

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

з теми: **«КОРЕКЦІЯ СТРАХІВ СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ
ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ МЕТОДАМИ ІГРОТЕРАПІЇ»**

Виконав: здобувач вищої освіти
освітньої програми Спеціальна освіта
(Олігофренопедагогіка)
спеціальності 016 Спеціальна освіта
спеціалізації 016.02 Корекційна
психопедагогіка
заочної форми здобуття вищої освіти
ШЕВЧУК Юрій Степанович

Керівник:

Михальська С.А., доктор психологічних
наук, професор, завідувач, професор
кафедри спеціальної та інклюзивної освіти

Кам'янець-Подільський, 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ СТРАХІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ.....	7
1.1. Особливості емоційної сфери дошкільників із затримкою психічного розвитку.....	7
1.2. Особливості прояву страхів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку	16
1.3. Ігротерапія як метод корекції страхів у дітей старшого дошкільного віку	22
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРАХІВ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ.....	26
2.1. Діагностика страхів у старших дошкільників із затримкою психічного розвитку.....	26
2.2 Аналіз результатів діагностики страхів у старших дошкільників із затримкою психічного розвитку.....	33
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ТА СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ СТРАХІВ СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ МЕТОДАМИ ІГРОТЕРАПІЇ.....	43
3.1. Програма психолого-педагогічної корекції страхів у дітей із затримкою психічного розвитку методами ігротерапії та педагогічні умови її реалізації.....	43
3.2 Результати впровадження програми корекційної роботи з подолання страхів старших дошкільників із затримкою психічного розвитку.....	49
3.3. Методичні рекомендації для батьків дітей із затримкою психічного розвитку щодо подолання страхів.....	55
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Сучасні дослідження свідчать, що діти старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку (далі – ЗПР) є особливо вразливою категорією, яка потребує спеціального підходу до розвитку емоційної сфери. У сучасних умовах економічної та соціальної нестабільності актуальною є проблема вивчення особливостей прояву страхів і тривожності у таких дітей, оскільки ці стани можуть ускладнювати їхню соціальну адаптацію та психологічний розвиток. Більшість дітей із ЗПР демонструють підвищену тривожність, труднощі у вираженні емоцій і схильність до страхів (темряви, розлуки, нових ситуацій), що зумовлено специфікою їхньої психічної сфери, зокрема нестійкістю нервових процесів і обмеженістю соціально прийнятних способів самовираження.

На думку науковців (К. Ізард, В. Гарбузов, О. Захаров, О. Мазур, А. Прохоров, О. Сорока, О. Складенко, та ін.), страх є однією з найсильніших базових емоцій, що істотно впливає на становлення особистості та її психічний розвиток. У психологічній науці страх визначається як емоційне переживання, викликане відчуттям загрози або небезпеки, реальної чи уявної. За своїми наслідками він може бути як адаптивним (охоронним), так і дезадаптивним, коли порушує гармонію емоційного стану дитини, знижує її впевненість і здатність до саморегуляції. Особливо це проявляється у дітей із затримкою психічного розвитку, для яких характерна підвищена емоційна чутливість, недостатня здатність до контролю поведінки, утруднене усвідомлення власних переживань [21; 32; 50; 54].

Основними чинниками посилення та закріплення страхів у дошкільників із ЗПР є несприятлива соціальна ситуація розвитку, емоційна холодність або надмірна опіка в сім'ї, авторитарний стиль виховання, нестача позитивного емоційного досвіду, а також вплив медіапродуктів із агресивним чи лякаючим змістом. Такі фактори поглиблюють почуття небезпеки, сприяють виникненню тривожних реакцій і можуть стати основою формування стійких страхів [21; 32; 41].

Актуальність проблеми корекції страхів у дошкільників із ЗПР обумовлена ідеями гуманістично-орієнтованого підходу, принципами інклюзивної освіти та зростанням кількості дітей із порушеннями емоційної сфери. Суспільство висуває високі вимоги до підготовки дітей з особливими освітніми потребами, що підкреслює необхідність розробки ефективних методів психолого-педагогічної підтримки. Особливу увагу в цьому контексті привертає ігротерапія – метод, який дозволяє дитині у безпечній формі прожити свої страхи, навчитися висловлювати емоції, розвивати емоційну стійкість і впевненість у собі [27].

Проблема страхів і тривожності у дітей дошкільного віку досліджується у працях багатьох вітчизняних і закордонних учених. Зокрема, особливості емоційної сфери дітей із ЗПР розглядали Н. Бастун, Т. Ілляшенко, Л. Прохоренко та ін., які наголошували на їхній вразливості, підвищеній чутливості та труднощах у саморегуляції [1; 17; 54]. Питання дитячих страхів і методів їх корекції висвітлено у роботах Д. Ларіна, О. Склярєнко, Н. Пок'явель, Ю. Приходько, які визначають страх як емоційний стан, що виникає у відповідь на уявну чи реальну загрозу та супроводжується фізіологічними і поведінковими реакціями [30; 43; 45]. Ігротерапію як ефективний метод подолання страхів досліджували Ю. Бугера, Н. Дідик, О. Керик, В. Кротенко, О. Склярєнко, О. Сорока, Т. Терлецька та ін., які доводять, що гра створює умови для самовираження, саморегуляції та формування адаптивних моделей поведінки [5; 8; 27; 50; 51].

Водночас, як зазначають І. Брушневська, О. Вознесенська, Л. Мова, саме арт- і ігротерапевтичні методи є особливо ефективними для дітей із особливими освітніми потребами, оскільки вони враховують індивідуальні психологічні особливості дитини, забезпечують емоційну безпеку і дають можливість для позитивної самореалізації [4; 9].

Страхи у дітей із ЗПР, якщо їх не коригувати, можуть закріпитися як стійкий емоційний стан, що призводить до зниження самооцінки, труднощів у спілкуванні, дезадаптації та ускладнень під час підготовки до шкільного навчання. Відсутність своєчасної допомоги сприяє формуванню невротичних

рис і емоційної нестабільності, що перешкоджає успішній соціальній інтеграції дитини.

