение 1). Данная таблица иллюстрирует результаты исследования, разделяя их по уровням, где низкий уровень показателей меньше 4-х баллов, средний уровень показателей от 4 до 5,5 баллов, и высокий уровень показателей более 5,5 баллов.

Согласно полученным результатам, возможно оценить функциональное состояние детей до работы с песком и после.

Таблица 1

Среднеарифметические показатели до и после терапии песком детей с ДЦП
(опросник САН)

Показатели до воздействия			Показатели после воздействия		
Самочувствие	Активность	Настроение	Самочувствие	Активность	Настроение
5,7	4,9	6,1	6,0	5,5	6,2

По результатам исследования в Таблице 1, можно говорить о достаточно позитивной картине, так как до терапии песком все показатели эмоционального состояния имеют средний и высокий уровень. Можно сделать вывод, что дети, придя на терапию, чувствовали себя более чем хорошо, и были настроены на работу. Их настроение (6,1) было позитивным. Активность (4,9) на среднем уровне, и можно предположить, что дети не

знали чего ожидать от процесса, следовательно, показатель не был ярко выражен.

Анализируя показатели после терапии песком видно, что поднялась активность (5,5), а самочувствие (6,0) и настроение (6,2) возросли еще на несколько баллов. Это говорит о том, что песочная терапия благотворно повлияла на психоэмоциональное состояние детей.

Достоверность различий среднеарифметических показателей функциональных состояний детей (самочувствие, активность, настроение) до и после воздействия песочной терапии рассчитывались с помощью критерия достоверности различий Стьюдента. Значимые различия были выявлены только для показателя активности детей при степени свободы 30. $t^* = 2,51$, при $p > 0,01$.

Сравнивая показатели состояний самочувствия, активности и настроения детей с ДЦП до терапии песком и после можно увидеть только положительную динамику влияния.

Таблица 2

Количество детей с ДЦП (%) с различным уровнем выраженности функциональных состояний до и после терапии песком (опросник САН)

Уровни	Показатели до воздействия						Показатели после воздействия					
	Самочувствие		Активность		Настроение		Самочувствие		Активность		Настроение	
	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
Высокий	10	62,5	1	6,25	11	68,8	12	75	9	56,3	13	81,3
Средний	6	37,5	14	87,5	5	31,3	4	25	7	43,8	3	18,8
Низкий	0	0	1	6,25	0	0	0	0	0	0	0	0

Исходя из результатов Таблицы 2, можно увидеть, что до терапии песком низкий уровень показателей самочувствия и настроения полностью

отсутствует, что говорит только о положительной направленности. На низком уровне присутствует только 6,25 % показателя активность.

На среднем уровне процент показателя активность самый высокий 87,5%, это может говорить о готовности детей к работе, остальные показатели приблизительно одинаковы в своем отношении.

На высоком уровне показателей эмоционального состояния детей с ДЦП до работы с песком превалируют самочувствие (62,5%) и настроение (68,8%). Что так же говорит о положительном настрое на терапию. Показатель активности на высоком уровне практически отсутствует.

После занятий терапии песком, как видно из Таблицы 2, показатели опросника САН значительно изменились. Низкий уровень показателей полностью отсутствует. Терапия привела к тому, что все показатели в процентном соотношении поднялись на высокий уровень. Особенно высокий процент имеют самочувствие (75%) и настроение (81,3%).

При сопоставлении результатов опросника САН до воздействия терапией песком и после, можно сделать вывод, что терапия оказывает благотворное влияние на психоэмоциональное состояние в целом.

Так же важно то, что песочная терапия способствует активизации активности детей с ДЦП. Терапия помогает существенно повысить мотивацию ребенка к занятиям, его работоспособность. Данный вид арт-терапии оказывает особенно сильное влияние на самочувствие и настроение детей.

Далее была проведен анализ результатов методики «Лесенка», которая направлена на изучение уровня самооценки ребенка. Дети проходили диагностику самостоятельно.

Результаты исследования по данной методике представлены в Таблице 2 (см. Приложение 2). Данная таблица иллюстрирует результаты показателей самооценки детей с ДЦП разделенных по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастливый». Где: 1 ступень лесенки – завышенная самооценка,

2,3 ступень – адекватная самооценка, 4 ступень – заниженная самооценка, 5,6 ступень – низкая самооценка, 7 ступень – резко заниженная самооценка.

Согласно полученным результатам Таблицы 2 (см. Приложение 2), можно отметить, что большинство детей разделяют понятия хороший/плохой и счастливый/несчастный, так как отмечали данные показатели на разных ступенях. Позитивным признаком считается, что ребенок способен идентифицировать себя по-разному. Ребенок мог выбрать ступень 5, что является показателем низкой самооценки, но в то же время поставить себя на 1 ступень – показатель самый счастливый.

По результатам исследования из Таблицы 3 видно, что основной выбор показателей уровня самооценки до терапии песком по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастный» приходится на самые верхние ступеньки 1, 2, 3 – это завышенная и адекватная самооценка.

Данные показатели могут говорить о том, что когда ребенок оказывается в незнакомой ситуации и непривычных видах деятельности, его самооценка может быть завышена. Полностью отсутствует показатель заниженной самооценки. Показатели низкой самооценки и резко заниженной так же практически отсутствуют. Из этого можно сделать вывод, что показатели самооценки детей с ДЦП до воздействия песочной терапии имеют благоприятную картину [20, с. 96].

Таблица 3

Среднеарифметические показатели самооценки детей с ДЦП до и после терапии песком (методика «Лесенка»)

Показатели до воздействия										Показатели после воздействия									
Завыш.		Адекв.		Заниж.		Низк.		Резк.за ниж.		Завыш.		Адекв.		Заниж.		Низк.		Резк.за ниж.	
хо р	сч	хо р	сч	н.х	н.с	пл	не сч	пл	не сч	хо р	сч	хо р	сч	н.х	н.с	пл	не с	пл	не сч
0,8	1,8	0,1	0,3	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,7	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	0	0,1	0,1	0,1

При анализе результатов исследования самооценки по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастный» из Таблицы 3 видно, что критерий «очень счастливый» до работы с песком имеет самый высокий показатель, на втором месте показатель «самый счастливый». Это говорит о возрастной норме и положительном развитии самооценки. Все остальные критерии имеют очень низкие показатели или полностью отсутствуют.

Можно сделать вывод, что серьезных отклонений и нарушений в структуре личности не выявлено.

После работы с песком показатели уровня самооценки значительно изменились. Показатель завышенной самооценки имеет по-прежнему самый частый выбор среди детей. Но по результатам исследования критерий «очень счастливый» упал с 1,8 до 0,4. Можно предположить, что дети оказались в не типичной для них ситуации, в том числе появилась некая конкурентная борьба за внимание ведущего, а так же конкуренция между друг другом, так как дети могли сравнить и оценить песочные работы своих товарищей.

Так же появился показатель заниженной самооценки. И его значения стали чуть выше, чем значения адекватной самооценки. Как правило, это связано с определенной психологической проблемой ребенка. Низкая самооценка и резко заниженная остались без изменений и так же практически отсутствуют.

При сравнении результатов методики «Лесенка» до работы с песком и после, можно сделать вывод, что терапия определенно повлияла на показатели самооценки детей с ДЦП. Завышенная самооценка осталась на высоком уровне, а адекватная и заниженная практически сравнялись. Можно предположить, что в работе с песком было, что-то не завершено, или ребенок не доиграл, или не получилось что-то построить, так как хотелось бы. Все это могло отразиться на показателях уровня самооценки.

О положительной направленности говорят оставшиеся без изменений самые низкие ступеньки лесенки 5, 6, 7 – низкая и резко заниженная

самооценка. Это говорит об отсутствии личностного и эмоционального неблагополучия.

Исходя из полученных результатов, приведенных в Таблице 4, можно сделать вывод о том, что у большинства детей в данной выборке (81,3% - критерий «очень хороший» и 56,3% «очень счастливый») до терапии песком завышенная самооценка. Это является, как было сказано выше, позитивным признаком. Адекватное оценивание себя по результатам диагностики имеет значение ниже среднего (12,5% - критерий «хороший» и 25% критерий «счастливый»). Следовательно, не большой процент детей обладает сформированным позитивным отношением к собственной личности.