Таким чином, необхідність ранньої діагностики страхів і розробки комплексної системи корекційної роботи, яка включає співпрацю педагогів, психологів і батьків, обумовлює актуальність обраної теми дослідження: «Корекція страхів старших дошкільників із затримкою психічного розвитку методами ігротерапії».

Мета дослідження: вивчити особливості прояву страхів у старших дошкільників із ЗПР і розробити систему роботи для корекції страхів у старших дошкільників із ЗПР методами ігротерапії.

Об'єкт дослідження: страхи у старших дошкільників із затримкою психічного розвитку.

Предмет дослідження: система корекційної роботи для подолання страхів у старших дошкільників із ЗПР методами ігротерапії.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури з'ясувати сутність проблеми страхів у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР.
2. Визначити особливості прояву страхів у старших дошкільників із ЗПР.
3. Підібрати діагностичний інструментарій для вивчення страхів і експериментально виявити їхні особливості у дітей із ЗПР.
4. Розробити систему корекційної роботи з подолання страхів у старших дошкільників із ЗПР методами ігротерапії, включаючи програму, короткі ігри для педагогів і рекомендації для батьків.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури з проблеми дослідження; *емпіричні:* стандартизовані діагностичні методики (Методика «Вибери потрібне обличчя» (Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен), «Страхи в будиночках» (О. Захаров), кольоровий тест Люшера (модифікований), проєктивна методика «Дерево» (Д. Лампен)), спостереження, бесіди з педагогами та батьками, а також методи якісно-кількісної обробки

даних; *експериментальні*: проведення констатувального та формувального етапів дослідження для оцінки ефективності корекційної програми.

Теоретичне значення дослідження полягає у здійсненні теоретичного аналізу загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури з проблеми прояву та корекції страхів у старших дошкільників із ЗПР. Дослідження систематизує знання про психологічні та поведінкові особливості страхів, уточнює чинники їх виникнення та обґрунтовує ефективність ігротерапії як методу корекції, що сприяє розвитку емоційної стійкості та соціальних навичок у дітей із ЗПР.

Практичне значення: Результати дослідження можуть бути використані педагогами, психологами та вихователями в дошкільних закладах для організації корекційної роботи з дітьми із ЗПР, а також батьками для підтримки емоційного розвитку дітей удома.

Експериментальна база: Немирівський заклад дошкільної освіти № 3 «Дзвіночок» Немирівської міської ради, Немирівський заклад дошкільної освіти (ясла-садок комбінованого типу) «Пролісок» Немирівської міської ради

Апробація результатів: Основні положення та результати дослідження обговорювалися на науковій конференції студентів і магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. За результатами дослідження опубліковано наукову статтю.

Структура роботи: Дипломна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ СТРАХІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

1.1. Особливості емоційної сфери дошкільників із затримкою психічного розвитку

Затримка психічного розвитку в науковій літературі визначається як комплексне порушення, що виявляється у сповільненому темпі формування пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери, незрілості особистісних рис, а також у своєрідності поведінкових реакцій. Для ЗПР характерні негрубі порушення інтелектуальної діяльності, наявність потенціалу для компенсації та можливість зворотного розвитку за умови правильної корекційної та педагогічної роботи [17; 54].

К. Лебединська у своїх дослідженнях виділила кілька клінічних типів ЗПР, диференційованих за етіопатогенетичним принципом:

1. *ЗПР конституціонального походження.* Для дітей цієї групи характерна емоційна та особистісна незрілість. Поведінка відзначається «дитячістю», підвищеною безпосередністю, яскравою мімікою та виразними поведінковими реакціями. Часто проявляються егоцентризм, демонстративність, афективні спалахи та істеричні реакції. Для таких дітей не типовим є розвиток підвищеної тривожності, оскільки структура дефекту не створює передумов для формування стійкої тривожності як особистісної риси [1; 17; 37].

2. *ЗПР соматогенного походження.* Затримка розвитку зумовлюється хронічними соматичними захворюваннями, які дитина перенесла в ранньому віці (інфекції, алергії, дистрофії, астеничні стани). Такі діти часто демонструють зниження психічного тону, швидку виснажуваність, труднощі з концентрацією уваги та низьку продуктивність у навчальній діяльності. Емоційно – вольова сфера відзначається незрілістю, що поєднується з відносною збереженістю інтелекту. У поведінці виявляються невротичні риси: невпевненість,

сором'язливість, вередливість і підвищена боязливість, що створює умови для формування тривожності [1; 17; 37].

3. *ЗПР психогенного походження.* Основним чинником у цьому випадку є несприятливі умови виховання. Постійне психотравмуюче середовище призводить до невротизації дитини та відхилень у психоемоційному розвитку. Одні діти реагують агресивністю, імпульсивністю, непослідовністю у діях, інші – плаксивістю, недовірою, страхами, браком творчого уявлення й стійких інтересів [1; 17; 37].

4. *ЗПР церебрально – органічного походження.* У цій групі відзначаються більш виражені й стійкі порушення, пов'язані з локальними органічними ураженнями мозку. Для таких дітей характерна церебральна астения: підвищена втомлюваність, чутливість до зовнішніх подразників (духота, транспорт, спека), знижена пам'ять і концентрація уваги. Часто спостерігаються стійкі труднощі у навчанні, фрагментарність і нестійкість засвоєних знань. У поєднанні з емоційною незрілістю це стає підґрунтям для розвитку тривожності, страхів і заниженої самооцінки [1; 17; 37].

Таким чином, у дітей із ЗПР, незалежно від його генезу, відзначається загальна тенденція до емоційної нестійкості, тривожності й підвищеної вразливості. Це створює сприятливий ґрунт для формування різних страхів.

Діти із ЗПР відрізняються від однолітків насамперед темпами дозрівання вищих психічних функцій, недостатньою сформованістю довільності та стійкістю психічних процесів. На відміну від дітей із інтелектуальними порушеннями (олігофренією), їхні пізнавальні можливості є потенційно збереженими, однак реалізація цього потенціалу ускладнена через низку специфічних бар'єрів [17; 37]:

- загальна психічна незрілість;
- підвищена втомлюваність і зниження працездатності;
- труднощі у довільній регуляції діяльності;
- фрагментарність знань про навколишній світ.

У дошкільному віці ЗПР проявляється у недостатній готовності до навчальної діяльності, слабкому розвитку ігрової діяльності, бідності мовлення й обмеженості уявлень про соціальні норми. Зокрема, для дітей із ЗПР характерна нестійкість уваги: вони швидко переключаються на другорядні подразники, втрачають інтерес до завдання. Обсяг уваги знижений, що призводить до труднощів у сприйнятті інструкцій педагога, а також у виконанні послідовних дій. Довільна увага формується із запізненням, переважає мимовільна, залежна від яскравих зовнішніх стимулів. У більшості дітей із ЗПР відзначається перевага механічної пам'яті над логічною. Вони легко запам'ятовують римовані тексти, пісеньки, вірші, але мають значні труднощі із відтворенням смислових зв'язків. Для них складно здійснювати довільне запам'ятовування, а їх мислення характеризується конкретністю, обмеженістю у здатності до узагальнень і абстракцій. Завдання, які потребують аналізу та синтезу, виконуються ними повільно, з великою кількістю помилок. Водночас, за умов спеціальної корекційної роботи, мисленнєві процеси поступово розвиваються, що відрізняє ЗПР від стійких форм інтелектуальної недостатності [1; 17; 37; 54]. Мовленнєвий розвиток дітей із ЗПР відзначається різними порушеннями:

- обмежений словниковий запас;
- труднощі у побудові зв'язних висловлювань;
- недоліки граматичної будови;
- низька мовленнєва активність у спілкуванні.

Сприймання у дітей із ЗПР має низку особливостей: воно є уповільненим, фрагментарним, часто поверховим. Діти можуть не помічати суттєвих ознак предметів, зосереджуючись на випадкових деталях. Недостатня диференціація кольорів, форм, розмірів впливає на труднощі у навчанні грамоти та математики [17].

Однією з провідних характеристик дітей цієї категорії є емоційна незрілість. Вона проявляється у таких рисах:

- підвищена тривожність;

- емоційна нестійкість (швидкі переходи від радості до сліз);
- слабка здатність до самоконтролю;
- схильність до афективних вибухів.

Вольові процеси розвинені слабо: діти часто не доводять справу до кінця, швидко втрачають інтерес, уникають зусиль. Потреба у підтримці дорослого є постійною [1; 17; 37].

У старшому дошкільному віці діти із ЗПР часто відчують власну «інакшість», що відображається у їхній самооцінці та соціальній поведінці. Для них характерні:

- нестійка або занижена самооцінка;
- залежність від дорослих, орієнтація на оцінку ззовні;
- труднощі у формуванні внутрішньої мотивації;
- схильність до імітації замість самостійності.

Важливим аспектом є підвищений рівень страхів та тривожних очікувань. Через труднощі мовлення, навчання і соціальної взаємодії дитина часто уникає ситуацій, які потребують активної участі. Це створює ризик формування вторинних невротичних проявів.

Соціальна поведінка дітей із ЗПР зазвичай ускладнена. У колективі вони можуть бути відстороненими, сором'язливими, нерішучими, а іноді навпаки – надмірно активними, імпульсивними, не враховуючи норм і правил. Труднощі у спілкуванні часто пов'язані з мовленнєвими проблемами та емоційною нестабільністю. Дитина може ставати об'єктом насмішок, що ще більше знижує її соціальну впевненість [1; 37].

У процесі навчання у дітей із ЗПР спостерігається:

- знижений рівень готовності до шкільного навчання;
- повільне оволодіння навичками читання й письма;
- труднощі у розумінні інструкцій;
- слабка довільність поведінки.

Проте за умов спеціально організованої корекційно – розвивальної роботи можливе поступове формування навчальної мотивації, що дозволяє дитині успішно включатися в освітній процес.

Отже, проведений теоретичний аналіз літератури свідчить, що психологічна характеристика дітей із ЗПР є багатоплановою і включає як особливості когнітивних процесів, так і специфіку емоційно – вольової та особистісної сфер. Важливою є також соціальна поведінка, що безпосередньо впливає на можливості навчання й адаптації у колективі.

Для більшої наочності та систематизації описаних особливостей доцільно узагальнити їх у таблиці, де подані основні прояви у різних сферах психічного розвитку та їхні наслідки для навчання і поведінки дітей із ЗПР (табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Психологічні особливості дітей із ЗПР

Сфера розвитку	Характерні прояви	Наслідки для навчання та поведінки
Когнітивна	<ul style="list-style-type: none"> • Нестійка увага, перевага мимовільної над довільною. • Механічна пам'ять краща за смислову. • Мислення конкретне, слабка здатність до узагальнень. • Недостатній словниковий запас, труднощі побудови зв'язних висловлювань. • Сприймання уповільнене, поверхове. 	<ul style="list-style-type: none"> • Труднощі у виконанні інструкцій. • Повільне засвоєння знань. • Помилки у розумових операціях. • Затримка в оволодінні читанням і письмом.
Емоційна	<ul style="list-style-type: none"> • Підвищена тривожність. • Емоційна нестійкість, перепади настрою. • Схильність до афективних реакцій 	<ul style="list-style-type: none"> • Важко зосередитися на завданні. • Часті зриви поведінки. • Невпевненість у собі.
Вольова	<ul style="list-style-type: none"> • Слабка здатність до самоконтролю. • Невміння доводити справу до кінця. • Залежність від дорослого 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостатня довільність у навчальній діяльності. • Потреба в постійному контролі й підтримці.
Особистісна	<ul style="list-style-type: none"> • Нестійка, часто занижена самооцінка. • Орієнтація на зовнішню оцінку. • Схильність до імітації. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ризик формування вторинних невротичних проявів. • Труднощі у прийнятті рішень і самостійності.

	<ul style="list-style-type: none"> • Боязкість або навпаки — імпульсивність. 	
Соціальна	<ul style="list-style-type: none"> • Труднощі у спілкуванні з однолітками. • Відстороненість або надмірна активність. • Можливість стати об'єктом насмішок. • Соціальна ізоляція. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зниження комунікативної впевненості. • Проблеми з адаптацією у колективі.