Таблица 4

Количество детей с ДЦП (%) с различным уровнем самооценки по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастный» до и после терапии песком (методика «Лесенка»)

Показатели до воздействия										Показатели после воздействия									
Завыш.		Адекв.		Заниж.		Низк.		Резк.за ниж.		Завыш.		Адекв.		Заниж.		Низк.		Резк.за ниж.	
хо р	сч	хо р	сч	н.х	н.с	пл	не сч	пл	не сч	хо р	сч	хо р	сч	н.х	н.с	пл	не с	пл	не сч
81, 3	56, 3	12, 5	25	0	0	0	6,3	6,3	12, 5	68, 8	43, 8	6,3	18, 8	18, 8	25	0	6,3	6,3	6,3

Показатели заниженной самооценки полностью отсутствуют. Ступеньки 5, 6 с низким уровнем самооценки практически отсутствуют. Результаты резко заниженной самооценки относительно низкие (6,3% - критерий «очень плохой» и 12,5% критерий «очень несчастный»). Такая оценка себя может говорить о возможном ситуативном дисбалансе, на момент опроса могло что-то произойти: родители поругали, не разрешили досмотреть мультфильм. При худшем раскладе это нахождение ребенка в ситуации личностного и эмоционального неблагополучия.

Анализируя данные методики «Лесенка» в Таблице 4 после терапии песком, можно отметить, что показатели завышенной самооценки по прежнему составляют самый высокий процент выборки (68,8% - критерий «очень хороший» и 43,8% «очень счастливый»). Хотя в сравнении с показателями до работы с песком результаты снизились. Это может говорить о том, что после занятия с песком ребенок мог, что-то понять для себя, осознать, остаться чем-то доволен и наоборот, все это могло привести к снижению собственной самооценки.

Адекватная самооценка так же значительно снизилась после песочной терапии (6,3% - критерий «хороший» и 18,8% критерий «счастливый»). Можно отметить, что терапия песком достаточно сильно повлияла на самооценку детей. Положительный процент показателей снизился, тогда как отрицательный повысился. В результатах данных появилась заниженная самооценка, и ее показатели оказались чуть выше значений адекватной самооценки.

Показатели низкой самооценки остались без изменений, и по-прежнему составляют минимально низкий процент. Так же положительным моментом является понижение показателя резко заниженной самооценки. Критерий «очень плохой» (6,3%) остался без изменений, тогда как критерий «очень несчастный» (6,3%) упал на половину по сравнению с критерием до работы с песком. Это говорит только о положительной динамике.

Достоверность различий количества испытуемых (%) с различным уровнем самооценки по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастный» методики «Лесенка» рассчитывалась с помощью критерия Фишера.

По результатам не было выявлено значимых различий в количестве испытуемых (%) с различным уровнем самооценки до и после воздействия работы с песком. Все полученные показатели критерия Фишера менее критичного значения 1,64, что соответствует минимальному уровню достоверности на 5% уровне. $\varphi^*_{эмп} = [4,836; 1,014]$, при $p \leq 0,5$.

По итогам данной методики при сопоставлении результатов до воздействия терапией песком и после, можно сделать вывод, что терапия заставляет детей задуматься, приближая тем самым их самооценку к адекватному показателю. Такое развитие самооценки является вариантом нормы.

Все показатели уровней самооценки после работы с песком у детей с ДЦП снизились. Это может говорить о том, что терапия подвела сознание детей к более реалистичному пониманию своей самооценки. Игра с песком позволяет взглянуть на себя и свои проблемы, переживания со стороны, что способствует адекватному принятию собственного Я.

Последним этапом диагностики детей с ДЦП выступал цветовой тест Люшера, который ориентирован на выявление эмоционального и функционального состояний испытуемых, их способность контролировать собственное поведение и эмоциональные проявления. Дети проходили диагностику самостоятельно. Ранжирование по цветам каждого ребенка приведено в Таблице 3 (см. Приложение 3).

Результаты исследования цветового теста Люшера по степени выраженности показателей тревожности, психического напряжения, утомления и стресса представлены в Таблице 4 (см. Приложение 4).

Таблица 5

Среднеарифметические показатели выраженности эмоциональных и функциональных состояний детей с ДЦП до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
Тревога	Утомлен.	Напряжен	Стресс	Тревога	Утомлен.	Напряжен	Стресс
1,4	1,6	0,9	1,4	2,7	1,8	1,2	0,9

Анализируя среднеарифметические показатели из Таблицы 5 до воздействия песочной терапией видно, что самым высоким показателем

является утомление (1,6), а самым низким напряжением (0,9). Показатели тревоги (1,4) и стресса (1,4) одинаковы, но так же имеют высокий уровень психоэмоционального состояния. Это может говорить об относительной усталости детей после изнурительной и многодневной реабилитации в будние дни. Лечение для них проходит тяжело как физически, так и морально.

Из таблицы 5 видно, что после работы с песком показатели диагностики значительно выросли. Самый высокий показатель изменился, им стала тревога (2,7), на втором месте утомление (1,8). Так же вырос показатель напряжения (1,2), который до терапии песком являлся самым низким (0,9). Можно предположить, что помимо усталости от повседневной реабилитации, дети попали в новую, незнакомую для них обстановку, которая помогла усилить и так повышенное эмоциональное состояние.

Положительным моментом является сильное снижение показателя стресса (0,9), так как до терапии он был на высоком уровне (1,4).

Сравнивая полученные результаты терапии песком до и после работы, можно сделать вывод, что в данном случае возможно наложение некоторых неблагоприятных факторов, которые способствовали отрицательному влиянию на показатели эмоционального и функционального состояния детей с ДЦП.

Степень выраженности показателей тревожности, психического напряжения, утомления и стресса имеют подобную картину и в процентном соотношении.

Полученные данные из Таблицы 6 свидетельствуют о том, что до занятий с песком показатель стресса (43,8%) имеет самое высокое значение, это почти половина выборки. Показатели утомление (37,5%) и напряжение (31,3%) так же имеют высокий процент. Тревога (25%) является относительно низким показателем. Это говорит о том, что дети уже пришли на занятие в состоянии психологического дисбаланса.

Таблица 6

Количество детей с ДЦП (%) с выраженными эмоциональными и функциональными состояниями до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия								Показатели после воздействия							
Тревога		Утомлен.		Напряжен		Стресс		Тревога		Утомлен.		Напряжен		Стресс	
Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%
4	25	6	37,5	5	31,3	7	43,8	8	50	9	56,3	5	31,3	5	31,3

После песочной терапии показатель утомления (56,3%) стал самым высоким. Это можно объяснить объективной усталостью детей после работы с песком. Уровень тревоги (50%) по сравнению с показателем до терапии (25%) значительно повысился. Напряжение (31,3%) осталось без изменений. Уровень стресса (31,3%) слегка снизился.

Достоверность различий количества испытуемых (%) имеющих показатели по данным характеристикам (тревога, утомление, напряжение, стресс) по результатам цветового теста Люшера рассчитывалась с помощью критерия Фишера.

По результатам не было выявлено значимых различий в количестве испытуемых (%) имеющих показатели по данным характеристикам (тревога, утомление, напряжение, стресс) до и после воздействия работы с песком. Все полученные показатели критерия Фишера менее критичного значения 1,64, что соответствует минимальному уровню достоверности на 5% уровне. $\phi^*_{\text{эмп}} = [4,836; 1,014]$, при $p \leq 0,5$.

Сравнительный анализ полученных данных по результатам цветового теста Люшера из Таблицы 2.6 показал, что повышение большинства показателей до и после терапии песком у детей с ДЦП свидетельствует о неудовлетворительном психологическом состоянии. Дети с данным

диагнозом отличаются повышенной склонностью испытывать беспокойство, характеризуются низким порогом возникновения реакции тревоги, ощущают постоянное напряжение, склонны воспринимать угрозу своему «Я» в новых для них ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги. Это объясняет сильный скачек показателя после работы с песком [20, с. 113].

По итогу все это может приводить к трудностям в адаптации, не контролировании собственного поведения, склонности к проявлению раздражительности, агрессии. В данной ситуации требуется повышенное внимание со стороны педагогов и психологов, а так же самих родителей.

Можно сделать вывод, что первое вводное занятие по песочной терапии желательно проводить с ребенком с диагнозом ДЦП индивидуально. Это снизит количество раздражителей (другие дети и их родители, новое помещение, новая деятельность) и поможет ему постепенно абстрагироваться, что в свою очередь, приведет к стабилизации эмоционального и функционального состояний.

Следующим этапом диагностики был проведен анализ психологического благополучия (аутогенной нормы) по результатам цветового теста Люшера представленный в Таблице 5 (см. Приложение 5).

В данной таблице приведены показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы, которые были отнесены к одной из 3-х зон. Где, зона 2 ($20 \leq CO \leq 32$) - это преобладание отрицательных эмоций, зона 3 ($10 \leq CO \leq 18$) - эмоциональное состояние в норме, зона 4 ($0 \leq CO \leq 8$) - преобладание положительных эмоций.