Як видно з наведеної таблиці, психологічні особливості дітей із ЗПР охоплюють усі сфери психіки – від пізнавальних процесів до соціальної поведінки. Їхня сукупність зумовлює специфічні труднощі в навчальній діяльності, спілкуванні та формуванні особистісної зрілості.

Емоційна сфера дитини є однією з найважливіших складових її особистісного розвитку, адже саме в емоціях закладено основу для формування самооцінки, мотивації та соціальних контактів. Для дітей із ЗПР ця сфера має низку специфічних особливостей, що відрізняють їх від однолітків із нормотиповим розвитком і водночас визначають складнощі в адаптації, навчанні та спілкуванні. Психологи та педагоги відзначають, що емоційна незрілість є однією з провідних характеристик ЗПР, яка часто стає причиною вторинних порушень поведінки та міжособистісної взаємодії. Однією з найхарактерніших рис емоційної сфери дітей із ЗПР є її нестійкість. Настрій таких дітей може змінюватися дуже швидко, без очевидних причин: від веселощів і захоплення вони легко переходять до плачу, гніву чи образи. Ці зміни часто носять імпульсивний характер і відображають труднощі у регуляції внутрішніх переживань. Така емоційна лабільність пояснюється незрілістю нервової системи, слабкістю механізмів самоконтролю, недостатнім розвитком довільності, а також підвищеною залежністю від зовнішніх впливів. Дитина легко піддається ситуаційним переживанням, але їй важко утримати емоційний стан у межах, прийнятних для соціальної взаємодії [1; 17; 37].

Важливим аспектом є підвищений рівень тривожності. Багато дітей із ЗПР характеризуються постійним відчуттям невпевненості у собі, очікуванням невдачі, страхом перед новими ситуаціями чи незнайомими людьми. У структурі їхніх страхів особливо часто фіксуються побоювання, пов'язані з розлукою з

близькими, із соціальними контактами, а також із власними обмеженнями у мовленні чи діяльності. Тривожність проявляється і у поведінкових реакціях: діти стають надмірно сором'язливими, уникатимуть відповіді біля дошки, відмовлятимуться брати участь у спільних іграх, можуть проявляти психосоматичні симптоми (пітливість, тремтіння, болі у животі перед дитсадком чи школою). Усе це ускладнює їхню соціальну адаптацію і ще більше знижує впевненість у власних силах [1; 17; 37].

Емоційна сфера дітей із ЗПР тісно пов'язана з особливостями їхньої самооцінки. Більшість таких дітей формує нестійке, найчастіше занижене уявлення про власні можливості. Вони дуже чутливі до оцінки дорослого, а невдачі у мовленні, грі чи навчанні сприймають як доказ власної неспроможності. Самооцінка таких дітей залежна від зовнішніх підкріплень: похвала стимулює активність, тоді як критика або порівняння з більш успішними однолітками викликають почуття сорому, провини та безсилля. Ця залежність від оцінок призводить до того, що дитина рідко проявляє ініціативу, боїться ризикувати, уникає ситуацій, де можливе повторне переживання невдачі [17; 37].

Емоційна незрілість проявляється також у слабкій здатності до співпереживання й емпатії. Хоча базові прояви співчуття у дітей із ЗПР зберігаються, вони часто не вміють належним чином виразити підтримку чи відреагувати на емоційний стан іншої людини. Це пояснюється як труднощами у розумінні емоційних сигналів, так і мовленнєвими обмеженнями, які не дозволяють дитині вільно висловлювати власні почуття. Як наслідок, у спілкуванні такі діти можуть здаватися або байдужими, або ж надмірно збудливими, що створює труднощі для встановлення дружніх стосунків.

Особливу увагу заслуговує феномен афективних реакцій, які у дітей із ЗПР зустрічаються частіше, ніж у дітей із типовим розвитком. Це можуть бути раптові вибухи гніву, плачу, агресії, що виникають у відповідь на фрустрацію чи невиконання бажань. У більшості випадків дитина не здатна самостійно зупинити таку реакцію й потребує втручання дорослого. Афективні вибухи виснажують дитину, після них часто настає апатія або відчуття провини. Подібні

емоційні зриви є проявом низької вольової регуляції, і з віком без спеціальної допомоги вони можуть фіксуватися як риси характеру [1; 22; 37].

Ще однією характерною рисою є полярність емоційних реакцій. Частина дітей із ЗПР демонструє підвищену чутливість: вони швидко ображаються, плачуть через дрібниці, гостро реагують на будь – яке зауваження. Інші, навпаки, проявляють емоційну холодність, ніби дистанціюються від почуттів. Це є захисною реакцією на часті невдачі: дитина привчається «не показувати» емоцій, аби уникнути болю від критики чи осуду. У будь – якому випадку така неадекватність у вираженні почуттів негативно впливає на комунікацію та поглиблює труднощі соціалізації.

Емоційні особливості дітей із ЗПР значною мірою відображаються у грі — провідному виді діяльності дошкільника. Їхні ігри часто бідні за емоційним змістом, обмежені повторюваними сюжетами, не відзначаються різноманітністю почуттів персонажів. У сюжетно – рольових іграх діти із ЗПР рідко відтворюють складні емоційні стани, обмежуючись лише поверхневими проявами. Це свідчить про труднощі у внутрішньому відображенні світу почуттів, що згодом утруднює розвиток уяви та соціального мислення [17; 19; 22; 37].

Затримка розвитку емоційної сфери має своїм наслідком формування невротичних рис характеру. Постійне відчуття тривоги, страхів, невпевненості у собі може сприяти замкненості, униканню контактів, залежності від дорослого. В окремих випадках розвиваються агресивні або демонстративні форми поведінки як компенсаторна реакція на відчуття меншовартості. У підлітковому віці ці риси можуть закріплюватися і ставати бар’єром на шляху до нормальної соціалізації.

Порівняльна таблиця, яка підкреслює специфіку емоційної сфери дітей із ЗПР у зіставленні з однолітками з нормотиповим розвитком.

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей із типовим розвитком та дітей із ЗПР

Емоційна сфера	Діти з типовим розвитком	Діти із ЗПР
----------------	--------------------------	-------------

Стійкість емоцій	Поступово формується довольна регуляція, дитина здатна утримувати настрій у межах ситуації.	Настрій нестійкий, емоції швидко змінюються, регуляція слабка, переважає імпульсивність.
Тривожність і страхи	Страхи мають вікову природу, поступово зменшуються за підтримки дорослого.	Високий рівень тривожності, страхи численні й стійкі, пов'язані з навчанням, мовленням, соціальними контактами.
Самооцінка	Формується адекватна, поступово з'являється впевненість у власних силах.	Нестійка, переважно занижена, сильна залежність від оцінки дорослого, страх помилитися.
Афективні реакції	З віком контролюються, дитина поступово вчиться стримувати імпульси.	Часті афективні вибухи (гнів, плач, агресія), труднощі самостійного виходу з афекту.
Вираження емоцій	Достатньо адекватне, відповідає ситуації; розширюється спектр емоційних проявів.	Емоції або надмірно яскраві (гіперчутливість), або приглушені (емоційна холодність як захист).
Емпатія	Здатність до співпереживання зростає, діти розуміють почуття інших, виражають підтримку.	Емпатія недостатня, труднощі у розумінні та вираженні емоцій інших людей через мовні й когнітивні бар'єри.
Емоції в грі	Сюжетні ігри відображають багатий спектр почуттів персонажів.	Ігри бідні за емоційним змістом, поверхове відтворення переживань, стереотипність сюжетів.

Отже, емоційна сфера дітей із ЗПР характеризується нестійкістю, високою тривожністю, схильністю до афективних реакцій, полярністю емоційних проявів і залежністю від оцінки дорослого. Ці особливості зумовлюють низку труднощів у навчанні, спілкуванні та соціальній адаптації. Проте попри всі зазначені труднощі, важливо підкреслити, що емоційна сфера дітей із ЗПР має значний потенціал для розвитку. За умови своєчасної та комплексної психолого – педагогічної допомоги можливе поступове вирівнювання емоційних проявів, зниження рівня тривожності, формування навичок самоконтролю та адекватної самооцінки.

1.2. Особливості прояву страхів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку

Діти з ЗПР демонструють комплексну незрілість психічних функцій: від дефіцитів уваги й пам'яті до недорозвиненості емоційно-вольової та особистісної сфер. Водночас слід підкреслити, що ця незрілість поєднується зі збереженим потенціалом розвитку – за умови цілеспрямованої корекційно-реабілітаційної роботи можливі помітні зрушення у мовленні, пізнавальних навичках та соціальній адаптації дитини [37].

Страх, як емоційне явище, довго залишався предметом уваги теоретиків і практиків. У класичних підходах З. Фрейда страх розглядається як афективний стан очікування небезпеки з можливими формами – вільний страх, переляк та фобія. Сучасні емоційні теорії, зокрема К. Ізарда, розглядають страх як багатовимірне явище, що включає суб'єктивне переживання, експресивні реакції й фізіологічні зміни (серцебиття, потовиділення, м'язове напруження). З огляду на цю множинність компонентів, дослідження страхів у дітей має враховувати як вербальні висловлювання дитини, так і невербальні сигнали та соматичні прояви [43; 54].

У цьому контексті особливої уваги заслуговує феномен страху, який безпосередньо впливає на емоційний стан, поведінку та навчальну активність дітей. Саме тому проблема страху завжди перебувала у фокусі уваги психологів і психоаналітиків. З. Фрейд визначав страх як афективний стан очікування небезпеки. Він розрізняв вільний страх (без конкретного об'єкта), переляк (раптову реакцію на небезпеку) та фобію (патологічний страх, пов'язаний із конкретним об'єктом чи ситуацією). К. Ізард трактував страх як комплексне явище, що включає фізіологічні зміни, експресивні реакції та суб'єктивне переживання, пов'язане з очікуванням загрози. У дітей страх найчастіше асоціюється з небезпекою фізичного ушкодження, відчуттям дискомфорту та втратою безпеки. Поряд із цим, він підкреслював, що дитячі страхи можуть мати і конструктивне значення, адже вони сигналізують дорослим про потребу у захисті й турботі [12; 25; 43; 46; 48].

О. Захаров пропонував розглядати страх як загострене сприйняття загрози життю та благополуччю людини. Він виокремлював кілька видів страхів: ситуативні, що виникають у критичних чи незвичних обставинах (наприклад, стихійне лихо, напад тварини); особистісно зумовлені, які пов'язані з індивідуальними рисами (підвищеною вразливістю, недовірою); реальні та гострі, спричинені конкретною небезпечною ситуацією; уявні та хронічні, які базуються на внутрішніх установках і можуть переростати у фобічні прояви. Таким чином, страх може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію. З одного боку, він мобілізує організм, готує до самозахисту, а з іншого – за умов невідповідності між реальною небезпекою та інтенсивністю переживання він стає джерелом невротизації та порушення психоемоційного розвитку [43; 48; 49; 54].

Важливо зазначити, що страхи є природним компонентом розвитку дитини, проте їхній зміст і частота прояву залежать від віку. У дітей із ЗПР ці страхи мають більш виражений і тривалий характер, ніж у однолітків із типовим розвитком.

Вікові етапи прояву страхів [43]:

- від народження до 6 місяців – страхи зумовлені раптовими подразниками: гучними звуками, різкими рухами, втратою опори;
- 7 місяців – 1 рік – дитина лякається незнайомих людей, гучних побутових звуків (пилосос, фен), різкої зміни обстановки;
- 1–2 роки — з'являється страх розлуки з батьками, страх травм, засинання, нічних жахів;
- 3 роки — поряд із соціальними страхами (бути залишеним) виникають страхи казкових персонажів і невідомого. Тут важливим є вплив дорослих: якщо батьки самі демонструють тривожність, то дитина засвоює цей стиль реагування;
- 4–5 років – провідними є страхи тварин, темряви, стихійних явищ, а також страх покарання. У дітей із ЗПР ці страхи затримуються довше та мають більшу інтенсивність;

- 6–7 років – формується уявлення про життя й смерть, тому провідним стає страх смерті – власної або близьких. У дітей із ЗПР цей страх може трансформуватися у стійкі тривожні стани, особливо за умов неблагополучного сімейного середовища.