Анализ полученных данных представленных в Таблице 7 показал, что до воздействия песочной терапии на детей с ДЦП показатели «эмоционального состояния в норме» (0,5) и «преобладание отрицательных эмоций» (0,4) находятся практически на одном уровне. А показатель «преобладание положительных эмоций» (0,1) имеет самый низкий результат.

Таблица 7

Среднеарифметические показатели психологического благополучия
(аутогенной нормы) детей с ДЦП до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия			Показатели после воздействия		
Преоб.отрицат. эмоций	Эмоцион.сост оян.в норме	Преобл.полож ит.эмоц	Преоб.отрица т.эмоций	Эмоцион.сост оян.в норме	Преобл.полож ит.эмоц
0,4	0,5	0,1	0,4	0,6	0,06

После работы с песком результаты исследования незначительно изменились. Показатель «эмоционального состояния в норме» (0,6) немного вырос. Это является позитивным моментом. А показатель «преобладание отрицательных эмоций» (0,4) остался без изменений. Это может говорить о недостаточном воздействии песочной терапии на детей с ДЦП. Возможно, терапия песком окажет более сильное положительное влияние на психологическое благополучие детей в комплексе с другими психолого-педагогическими методами. Результат показателя «преобладание положительных эмоций» (0,06) снизился еще больше.

При сравнительном анализе полученных данных по Таблице 7 можно сделать вывод, что часть детей пришла на занятие по терапии песком уже в плохом настроении, с неприятными переживаниями с которыми, возможно, не способна справиться самостоятельно. Это, в свою очередь, свидетельствует об отсутствии психологического благополучия, что требует обязательной психологической помощи и коррекции.

Песочная терапия, как одна из форм психокоррекции, способна оказывать влияние на восстановление психического здоровья за счет активизации самовосстанавливающих сил психики и организма в целом. Возможно, в данном случае, необходимо большее количество занятий с

детьми с ДЦП, чтобы это привело к стабилизации психологического состояния.

Но, в то же время, большинство детей после песочной терапии находятся в нормальном эмоциональном состоянии, что говорит о положительном моменте влияния терапии на настроение и состояние в целом.

Аналогичную картину результатов демонстрирует Таблица 8.

Таблица 8

Количество детей с ДЦП (%) с различным уровнем психологического благополучия (аутогенной нормы) до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия						Показатели после воздействия					
Преоб.отрицат.эмоций		Эмоцион.сост.оан.в норме		Преобл.положит.эмоц		Преоб.отрицат.эмоций		Эмоцион.сост.оан.в норме		Преобл.положит.эмоц	
Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
6	37,5	8	50	2	12,5	6	37,5	9	56,3	1	6,3

До воздействия терапией песком показатель «эмоционального состояния в норме» (50%) составляет половину выборки. Что по-прежнему является положительной составляющей полученных результатов. Чуть меньший процент составляет показатель «преобладание отрицательных эмоций» (37.5%). Что говорит об отрицательном эмоциональном состоянии детей уже до работы с песком. Положительные эмоции (12,5%) находятся на самом низком уровне и составляют небольшой процент выборки.

Анализируя показатели психологического благополучия (аутогенной нормы) по результатам цветового цвета Люшера Таблицы 8 после терапии песком можно отметить, что процент «преобладания отрицательных эмоций»

(37,5%) остался без изменений, что говорит об отсутствии влияния терапии на детей с ДЦП в данном случае.

Показатель «эмоциональное состояние в норме» (56,3%) имеет самый высокий процент и составляет больше половины выборки. Можно сказать, что адаптация в работе с песком у большинства детей показала неплохой результат. Однако, показатель «преобладание положительных эмоций» (6,3%) снизился еще больше после терапии по сравнению с показателем до занятий (12,5%).

При сравнении и анализе показателей психологического благополучия детей с ДЦП до и после песочной терапии, можно сделать вывод, что терапия не оказала сильного влияния на эмоциональный фон. Отрицательные эмоции остались без изменений, а положительные снизились.

Такие результаты можно объяснить тем, что дети, страдающие церебральным параличом, более часто испытывают отрицательные эмоции, чем здоровые дети. Доминирование отрицательных эмоций над положительными приводит к частому переживанию состояний грусти, печали с частым перенапряжением всех систем организма.

В процессе работы с песком, даже при условии высокого интереса к занятию, ребенок быстро устает, становится плаксивым, раздражительным. Вполне нейтральная ситуация способна вызывать негативную реакцию [20, с. 39].

Следовательно, можно сделать вывод, что полученные результаты диагностики, в данном случае, являются нормой.

Заключительным этапом обработки и анализа полученных данных была диагностика вегетативного коэффициента по результатам цветового теста Люшера, который является показателем энергетического баланса организма человека, представленный в Таблице 6 (см. Приложение 6).

Результаты данной таблицы разделяются на 4 зоны. Где, зона 2 - хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность (0-0,5),

зона 3 - компенсируемое состояние усталости (0,51-0,91), зона 4 - оптимальная работоспособность (0,92-1,9) и зона 5 - перевозбуждение (2-5).

Полученные результаты вычислений вегетативного коэффициента, приведенные в Таблице 9, показывают, что до терапии песком самым высоким показателем является «оптимальная работоспособность» (0,5). Это говорит о том, что большинство детей были настроены на работу бодро, активно, готовые к энергозатратам.

Самым низким показателем является «хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность» (0,06), что является положительным фактом. Результаты показателей «компенсируемое состояние усталости» (0,2) и «перевозбуждение» (0,3) имеют практически равные значения, и находятся на среднем уровне.

Таблица 9

Среднеарифметические показатели вегетативного коэффициента детей с ДЦП до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
Низк.рабо тоспособ.	Компенси р.сост.уст алости	Оптимальн. работосп.	Перевозбу жд.	Низк.рабо тоспособ.	Компенси р.сост.уст алости	Оптимальн. работосп.	Перевозб ужд.
0,06	0,2	0,5	0,3	0,06	0,4	0,4	0,1

После песочной терапии показатели вегетативного коэффициента из Таблицы 9 незначительно изменились. Показатели «оптимальная работоспособность» (0,4) и «компенсируемое состояние усталости» (0,4) сравнялись. Можно сделать вывод, что после занятий с песком дети устали и их работоспособность снизилась, и включился механизм самовосстановления, что объясняет повышение показателя «компенсируемого состояния усталости», что является абсолютной нормой.

Показатель «хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность» (0,06) остался без изменений. А уровень «перевозбуждения» (0,1) снизился по сравнению с показателем до терапии (0,3). Произошла нормализация темпа деятельности, а значит, можно сделать вывод, что терапия песком благотворно повлияла на энергетический баланс организма детей с ДЦП.

Сравнив полученные результаты до и после терапии песком, можно сделать вывод, что терапия является не энергозатратной деятельностью. Предложенная нагрузка соответствует энергетическим возможностям детей с ДЦП.

В процентном соотношении полученные результаты энергетического баланса организма до терапии песком, как видно из таблицы 10, так же демонстрируют позитивную картину.

Таблица 10

Количество детей с ДЦП (%) с различным уровнем вегетативного коэффициента до и после терапии песком (ЦТО)

Показатели до воздействия								Показатели после воздействия							
Низк.рабо тоспособ.		Компенси р.сост.уст алости		Оптимал. работосп.		Перевозбу жд.		Низк.рабо тоспособ.		Компенси р.сост.уст алости		Оптимал. работосп.		Перевозб ужд.	
Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%	Кол -во чел	%
1	6,3	3	18,8	8	50	4	25	1	6,3	7	43,8	6	37,5	2	12,5

Показатель «оптимальная работоспособность» (50%) составляет половину выборки. Данный показатель очень важен для продуктивной работы детей. Уровень показателя «хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность» (6,3%) является самым низким. Показатель «перевозбуждение» (25%) чуть выше показателя «компенсируемое состояние усталости» (18,8%).

Анализируя полученные данные после песочной терапии по Таблице 10, можно сказать, что показатели вегетативного коэффициента изменились в лучшую сторону. Уровень показателя «перевозбуждение» (12,5%) снизился. Показатель «хроническое переутомление, истощение, низкая работоспособность» (6,3%) остался без изменений. Что говорит о положительной динамике влияния терапии песком на детей с ДЦП.

Результаты показателя «оптимальная работоспособность» (37,5%) относительно снизились, а показатель «компенсируемое состояние усталости» (43,8%) значительно вырос и составляет практически половину выборки. Изменения уровня энергетического баланса организма детей с ДЦП после терапии песком не влияют на их работоспособность. Как показывают результаты, большинство детей способно полностью восстанавливать потраченную энергию.

На основании произведенного анализа полученных данных исследования вегетативного коэффициента по результатам цветового теста Люшера, можно сделать вывод, что показатели энергетического баланса организма детей с ДЦП до и после песочной терапии находятся в абсолютной норме и составляют позитивную картину исследования.