Зазначимо, що у дітей із ЗПР страхи зазвичай виявляються інтенсивніше і з більш тривалим курсом порівняно з однолітками з типовим розвитком. Це пояснюється кількома факторами. По-перше, емоційна незрілість і слабкість механізмів саморегуляції ускладнюють здатність дитини до самостійного емоційного врівноваження в стресових ситуаціях. По-друге, обмеженість вербальних навичок утруднює вербалізацію страхів і їхню когнітивну опрацювання, що сприяє накопиченню тривоги. По-третє, невідповідність між хронологічним і психічним віком, що робить дитину більш вразливою до типових для старшого віку страхів (наприклад, страхи темряви, смерті), що у нормі вже подолані однолітками. Соціальні чинники – маргіналізація в колективі, стигматизація, недостатня емоційна підтримка з боку близьких – додатково посилюють внутрішній неспокій і сприяють формуванню хронічних тривожних станів [1; 17; 54].

Вікова динаміка проявів страхів зберігає загальні закономірності, проте у дітей із ЗПР часто спостерігається затримка проходження вікових стадій: сенсомоторні реакції на різкі подразники у немовлят трансформуються пізніше у страх розлуки, а у старших дошкільників можуть зберігатися «маляткові» страхи (страх шуму, різких рухів) або навпаки – передчасно виникати складні екзистенційні страхи (усвідомлення смерті). Практично це означає, що фази та інтенсивність страхів у таких дітей можуть не узгоджуватися з їхнім хронологічним віком, що вимагає індивідуалізації підходів до діагностики й корекції [43].

У роботі з дітьми із ЗПР практичне значення має розрізнення адаптивних страхів (що мобілізують і захищають) і дезадаптивних страхів, які блокують активність дитини і руйнують процес навчання. Дезадаптивні страхи за відсутності корекції можуть переходити в генералізовані тривожні стани, фобії

або призводити до вторинних поведінкових порушень (агресивність, регресивні реакції, уникання соціальних контактів) [43].

Прояви страхів у дітей із ЗПР можуть бути багатоманітними: від вербальних скарг і уникання тем, що нагадують про джерело страху, до соматичних симптомів (порушення сну, проблеми з апетитом, вегетативні реакції) та поведінкових реакцій (замкненість, істерики, агресія). Надзвичайно важливо в процесі діагностики звертати увагу на контекст: чи загострюється страх у певних ситуаціях (перехід у дитячий садок, відвідування лікаря, спілкування в колективі), які супутні фактори (батьківська тривожність, сімейні конфлікти, попередні травмуючі події) можуть його підтримувати або посилювати [32].

Окрім індивідуальних особливостей, на страхи дітей значно впливають сімейні фактори. За даними І. Марковської, О. Пересадчук та ін. діти з уповільненим психічним розвитком надзвичайно потребують емоційної підтримки, схвалення та безпечного середовища [41]. Атмосфера доброзичливості, прийняття й довіри суттєво знижує рівень тривожності та запобігає формуванню стійких страхів. Водночас авторитарний стиль виховання, покарання та брак уваги з боку батьків посилюють страхи й можуть сприяти виникненню хронічних фобій. Важливим є і фактор соціальної взаємодії. Дошкільники із ЗПР часто стикаються з труднощами адаптації в дитячому колективі: вони менш упевнені, мають обмежений арсенал комунікативних навичок, що провокує почуття ізольованості. У таких умовах навіть звичайні ситуації (нові ігри, знайомства, вихід на публіку) можуть ставати джерелом страху.

Сучасні огляди й дослідження підкреслюють, що середовищні чинники (включно з наслідками пандемії COVID-19) сприяли зростанню внутрішніх розладів у дітей і підсилювали прояви тривожності та страхів у вразливих групах (діти з розладами розвитку) – це знайшло своє відображення у зростанні показників тривожних розладів серед дітей упродовж 2020–2022 рр. (за даними ВООЗ, 2022).

Страхи у дітей із ЗПР значно ускладнюють і навчальний процес, впливаючи на їхній емоційний стан, когнітивні можливості, мотивацію та соціальну взаємодію. Для системного аналізу цього впливу вважаємо, що доцільно розглянути страхи через призму таких критеріїв: емоційно-поведінкового, когнітивного, емоційно-оцінного та комунікативно-соціального. Ці критерії відображають основні аспекти, через які страхи перешкоджають засвоєнню знань і розвитку навичок у дошкільному віці. Зокрема: емоційно-поведінковий критерій охоплює реакції дитини на страхи, які впливають на її поведінку під час занять; когнітивний критерій стосується впливу страхів на сприйняття та обробку інформації; емоційно-оцінний критерій відображає зв'язок страхів із самооцінкою та мотивацією до навчання; комунікативно-соціальний критерій аналізує, як страхи обмежують взаємодію з однолітками та педагогами, що є ключовим для дошкільного навчання, яке значною мірою базується на грі та співпраці. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити вплив страхів і в подальшому визначити напрями корекційної роботи [48].

Емоційно-поведінковий критерій: страхи, такі як страх темряви, самотності чи розлуки з батьками, проявляються через підвищену емоційну реактивність (плач, тремтіння, відмова від діяльності). Це впливає на навчання через зниження концентрації уваги: часті напади страху відволікають дітей від навчальних завдань. Наприклад, дитина, яка боїться залишитися сама, може постійно шукати підтримки педагога, ігноруючи завдання; уникання діяльності: діти з високим рівнем страхів уникають нових або складних завдань, що перешкоджає засвоєнню знань. Наприклад, страх невдачі може призводити до відмови від малювання чи гри, які є основними формами навчання в дошкільному віці; емоційна нестабільність: ситуативна тривожність ускладнює сталість поведінки під час занять, що знижує продуктивність, зменшуючи залученість у навчальний процес, вимагаючи від педагога створення безпечного середовища та індивідуальної підтримки.