2.3 Программа терапии песком для оптимизации эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП

Целью данной программы является оптимизация эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП, с помощью терапии песком.

Задачи программы:

1. Снизить эмоциональное напряжения и оптимизировать эмоционального состояние;
2. Повысить коммуникативную компетентность детей;
3. Активизация энергетического баланса организма;

4. Снятие мышечной напряженности;
5. Развивать тактильную чувствительность и сенсомоторное восприятие;
6. Развивать умение детей анализировать и прислушиваться к собственным ощущениям;
7. Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.

Методы, используемые в данной работе:

- Наблюдение;
- Беседа;
- Игровая и песочная терапия.

Данная программа рассчитана на детей 6 -11 лет.

Режим работы: 1 раз в неделю по 80 минут.

Количество участников: 4 человека.

Предполагаемые результаты:

- оптимизация эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП;
- развитие коммуникативных навыков;
- развитие воображения, фантазии, творческого мышления;
- активизация самовосстанавливающих сил психики и организма в целом;
- развитие мелкой моторики рук.

Таблица 11

Паспорт программы

Наименование программы	Программа терапии песком для оптимизации эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП.
Вид программы	Психолого-педагогическая, коррекционная.
Разработчик программы	Пономарева Екатерина Сергеевна,

Паспорт программы

Разработчик программы	Студентка Факультета «Прикладной педагогики, психологии и социальных наук», кафедра «Прикладная психология», направление подготовки «Психолого- педагогическое образование».
Место реализации программы	Г. Пенза, ул. Ульяновская, д. 15 физкультурно-оздоровительный центр для людей с ограниченными возможностями «Адели-Пенза».
Цель программы	Оптимизация эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП, с помощью терапии песком.
Задачи программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снизить эмоциональное напряжения и оптимизировать эмоционального состояние; 2. Повысить коммуникативную компетентность детей; 3. Активизация энергетического баланса организма; 4. Снятие мышечной напряженности; 5. Развивать тактильную чувствительность и сенсомоторное восприятие; 6. Развивать умение детей анализировать и прислушиваться к собственным ощущениям; 7. Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.
Научные основания	Психология и педагогика детского возраста.

Паспорт программы

Методические основания	Юнгианская песочная терапия.
Сроки реализации программы	С 10 октября 2016 г. по 3 декабря 2016 г. Занятия проводятся 1 раз в неделю по 80 мин.
На кого рассчитана программа	Дети от 6 до 11 лет.
Участники процесса	- дети; - педагог – психолог.
Предполагаемые результаты	1. Оптимизация эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП; 2. Развитие коммуникативных навыков; 3. Развитие воображения, фантазии, творческого мышления; 4. Активизация самовосстанавливающих сил психики и организма в целом; 5. Развитие мелкой моторики рук.
Оборудование для терапии песком:	- Песочница. Размеры 70*50*8, дно и бортики синего цвета. - Песок; - Вода; - 4 контейнера; - Набор игровых предметов.

Занятие № 1 - Представление программы. Знакомство с песочной средой. Задание: построить «Волшебную страну».

Цель: знакомство с участниками процесса, установление контакта, создание доверительной атмосферы, знакомство с песочной средой.

Таблица 12

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
1	2 мин.	Начало работы.	Представление ведущего. Краткая информация о программе и ее целях.	Показать дружелюбный и безопасный настрой, создать доверительную атмосферу, продемонстрировать открытый стиль общения.		Ведущий рассказывает о песочной терапии.
2	10-15 мин.	Разминка.	1. Знакомство друг с другом; 2. Игра «Здравствуй песок»; 3. Игра «Сапер»; 4. Игра «Что же спрятано в песке?» (см. Приложение 7).	Познакомиться с участниками процесса. Познакомить детей с тактильными ощущениями связанными с песком, изучить его свойства, проработать мелкую моторику. Снятие психофизического напряжения.	1. Песочница; 2. Песок; 3. 4 игровых предмета.	Обязательно участие ведущего. Возможна наглядная демонстрация ведущим поставленных задач.
3	45 мин.	Индивидуальная игра. Создание мира.	Предлагается выполнить задание: построить волшебную страну; Объясняются правила работы в песке.	Снизить эмоциональное напряжение и оптимизировать эмоционального состояние. Проработка страхов, проблем, переживаний на бессознательном уровне. Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1. Песочница; 2. Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4. Набор игровых предметов.	Ведущий играет роль наблюдателя. Полностью отсутствует оценочная составляющая работы детей. Родители могут помогать своим детям по необходимости.

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
4	15-20 мин.	Экскурсия по миру. Анализ.	Обсуждение получившейся песочной картины детей. Ведущий задает уточняющие, наводящие, конкретизирующие вопросы о песочном мире.	Понять содержание песочного мира. Стимулировать вопросами детей вносить изменения в картину, фантазировать. Включить бессознательные защитные механизмы.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий выступает катализатором между ребенком и песком.
5	10 мин.	Завершающий этап.	Ритуал выхода из песочного мира. Каждый ребенок сам разбирает свою песочную картину. Прощание.	Оптимизация эмоционально – личностной сферы детей; Закрепление приобретенного на символическо - бессознательном уровне полученного опыта. Развивать умение детей анализировать и прислушиваться к собственным ощущениям; Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий завершает работу с песком.

Занятие № 2 – Работа с песком. Задание: показать борьбу добра со злом.

Цель: проработка страхов, проблем, отреагирование негативных эмоций и переживаний.

Таблица 13

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
1	2 мин.	Начало работы.	Каждый ребенок рассказывает новости о себе, одновременно работая с песком.	Показать дружелюбный и безопасный настрой, создать доверительную атмосферу, продемонстрировать открытый стиль общения. Развитие коммуникативных навыков.	1.Песочница; 2.Песок.	Если возникают сложности, ведущий может рассказать что-то о себе или перейти к другому ребенку.
2	10-15 мин.	Разминка.	1..Игра «Здравствуй песок»; 2.Игра «Дождик»; 3.Игра «Следы на песке»; 4.Игра «Сапер»; 5.Игра «Что же спрятано в песке?» (см. Приложение 7).	Познакомить детей с тактильными ощущениями связанными с песком, изучить его свойства, проработать мелкую моторику. Снять психофизическое напряжение. Выработать способность оценивать свои ощущения.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 8 игровых предметов.	Обязательно участие ведущего. Возможна наглядная демонстрация ведущим поставленных задач.
3	45 мин.	Индивидуальная игра. Создание мира.	Предлагается выполнить задание: показать борьбу добра со злом. Объясняются правила работы в песке.	Снизить эмоциональное напряжение и оптимизировать эмоционального состояние. Проработка страхов, проблем, переживаний на бессознательном уровне. Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1.Песочница 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий играет роль наблюдателя. Полностью отсутствует оценочная составляющая работы детей. Родители могут помогать своим детям по необходимости.

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
4	15-20 мин.	Экскурсия по миру. Анализ.	Обсуждение получившейся песочной картины детей. Ведущий задает уточняющие, наводящие, конкретизирующие вопросы о песочном мире.	Понять содержание песочного мира. Стимулировать вопросами детей вносить изменения в картину, фантазировать. Включить бессознательные защитные механизмы.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий выступает катализатором между ребенком и песком.
5	10 мин.	Завершающий этап.	Ритуал выхода из песочного мира. Каждый ребенок сам разбирает свою песочную картину. Прощание.	Оптимизация эмоционально – личностной сферы детей; Закрепление приобретенного на символическо - бессознательном уровне полученного опыта. Развивать умение детей анализировать и прислушиваться к собственным ощущениям; Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий завершает работу с песком.

Занятие № 3 – Завершающее занятие по терапии песком. Задание: работа на свободную тему. Ограничения отсутствуют.

Цель: развитие воображения, фантазии, творческого мышления. Улучшить общее эмоциональное состояние детей.

Таблица 14

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
1	2 мин.	Начало работы.	Каждый ребенок рассказывает новости о себе, одновременно работая с песком.	Показать дружелюбный и безопасный настрой, создать доверительную атмосферу, продемонстрировать открытый стиль общения. Развитие коммуникативных навыков.	1.Песочница; 2.Песок.	Если возникают сложности, ведущий может рассказать что-то о себе или перейти к другому ребенку.
2	10-15 мин.	Разминка.	1..Игра «Здравствуй песок»; 2.Игра «Дождик»; 3.Игра «Следы на песке»; 4. Игра «Сапер»; 5.Игра «Что же спрятано в песке?» (см. Приложение 7).	Познакомить детей с тактильными ощущениями, связанными с песком, сравнить качества сухого и мокрого песка, проработать мелкую моторику. Снять психофизическое напряжение. Выработать способность оценивать свои ощущения.	1.Песочница; 2.Песок; 3.Вода; 4. 16 игровых предметов.	Обязательно участие ведущего. Возможна наглядная демонстрация ведущим поставленных задач.
3	45 мин.	Индивидуальная игра. Создание мира.	Предлагается выполнить задание: свободная тема. Объясняются правила работы в песке.	Снизить эмоциональное напряжение и оптимизировать эмоционального состояние. Проработка страхов, проблем, переживаний на бессознательном уровне. Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1.Песочница 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий играет роль наблюдателя. Полностью отсутствует оценочная составляющая работы детей. Родители могут помогать своим детям по необходимости.

№	t	Этап	Содержание	Задача	Материал	Примечание
4	15-20 мин.	Экскурсия по миру. Анализ.	Обсуждение получившейся песочной картины детей. Ведущий задает уточняющие, наводящие, конкретизирующие вопросы о песочном мире.	Понять содержание песочного мира. Стимулировать вопросами детей вносить изменения в картину, фантазировать. Включить бессознательные защитные механизмы.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий выступает катализатором между ребенком и песком.
5	10 мин.	Завершающий этап.	Ритуал выхода из песочного мира. Каждый ребенок сам разбирает свою песочную картину. Прощание.	Оптимизация эмоционально – личностной сферы детей; Закрепление приобретенного на символическо - бессознательном уровне полученного опыта. Развивать умение детей анализировать и прислушиваться к собственным ощущениям; Развивать творческое мышление, воображение и фантазию.	1.Песочница; 2.Песок; 3. 4 контейнера для набора игрушек; 4.Набор игровых предметов.	Ведущий завершает работу с песком, и прощается с участниками процесса. Можно дать рекомендации по работе с песком, чтобы дети могли применить это дома.

Выводы

На основании полученных результатов опросника САН (самочувствие, активность, настроение), подтвержденных математической статистикой, можно сделать вывод, что терапия песком оказала позитивное влияние на эмоциональный фон детей с ДЦП. Дети, придя на терапию, чувствовали себя более чем хорошо, и были настроены на работу.

Оценка родителей (эксперты своих детей) показала, что работа с песком способствует активизации активности. Это говорит о том, что песочная терапия благотворно повлияла на психоэмоциональное состояние детей. Сравнивая показатели состояний самочувствия, активности и настроения детей с ДЦП до терапии песком и после можно увидеть только положительную динамику влияния.

По результатам диагностики методики «Лесенка», подтвержденных математической статистикой, значимых различий в показателях до и после занятий с песком не выявлено. Можно отметить, что до терапии песком самооценка большинства детей была завышенной, но после терапии у некоторого количества детей она снизилась и приблизилась к адекватной.

Вывод в том, что терапия подвела сознание детей к более реалистичному пониманию своей самооценки. Игра с песком позволила взглянуть на себя и свои проблемы, переживания со стороны, что способствовало адекватному принятию собственного Я.

Так же после песочной терапии упал критерий «счастливый/несчастный». Можно сделать вывод, что после занятия с песком дети поняли что-то для себя, осознали, остались чем-то довольны и наоборот. Они оказались в не типичной для себя ситуации, в том числе появилась некая конкурентная борьба за внимание ведущего, а так же конкуренция между друг другом, так как они могли сравнить и оценить песочные работы своих товарищей, все это и повлияло на снижение показателя.

Анализ результатов диагностики цветового теста Люшера, подтвержденный математической статистикой, значимых различий в показателях до и после занятий с песком не выявил. Результаты исследования цветового теста Люшера показали, что дети, придя на терапию песком, уже испытывали повышенную тревогу и утомление. Можно сделать вывод, что испытуемые переживали относительную усталость после изнурительной и многодневной реабилитации.

Работа с песком привела к повышению эмоционального состояния, особенно показателя тревоги. Дети с данным диагнозом отличаются повышенной склонностью испытывать беспокойство, характеризуются низким порогом возникновения реакции тревоги, ощущают постоянное напряжение, склонны воспринимать угрозу своему «Я» в новых для них ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги. Это объясняет сильный скачек показателя после работы с песком.

Результаты диагностики показателей психологического благополучия (аутогенной нормы) по результатам цветового теста Люшера значимых различий с помощью песочной терапии не выявили.

При сравнительном анализе показателей психологического благополучия детей с ДЦП до и после песочной терапии, можно сделать вывод, что терапия не оказала сильного влияния на эмоциональный фон. Отрицательные эмоции остались без изменений, а положительные снизились, но, все же, большее количество детей имеют эмоциональное состояние в норме.

Диагностика вегетативного коэффициента по результатам цветового теста Люшера до и после песочной терапии, значимых различий не выявила. До работы с песком самый высокий показатель «оптимальная работоспособность», что свидетельствует о позитивной картине.

После терапии песком показатели вегетативного коэффициента изменились. У детей снизилось перевозбуждение, оптимальная работоспособность относительно снизилась, что говорит об усталости от

процесса и является нормой. А показатель «компенсируемое состояние усталости» значительно вырос. Вывод заключается в том, что изменения уровня энергетического баланса организма детей с ДЦП после терапии песком сильно не влияют на их работоспособность.

На основании полученных данных можно сделать некоторые выводы:

1. С точки зрения родителей терапия песком оказала положительное влияние на детей, они позитивно оценили проделанную работу, что продемонстрировали результаты диагностики. Но, что касается диагностики самих детей, здесь необходима доработка.

2. Необходима корректировка в методах диагностики детей с ДЦП. Так как, некоторые дети давали недостоверную информацию из-за большого числа присутствующих раздражителей: другие дети и их родители, новое помещение, новая деятельность, утомление после занятия и т.п. Из чего следует, что результаты диагностики самих детей показали, что терапия песком не оказала значительного влияния.

3. Первое вводное занятие по песочной терапии необходимо проводить с ребенком с диагнозом ДЦП индивидуально. Это снизит количество раздражителей и поможет ему постепенно абстрагироваться, что в свою очередь, приведет к стабилизации эмоционального и функционального состояний.

4. Необходимо большее количество занятий песочной терапии с детьми с ДЦП, чтобы это оказало более сильное влияние на эмоционально-личностную сферу.

Заключение

Главная цель ВКР была направлена на оптимизацию эмоционально – личностной сферы детей с ДЦП методом песочной терапии. Работа с песком показала, что данный метод, объединяя в себе определенные упражнения и игры, оказывает влияние на детей и демонстрирует результаты, которые были направлены на:

1. Снятие психофизического напряжения;
2. Оптимизацию эмоционально - личностной сферы;
3. Развитие тактильной чувствительности, сенсомоторного восприятия;
4. Улучшение коммуникативных навыков;
5. Расширение творческой составляющей, фантазии, воображения;
6. Нормализацию уровня самооценки;
7. Развитие интереса к окружающей действительности, стимуляцию познавательной активности;
8. Повышение мотивации к обучению;
9. Снижение отрицательной энергии.

Следовательно, можно сделать вывод, что научная проблема исследовательской работы, заключающаяся в расширении диагностического спектра и разработке программы в организации терапии песком среди детей, страдающих детским церебральным параличом, а так же расширение путей совершенствования организации данного направления в психолого-педагогической работе, полностью решена. Все поставленные задачи ВКР выполнены.

Теоретический анализ особенностей дизонтогения и особенностей в эмоционально-личностной сфере детей с ДЦП показал, что:

1. Детский церебральный паралич представляет собой патологию в развитии ребенка, ведущую к дизонтогенезу, что проявляется в целом комплексе физических и психических нарушений;

2. Примерно 40% детей с данным диагнозом имеют нормальный или почти нормальный интеллект;
3. ДЦП не проявляется позже 3-х летнего возраста;
4. Особенностью ДЦП считается появление симптомов у детей первых лет жизни, когда основные функции мозга только формируются;
5. Симптомы ДЦП разнообразны: это могут быть простые проблемы, связанные с мелкой моторикой, и вплоть до тяжелых симптомов, таких как неспособность сохранять равновесие или ходить;
6. Среди особенностей эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП выделяют: психический инфантилизм, преобладание в мотивационной сфере мотива подчинения взрослому, доминирование пассивных установок;
7. Отмечается низкий уровень притязаний в сочетании с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья, обусловленной потребностью компенсировать чувство собственной неполноценности;
8. Эмоциональные проявления у детей с ДЦП характеризуются повышенным уровнем агрессивности и большей выраженностью страхов;
9. ДЦП ведет к изначальному нарушению эмоционального реагирования;
10. Песочная терапия является мощным ресурсом в коррекционно-развивающей и психотерапевтической работе с детьми, имеющими трудности в эмоционально-личностной сфере, в частности с детьми с ДЦП;
11. Процесс терапии песком позволяет на бессознательном уровне отрабатывать страхи, переживания и отреагирования негативного психоэмоционального опыта, что способствует положительному влиянию на эмоциональную сферу детей с ДЦП.