Когнітивний критерій полягає в обмеженій здатності до рефлексії та вербалізації страхів ускладнює когнітивний розвиток і сприйняття навчального

матеріалу. Це призводить до того, що діти не можуть пояснити причини страхів, що знижує їх здатність аналізувати навчальні ситуації. Наприклад, страх темряви може асоціюватися з заняттями в затемненій кімнаті, викликаючи когнітивний блок. Часто надмірно фантастичні образи страхів спотворюють сприйняття реальності, ускладнюючи розуміння інструкцій або навчальних сюжетів. А труднощі вербалізації ускладнює комунікацію з педагогом під час занять. Так, когнітивні обмеження, посилені страхами, знижують здатність до обробки інформації та виконання завдань, що потребують аналізу чи уяви.

Емоційно-оцінний критерій відображає низьку самооцінку та відчуття небезпеки, що негативно впливають на мотивацію до навчання та призводять до невпевненості у собі, діти рідше беруть ініціативу в навчальних іграх чи творчих завданнях, боячись критики чи невдачі. Так, низька самооцінка та відчуття небезпеки гальмують ініціативність і мотивацію, ускладнюючи засвоєння нового матеріалу.

Комунікативно-соціальний критерій включає соціальні страхи та труднощі взаємодії, які обмежують соціалізацію, яка є ключовою для дошкільного навчання. Зокрема, діти з високим рівнем страхів уникають групових занять, що ускладнює розвиток комунікативних навичок, необхідних для навчання через гру, гальмують розвиток комунікативних навичок, необхідних для групового навчання та співпраці.

Таким чином, страхи у дітей із ЗПР ускладнюють навчання через когнітивні бар'єри (зниження концентрації, труднощі обробки інформації), емоційні перешкоди (тривожність, низька самооцінка) та соціальні обмеження (уникання контактів, залежність від підтримки). Це вимагає комплексної корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на зниження тривожності та підвищення самооцінки. Так, страхи у дітей дошкільного віку із ЗПР не є лише віковими емоційними проявами. Вони характеризуються вищою інтенсивністю, тривалістю та комплексним впливом на розвиток, що потребує системного підходу до діагностики та корекції.

1.3. Ігротерапія як метод корекції страхів у дітей старшого дошкільного віку

Ігротерапія є одним із найбільш ефективних методів психокорекційної роботи з дітьми дошкільного віку. У сучасній психолого-педагогічній науці ігротерапія визначається як метод психотерапевтичного впливу на дітей і дорослих з використанням гри (Кротенко В., 2014). Вона ґрунтується на визнанні того, що гра як провідна діяльність дошкільного віку (за Л. Виготським та Д. Ельконіним) впливає на розвиток особистості, дозволяючи дитині «прожити» тривожні ситуації в безпечному середовищі за повної уваги та співпереживання дорослого. Мета ігротерапії – не переробити дитину чи навчити її спеціальним навичкам, а надати можливість опрацювати емоційні конфлікти, знизити тривожність і сформувати адаптивні моделі поведінки [2; 27; 54].

Для дітей старшого дошкільного віку (5–7 років) із ЗПР ігротерапія набуває особливого значення, оскільки ЗПР характеризується уповільненим темпом розвитку емоційно-вольової сфери, підвищеною вразливістю, емоційною нестійкістю та схильністю до страхів. Страху в цій категорії дітей часто є наслідком не лише вікових особливостей, а й когнітивних обмежень, таких як труднощі з вербалізацією емоцій, імпульсивність та соціальна дезадаптація. За даними досліджень Н. Бастун, В. Кротенка у дітей із ЗПР кількість страхів може перевищувати вікову норму на 64%, включаючи страхи темряви, самотності, завдання шкоди та казкових персонажів. Ігротерапія, як метод, що поєднує психотерапевтичні та педагогічні аспекти, дозволяє не лише корегувати страхи, а й сприяти гармонійному розвитку емоційної, когнітивної та соціальної сфер дитини та дозволяє працювати з цими особливостями через символічний рівень, де дитина може виразити емоції невербально, через дії та образи, минаючи когнітивні обмеження [1; 27].

Теоретичні засади ігротерапії сягають корінням у праці класиків психології, які розглядали гру як ключовий елемент розвитку дитини. Л. Виготський у своїй культурно-історичній теорії підкреслював, що гра є провідною діяльністю дошкільного віку, через яку дитина освоює соціальні ролі,

норми та правила поведінки. Гра створює «зону найближчого розвитку», де дитина може перевершити свої актуальні можливості, долаючи емоційні бар'єри, такі як страхи. Д. Ельконін розвивав цю ідею, наголошуючи на тому, що в грі дитина реалізує свої бажання та компенсує реальні труднощі, формуючи внутрішній світ і емоційну стійкість. О. Леонтьєв доповнював, що гра є діяльністю, в якій мотив і мета збігаються, що робить її потужним інструментом для корекції емоційних порушень [54].

У контексті корекції страхів ігротерапія набуває психотерапевтичного значення, за М. Чистяковою, ігротерапія — це метод впливу, що використовує гру для опрацювання внутрішніх конфліктів, зниження тривожності та формування адаптивних стратегій. О. Захаров у своїх дослідженнях дитячих страхів вказував, що гра дозволяє актуалізувати страхи в безпечній формі, перетворюючи їх на об'єкт контролю, а не загрози. Зарубіжні автори, такі як Д. Бретт, підкреслюють катарсичний ефект гри: дитина «випускає» емоції, ідентифікуючись з героями, що долають страхи [32; 49; 54].

Ігротерапія впливає на корекцію страхів через кілька взаємопов'язаних механізмів, які враховують психофізіологічні особливості дітей із ЗПР [43; 48].

А саме:

1. Симуляція ситуацій та моделювання: гра дозволяє моделювати тривожні сценарії (наприклад, «темний ліс» для страху темряви), де дитина контролює результат, знижуючи інтенсивність страху. Це сприяє дезактуалізації страхів, перетворюючи їх на керовані елементи гри.