Далее в исследовательской работе были подобраны методы и разработана процедура эмпирического исследования.

По результатам диагностики детей с ДЦП и их родителей можно сделать вывод, что гипотеза исследования, в которой предполагалось, что регулярное использование терапии песком в работе с детьми ДЦП

способствует оптимизации эмоционально-личностной сферы, так как улучшается эмоциональное благополучие и адекватность самооценки, частично подтвердилась. Работа с песком, прежде всего, приводит к повышению активности и в основном влияет на функциональное состояние детей с ДЦП.

Достоверного влияния на адекватность самооценки и сдвига в интегральном показателе эмоционального благополучия, в целом, не выявлено.

Терапия песком оказала влияние на оптимизацию эмоционально-личностной сферы детей с ДЦП. Но, что касается диагностической части, то здесь требуется корректировка. Так как на основании полученных результатов до и после песочной терапии были сделаны определенные выводы:

1. С точки зрения родителей терапия песком оказала положительное влияние на детей, они позитивно оценили проделанную работу, что продемонстрировали результаты диагностики.

2. Необходима корректировка в методах диагностики детей с ДЦП. Работа с такими детьми показала, что, казалось бы, простое ранжирование карточек по цветам, для некоторых оказалось непосильной задачей. Кому-то просто не хотелось выбирать, кто-то брал карточку, которая просто ближе лежит, кто-то пытался бездумно ускорить процесс диагностики.

Некоторые дети давали недостоверную информацию из-за большого числа присутствующих раздражителей: другие дети и их родители, новое помещение, новая деятельность, утомление после занятия и т.п. Все это и сказалось на результатах исследования, что не является максимально достоверным результатом проделанной работы.

3. Начинать работу с ребенком с диагнозом ДЦП по песочной терапии необходимо в индивидуальном порядке. Это снизит количество раздражителей и поможет ему постепенно абстрагироваться, что в свою

очередь, приведет к стабилизации эмоционального и функционального состояний.

4. Индивидуальная работа будет способствовать определенной подготовке для вхождения в песочную среду в коллективе, что будет являться последующим этапом.

5. Необходимо большее количество занятий песочной терапии с детьми с ДЦП, чтобы это оказало более сильное влияние на эмоционально-личностную сферу.

В заключении, можно сказать, что терапия песком, является не только эффективным методом в работе с детьми ДЦП, но и одним из самых интересных в рамках арт-терапии. Это способ общения с миром и самим собой, способ снятия внутреннего напряжения, повышающий уверенность в себе и открывающий новые пути развития.

Песочная терапия не только помогает в достижении эффекта самоисцеления посредством спонтанного творческого самовыражения, и прорабатывает психотравмирующие ситуации на символическом уровне, изменяя отношение ребенка к себе, но и является мощным ресурсом в коррекционно-развивающей и психотерапевтической работе с детьми, имеющими трудности в эмоционально-личностной сфере, в частности с детьми с ДЦП.

Список используемых источников

1. Аллан Д. Ландшафт детской души. Психоаналитическое консультирование в школах и клиниках. – СПб. – Мн.: ЗАО «Диалог», 1997. 328 с.
2. Архипова Е.Ф. Методы коррекции речевого и психофизического развития у детей с церебральным параличом в раннем возрасте: Кн. для логопеда, воспитателя, родителей детей с ДЦП. - М., 1997. 402 с.
3. Андреева А. Психологическая поддержка ребенка. // Воспитание школьников. - № 3. – 2000.
4. Бетески М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2012. 190 с.
5. Базыма Б.А. Цвет и психика. Монография. Харьков. 2001г. Интернет – источник: <http://www.docme.ru/doc/280682/bazyma-b.-a.-cvet-i-psihika>.
6. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений (ЦТО). Методические рекомендации. - Л., 1985. 18 с.
7. Волков Б.С. Детская психология: Логические схемы / Б.С. Волков, Н.В. Волкова.- М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2002. 180 с.
8. Вассерман Е.Л., Катышева М.В. Многомерное клинико-нейропсихологическое исследование высших психических функций у детей с церебральными параличами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1998, № 2 с. 45-52.
9. Винихина О.М. Использование элементов ОРФ-педагогики на уроках музыки и ритмики с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата. Интернет-ресурс: <http://invatur-nn.ru/ru/orf-pedagogika/>.
10. Галиуллина Т. Реабилитация ребенка с ДЦП. Личный опыт Тины Галиуллиной (вебинар от 19.10.2015). Интернет-ресурс: youtube.
11. Гончарова О.Л., Аминова З.М., Колпакова Л.М., Сахаров Е.А. Психологические особенности, психосоциальная и семейная адаптация детей с ограниченными возможностями: методические рекомендации для родителей / под общ. ред. К.Н. Новиковой. – Казань. - 2011. 56 с.

12. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. СПб.: Речь, 2010. 200 с.
13. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Чудеса на песке. Песочная игротерапия. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2010. 230 с.
14. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Фролов Д. Волшебная страна внутри нас // Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Тренинг по сказкотерапии. М.: Речь, 2005. 213 с.
15. Дикманн Х. Методы в аналитической психологии. — М.: ООО «ЦГЛ „РОН“», В. Секачев, 2001. 329 с.
16. Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Неретина А.Ф. Клинико-психологический анализ развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных и речевых функций у детей с церебральными параличами // Журнал неврологии и психиатрии, 2010, № 3, с. 19-23
17. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Пособие для родителей и воспитателей [Текст] / М.В. Ипполитова. - М., 1980.- 230 с.
18. Киселева М.В., Кулганов В.А. Арт-терапия в психологическом консультировании. — СПб.: Речь, 2012. 306 с.
19. Кузуб Н.В., Осипук Э.И. В гостях у песочной Феи: организация «педагогической песочницы» и игр с песком для детей дошкольного возраста. // Школьный психолог. – № 6. – 2006. С. 82-89
20. Калижнюк Э.С. Психогенные реакции и особенности формирования личности при детских церебральных параличах: Методические рекомендации [Текст] / Э.С. Калижнюк. - М., 1982. 250 с.
21. Калижнюк Э.С. Задержка психического развития при ДЦП и принципы лечения: Методические рекомендации [Текст] / Э.С. Калижнюк. - М., 1982.- 300 с.

22. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2006. 280 с.
23. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП — СПб.: Питер, 2015. 165 с.
24. Кожевникова Е.В. Социальная помощь детям-инвалидам (детям с функциональными нарушениями) за рубежом // Социальная защита - №5. – 2006.
25. Кузьмина Е. Детский невроз страха. – М.: Алетейя, 2010. 170 с.
26. Крюкова С.В., Слободчиков И.И. Удивляюсь, злюсь, боюсь. Хвастаюсь и радуюсь. – М., 2000 г.
27. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира. – Ярославль, 1997. 256 с.
28. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей [Текст] / В. В. Лебединский. - М., 1985. 289 с.
29. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М., 2001. 201 с.
30. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции.- СПб.: Изд-во СПбГУ, 2011. 158 с.
31. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. – М., 1985. 219 с.
32. Пушкина С.В. Комплексная методика реабилитации больных ДЦП в поздней резидуальной стадии заболевания. Автореферат к.м.н., Москва, 2002г. Интернет-ресурс: <http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-i-tekhnologii-reabilitatsii-detei-invalidov>.
33. Польшакова И.Н., Цюпа А.А. Особенности эмоциональной сферы детей с ДЦП. Интернет-ресурс: conf.stavsu.ru/_WordDocs/1735.doc.
34. Репринцева Г.И. Игротерапия как метод психологической реабилитации детей с ограниченными возможностями. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – №1. – С. 52-61.

35. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. 316 с.
36. Райкова Г.В. Коррекция лексико-грамматических нарушений у дошкольников с ДЦП. - Методическое пособие. - Магадан, Новая полиграфия, 2013.
37. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением ЦНС и ДЦП. - М., Закон и порядок, 2007. 15 с.
38. Сакович Н.А. Технология игры в песок. Игры на мосту. – М.: Речь, 2006. 192 с.
39. Саморокова Л.А. Особенности эмоциональной сферы у детей с церебральным параличом младшего школьного возраста // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6. Интернет-источник: URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=13557>.
40. Селевко Т.К., Селевко Л.Г. Социально-воспитательные технологии // Народное образование. – 2012. - №4. С. 140-142.
41. Титовой Е., Божко Л. Существенные различия между умственной и психической неполноценностью / Под. ред. Е.Титовой, Л.Божко. М.: Речь, 1996. 113 с.
42. Усик Д. Немного о песочной терапии. // Partner-Nord. – № 42. – 2006.
43. Уэллса Г. «Игры на полу». – Москва-Ленинград: Государственное издательство, 1923. 52 с.
44. Штейнхард Л. Юнгианская песочная терапия. – СПб.: Питер, 2001. 240 с.
45. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский центральный паралич. - Санкт - Петербург: Издательство «Дидактика Плюс», Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
46. Юнг К.Г. Человек и его символы.- М.: Серебряные нити, 2002. 296 с.
47. Юнг К.Г. Практика психотерапии. - Минск: Харвест, 1998. 383 с.
48. Якобсон С.Г., Щур В.Г. Методика «Лесенка». Интернет-ресурс <https://refdb.ru/look/1034910.html>.

49. Якобсон П.М. Эмоциональная жизнь школьника [Текст] / П.М. Якобсон. - М., 1966. 360 с.
50. По данным Департамента анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ (Статистические материалы по заболеваемости детского населения России в 2012г.).
51. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.
52. Интернет – ресурс - <https://penzanews.ru/society/96115-2015>.

Приложение 1

Таблица 1

Результаты показателей до и после песочной терапии (опросник САН)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия						Показатели после воздействия					
	Самочувств ие		Активность		Настроение		Самочувств ие		Активность		Настроение	
	Числ о	Уро вень	Числ о	Уро вень	Числ о	Уро вень	Чис ло	Уро вень	Чис ло	Уро вень	Чис ло	Уро вень
1. Альбина С.	6,2	выс	6,1	выс	6,8	выс	6,6	выс	6,3	выс	6,6	выс
2. Алексей Р.	5,7	выс	4,0	сред н	5,2	сред н	6,5	выс	6,0	выс	6,0	выс
3. Андрей П.	4,8	сред	4,9	сред	5,3	сред н	4,8	сред н	4,7	сред н	5,0	сред н
4. Андрей М	6,4	выс	5,5	сред н	6,5	выс	6,1	выс	5,7	выс	6,5	выс
5. Анна З.	6,4	выс	5,3	сред н	6,5	выс	7,0	выс	6,5	выс	6,7	выс
6. Данил К.	5,2	сред н	3,9	низ	5,0	сред н	4,8	сред н	4,9	сред н	4,8	сред н
7. Даяна Л.	5,8	выс	4,5	сред н	6,1	выс	6,5	выс	5,8	выс	6,8	выс
8. Елизавета Е.	6,6	выс	5,4	сред н	6,9	выс	6,0	выс	5,9	выс	6,8	выс
9. Екатерина Т.	6,1	выс	4,5	сред н	6,6	выс	5,6	выс	4,4	сред н	6,2	выс
10. Екатерина Н.	6,0	Выс	4,9	сред н	6,2	выс	6,4	выс	6,0	выс	6,8	выс
11. Иван И.	5,0	сред н	5,0	сред н	6,4	выс	5,6	выс	5,3	сред н	6,5	Выс

Имя, фамилия	Показатели до воздействия						Показатели после воздействия					
	Самочувств ие		Активность		Настроение		Самочувств ие		Активность		Настроение	
	Числ о	Уро вень	Числ о	Уро вень	Числ о	Уро вень	Чис ло	Уро вень	Чис ло	Уро вень	Чис ло	Уро вень
12. Иван Л.	5,5	сред н	5,4	сред н	5,3	сред н	6,7	выс	6,4	выс	6,7	выс
13. Марина Т.	5,4	сред н	5,1	сред н	6,3	выс	5,4	сред н	5,4	сред н	5,7	выс
14. Николай И.	5,6	выс	4,3	сред н	6,6	выс	6,8	выс	5,1	сред н	6,4	выс
15. Рената Л.	5,9	выс	5,0	сред н	6,5	выс	5,1	сред н	4,0	сред н	5,4	сред н
16. Тимофей С.	4,7	сред н	4,5	сред н	4,9	сред н	5,7	выс	5,7	выс	6,2	выс

Приложение 2

Таблица 2

Показатели самооценки детей с ДЦП по критериям: «хороший/плохой, счастливый/несчастливый» до и после терапии песком (методика «Лесенка»)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия										Показатели после воздействия									
	Завыш		Адекват		Заниж		Низк		Резк.заниж		Завыш		Адекват		Заниж		Низк		Резк.заниж	
	хор	сч	хор	сч	н.х	н.с	пл	несч	пл	несч	хор	сч	хор	сч	н.х	н.с	пл	несч	пл	несч
1. Альбина С.	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Алексей Р.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
3. Андрей П.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
4. Андрей М.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
5. Анна З.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
6. Данил К.	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
7. Даяна Л.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Елизавета Е.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
9. Екатерина Т.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-

Имя, фамилия	Показатели до воздействия										Показатели после воздействия									
	Завыш		Адекват		Заниж		Низк		Резк.заниж		Завыш		Адекват		Заниж		Низк		Резк.заниж	
	хор	сч	хор	сч	н.х	н.с	пл	несч	пл	несч	хор	сч	хор	сч	н.х	н.с	пл	несч	пл	несч
10. Екатерина Н.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Иван И.	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
12. Иван Л.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
13. Марина Т.	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
14. Николай И.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
15. Рената Л.	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
16. Тимофей С.	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-

Приложение 3

Таблица 3

Ранжирование карточек по цветам детей с ДЦП до и после терапии песком
(ЦТО)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия								Показатели после воздействия							
	кр	ж	зел	фи о	син	кор	чер н	сер	кр	ж	зел	фи о	си н	ко р	чер н	сер
1. Альбина С.	8	4	3	1	6	5	2	7	4	3	2	6	5	7	8	1
2. Алексей Р.	8	4	3	1	6	5	2	7	5	2	1	6	7	3	4	8
3. Андрей П.	1	2	3	5	6	4	8	7	1	2	3	5	4	6	8	7
4. Андрей М	7	8	4	5	3	6	2	1	5	7	8	4	1	6	2	3
5. Анна З.	3	1	6	5	2	4	8	7	3	5	2	1	4	7	8	6
6. Данил К.	3	1	5	6	7	8	4	2	5	1	8	7	2	3	6	4
7. Даяна Л.	2	6	5	1	3	7	8	4	2	6	5	1	3	7	8	4
8. Елизавета Е.	3	2	5	1	6	4	8	7	4	2	3	5	7	1	8	6
9. Екатерина Т.	3	1	6	2	4	5	8	7	4	6	2	5	1	3	7	8
10. Екатерина Н.	4	6	1	7	2	5	3	8	6	7	5	3	4	2	8	1
11. Иван И.	1	3	6	2	8	4	5	7	7	8	4	1	6	5	3	2
12. Иван Л.	1	5	4	3	2	6	7	8	2	7	5	4	3	6	1	8

Имя, фамилия	Показатели до воздействия								Показатели после воздействия							
	кр	ж	зел	фи о	син	кор	чер н	сер	кр	ж	зел	фи о	си н	ко р	чер н	сер
13. Марина Т.	4	3	2	1	5	7	8	6	4	3	5	2	8	7	6	1
14. Николай И.	3	1	2	4	7	8	5	6	1	2	6	3	8	5	7	
15. Рената Л.	4	1	5	6	8	2	3	7	4	6	2	7	5	8	1	
16. Тимофей С.	1	2	6	5	7	4	8	3	6	1	2	4	3	5	8	

Приложение 4

Таблица 4

Эмоциональное и функциональное состояние детей с ДЦП до и после
терапии песком (ЦТО)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
	Тревога	Утомле ние	Напряж ение	Стресс	Тревога	Утомле ние	Напряж ение	Стресс
1. Альбина С.	0	6	0	5	0	3	0	0
2. Алексей Р.	0	6	0	5	0	5	4	4
3. Андрей П.	0	0	2	0	0	0	0	0
4. Андрей М	7	4	0	0	8	0	0	1
5. Анна З.	0	0	2	0	3	2	0	0
6. Данил К.	0	0	0	0	0	0	5	0
7. Даяна Л.	5	0	0	0	5	0	0	0
8. Елизавета Е.	0	0	0	0	0	2	5	0
9. Екатерина Т.	0	0	0	0	7	3	3	1
10. Екатерина Н.	6	4	3	5	5	2	2	0
11. Иван И.	0	0	0	2	6	4	0	0
12. Иван Л.	5	0	0	1	6	0	0	7

Имя, фамилия	Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
	Тревога	Утомлен ие	Напряж ение	Стресс	Тревога	Утомле ние	Напряж ение	Стресс
13. Марина Т.	0	3	0	0	0	0	0	0
14. Николай И.	0	2	0	1	0	0	0	0
15. Рената Л.	0	0	5	4	3	3	0	2
16. Тимофей С.	0	0	2	0	0	5	0	0

Приложение 5

Таблица 5

Показатели психологического благополучия (аутогенной нормы) детей с ДЦП до и после терапии песком (ЦТО)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия			Показатели после воздействия		
	Преоб. отри цат.эмоций	Эмоцион.со стоян.в норме	Преобл.пол ожит.эмоц	Преоб. отри цат.эмоций	Эмоцион.со стоян.в норме	Преобл.пол ожит.эмоц
	$20 \leq CO \leq 32$	$10 \leq CO \leq 18$	$0 \leq CO \leq 8$	$20 \leq CO \leq 32$	$10 \leq CO \leq 18$	$0 \leq CO \leq 8$
1. Альбина С.	20	-	-	-	16	-
2. Алексей Р.	20	-	-	-	14	-
3. Андрей П.	-	-	6	-	-	4
4. Андрей М	28	-	-	28	-	-
5. Анна З.	-	14	-	-	14	-
6. Данил К.	20	-	-	24	-	-
7. Даяна Л.	-	18	-	-	18	-
8. Елизавета Е.	-	12	-	-	14	-
9. Екатерина Т.	-	12	-	-	14	-
10. Екатерина Н.	20	-	-	28	-	-
11. Иван И.	-	14	-	28	-	-

Имя, фамилия	Показатели до воздействия			Показатели после воздействия		
	Преоб. отри цат.эмоций	Эмоцион.со стоян.в норме	Преобл.пол ожит.эмоц	Преоб. отри цат.эмоций	Эмоцион.со стоян.в норме	Преобл.пол ожит.эмоц
	$20 \leq CO \leq 32$	$10 \leq CO \leq 18$	$0 \leq CO \leq 8$	$20 \leq CO \leq 32$	$10 \leq CO \leq 18$	$0 \leq CO \leq 8$
12. Иван Л.	-	-	8	-	16	-
13. Марина Т.	-	12	-	20	-	-
14. Николай И.	-	12	-	-	12	-
15. Рената Л.	20	-	-	24	-	-
16. Тимофей С.	-	14	-	-	12	-

Приложение 6

Таблица 6

Показатели вегетативного коэффициента детей с ДЦП до и после терапии
песком (ЦТО)

Имя, фамилия	Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
	Низк.ра ботоспо соб.	Компенс ир.сост. усталост	Оптимал.работо сп.	Перевоз бужд.	Низк.ра ботоспо соб.	Компенсир.сост. усталост	Оптимал.работ осп.	Перевоз бужд.
	0-0,5	0,51- 0,91	0,92-1,9	2-5	0-0,5	0,51- 0,91	0,92-1,9	2-5
1. Альбина С.	-	0,7	-	-	-	-	1	-
2. Алексей Р.	-	0,7	-	-	-	-	1,1	-
3. Андрей П.	-	-	1,7	-	-	-	1,4	-
4. Андрей М	0,3	-	-	-	-	0,7	-	-
5. Анна З.	-	-	1,4	-	-	0,8	-	-
6. Данил К.	-	-	-	2,3	-	-	1,5	-
7. Даяна Л.	-	-	1	-	-	-	1	-
8. Елизавета Е.	-	-	1,9	-	-	-	1,5	-
9. Екатерина Т.	-	-	1,8	-	-	0,53	-	-
10. Екатерина Н.	-	0,53	-	-	-	0,6	-	-

Имя, фамилия	Показатели до воздействия				Показатели после воздействия			
	Низк.ра ботоспо соб.	Компенс ир.сост. усталост	Оптимал. работосп.	Перевоз бужд.	Низк.ра ботоспо соб.	Компенсир. сост. усталост	Оптимал. работосп.	Перевоз бужд.
	0-0,5	0,51- 0,91	0,92-1,9	2-5	0-0,5	0,51- 0,91	0,92-1,9	2-5
11. Иван И.	-	-	-	3,5	0,4	-	-	-
12. Иван Л.	-	-	1	-	-	0,9	-	-
13. Марина Т.	-	-	1	-	-	-	-	2,2
14. Николай И.	-	-	1,6	-	-	-	-	3,8
15. Рената Л.	-	-	-	2,6	-	0,7	-	-
16. Тимофей С.	-	-	-	3	-	0,8	-	-

Игры-упражнения для терапии песком

1. Упражнение «Здравствуй, песок!»

Цель — снижение психофизического напряжения. Ведущий от имени феи просит «нежно, а потом сильно поздороваться с песком», то есть различными способами дотронуться до песка:

1. Ребенок дотрагивается до песка поочередно пальцами одной руки, потом второй руки, затем всеми пальцами одновременно.

2. Ребенок легко / с напряжением сжимает кулачки с песком, затем медленно высыпает его в песочницу.

3. Ребенок дотрагивается до песка всей ладошкой — внутренней, затем тыльной ее стороной.

4. Ребенок перетирает песок между пальцами, ладонями. В последнем случае можно ввести сюрпризный момент — спрятать в песке маленькую плоскую игрушку «с тобой захотел поздороваться один из обитателей песка».

Старшие дети описывают и сравнивают свои ощущения: тепло — холодно, приятно — неприятно, колючее, шершавое и т. д. Эти простые упражнения позволяют ребенку почувствовать песок тактильно, оценить его свойства.

2. Упражнение «Узоры на песке»

Цель — закрепление знаний о сенсорных эталонах, установление закономерностей.

1. Взрослый пальцем, ребром ладони, кисточкой в верхней части песочницы рисует различные геометрические фигуры (в соответствии с возрастными нормами освоения), простые / сложные узоры (прямые и волнистые дорожки, заборчики, лесенки). Ребенок должен нарисовать такой же узор внизу на песке либо продолжить узор взрослого.

2. Те же узоры на песке изготавливаются путем выкладывания в заданной последовательности предметов, например, камешков, желудей, больших пуговиц и т. д.

3. Игра-упражнение «Песочные прятки»

Цель - развитие тактильной чувствительности, зрительного восприятия, образного мышления, произвольности. Первый вариант.

Песочная фея: «Игрушки хотят поиграть с тобой в песочные прятки. Выбери понравившиеся тебе игрушки. Ты закроешь глаза, а они спрячутся в песок. После того как я скажу: "Открываются глаза, начинается игра", ты должен их найти в песке. Ты можешь раздувать песок, раскапывать пальчиками, использовать палочки, кисточки».

4. Упражнение «Отпечатки наших рук»

Это упражнение учит оценивать ощущения. Лучше проводить занятие вместе с родителями. Ребенок и взрослый поочередно делают отпечатки ладоней на песке. Ладонь вдавлена и слегка погружена в песок. Первым свои ощущения рассказывает взрослый. Он говорит о том, какой песок мягкий или шершавый, какие мелкие песчинки он ощущает кожей. Затем о песке рассказывает ребенок.

5. Упражнение «Песочный дождик»

Цель — регуляция мышечного напряжения, расслабление. Песочная фея: «В моей стране может идти необычный песочный дождик и дуть песочный ветер. Это очень приятно. Вы сами можете устроить такой дождь и ветер. Смотрите, как это происходит»:

1. Ребенок медленно / быстро сыплет песок из своего кулачка в песочницу, на ладонь взрослого, на свою ладонь.

2. Ребенок закрывает глаза и кладет на песок ладонь с расставленными пальчиками, взрослый сыплет песок на какой-либо палец, а ребенок называет этот палец. Затем они меняются ролями.

6. Упражнение «Следы на песке»

Цель — развитие тактильной чувствительности, воображение. Упражнение проводится в форме игры. Ведущий предлагает на песке показать, как ходят разные животные:

1. «Идут медвежата» — ребенок кулачками и ладонями с силой надавливает на песок.

2. «Прыгают зайцы» — кончиками пальцев ребенок ударяет по поверхности песка, двигаясь в разных направлениях.

3. «Ползут змейки» — ребенок расслабленными / напряженными пальцами рук делает поверхность песка волнистой (в разных направлениях).

4. «Бегут жучки-паучки» — ребенок двигает всеми пальцами, имитируя движение насекомых (можно полностью погружать руки в песок, встречаясь под песком руками друг с другом, — «жучки здороваются»).

5. «Крокозябла» — дети оставляют на песке самые разнообразные следы, придумывают название для фантастического животного, которое оставило такие следы (впоследствии это животное можно нарисовать и сделать его жителем песочной страны).

7. Игра «Сапер»

Взрослый и ребенок вместе погружают в сухой песок кисти рук. И начинают ими шевелить, наблюдая за тем, как изменяется песчаный рельеф. Задача: полностью освободить руки от песка, не совершая резких движений, только шевеля пальцами и сдувая песчинки.