2. Емоційне вираження: через невербальні засоби (ролі, жести) дитина виражає емоції, що є критичним для дітей із ЗПР, у яких вербалізація обмежена. Катарсичний ефект (за Д. Бретт, 2002) допомагає звільнитися від напруження [48].

3. Формування саморегуляції: Повторення ігрових ситуацій навчає дитину стратегій подолання (наприклад, «Я хоробрий»), що підвищує емоційну стійкість (Чистякова М.І., 2008).

4. Соціалізація: Групові ігри розвивають довіру та емпатію, зменшуючи соціальну ізоляцію і страхи завдання шкоди.

5. Розвиток самооцінки: Ситуації успіху в грі (похвала, перемога) компенсують низьку самооцінку, формуючи позитивний образ себе.

Зауважимо, що у дітей із ЗПР механізми можуть посилюються через сенсорну стимуляцію (дрібна моторика в іграх з ляльками, за О. Мазур, 2006), що розвиває увагу та мовлення.

Слід зазначити, що ігротерапія є не просто набором випадкових ігор чи розважальних занять, а чітко структурованою, науково обґрунтованою системою психолого-педагогічних технік і вправ, адаптованих до індивідуальних особливостей і потреб кожної дитини. Правильна комбінація ігрових технік у поєднанні з сенсорними і руховими вправами створює оптимальні умови для поступового зниження рівня тривожності, формування внутрішніх психологічних ресурсів, розвитку навичок саморегуляції та підвищення життєвої компетенції дитини, що є особливо важливим для дітей із ЗПР, які мають підвищену вразливість і труднощі в соціальній адаптації [27].

Зазначимо, що ігротерапія вирізняється своєю системністю, що проявляється у структурованому підборі технік, які відповідають психоемоційним і когнітивним особливостям дитини. На відміну від спонтанної гри, ігротерапія передбачає чітке планування занять, де кожна вправа має конкретну мету: від створення безпечного емоційного простору до опрацювання специфічних страхів, таких як страх темряви чи завдання шкоди [27].

Отже, ігротерапія є синтезом психотерапевтичних і педагогічних методів, що дозволяє впливати на дитину комплексно, враховуючи її емоційні, когнітивні та поведінкові особливості. Наприклад, для дітей із ЗПР, які мають труднощі з вербалізацією емоцій, ігротерапія використовує невербальні методи (лялькотерапію, малювання), що забезпечують доступ до внутрішнього світу дитини без мовленнєвих бар'єрів.

Системність ігротерапії проявляється в:

1. Поетапності: заняття будуються від простих вправ (знайомство, створення довіри) до складніших (опрацювання страхів через рольові ігри чи казкотерапію). Це відповідає принципу поступовості, важливого для дітей із ЗПР, які потребують тривалого часу для адаптації.

2. Індивідуалізації: кожна техніка адаптується до рівня тривожності, когнітивних можливостей і соціальних навичок дитини. Наприклад, для дітей із високою тривожністю використовуються індивідуальні заняття, тоді як для дітей із середньою тривожністю – групові ігри.

3. Інтегративності: поєднання різних технік (рольові ігри, психогімнастика, казкотерапія) забезпечує комплексний вплив на емоційну, когнітивну та соціальну сфери, що компенсує дефіцити ЗПР. Ефективність ігротерапії залежить від умов: безпечне середовище, індивідуальний підхід, поступовість, позитивне підкріплення, залучення батьків, міждисциплінарна співпраця, моніторинг динаміки. Принципи: гуманізація, діяльнісний підхід, емоційна підтримка, поетапність, опосередкованість, інтеграція, індивідуальна адресність, активна участь дитини [9; 15; 20].

Отже, ігротерапія є потужним методом корекції страхів у дітей старшого дошкільного віку з ЗПР, дозволяючи опрацьовувати емоційні труднощі через гру. Вона сприяє гармонійному розвитку, зниженню тривожності та соціальній адаптації, що є критичним для дітей із ЗПР. Застосування ігротерапії в педагогічній практиці вимагає системного підходу та врахування індивідуальних особливостей.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СТРАХІВ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

2.1. Діагностика страхів у старших дошкільників із затримкою психічного розвитку

Як показав теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури, здійснений у розділі 1, у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР страхи є поширеним явищем через їхню емоційну незрілість, підвищену вразливість, низьку стресостійкість і обмежену здатність до саморегуляції. Визначено, що страхи можуть негативно впливати на психічний розвиток, сприяти появі невротичних рис, ускладнювати соціальну адаптацію та перешкоджати підготовці до шкільного навчання. Зокрема, невиявлені або некореговані страхи можуть призводити до соціально-психологічної ізоляції, зниження самооцінки та труднощів у взаємодії з однолітками та педагогами. У сучасних дослідженнях підкреслюється важливість ранньої діагностики страхів у дітей із ЗПР для запобігання їх патогенному впливу на формування особистості [48].

На основі аналізу літератури та специфіки ЗПР було визначено, що страхи у дошкільників із ЗПР найповніше розкриваються через ігрову, проєктивну та продуктивну діяльність (малювання, аплікація), а також шляхом спостереження та опитування педагогів і батьків. Для створення цілісної картини емоційного стану дошкільників із ЗПР доцільно використовувати комплекс діагностичних методик, адаптованих до їхніх вікових і когнітивних особливостей [1; 17; 47].

Мета дослідження: виявити особливості прояву та рівень страхів у старших дошкільників із ЗПР.

Завдання дослідження:

1. Визначити особливості прояву та рівень страхів у старших дошкільників із ЗПР.

2. Встановити спектр домінуючих страхів (темряви, самотності, розлуки, соціальних тощо).

3. Оцінити вплив страхів на емоційний стан і соціальну взаємодію.

Для діагностики використано комплекс методик, що поєднують проєктивні, ігрові методики, анкетування та спостереження, адаптовані до дітей із ЗПР. Вибір методик ґрунтується на їхній відповідності віковим особливостям (5–6 років) і врахуванні когнітивних особливостей, таких як труднощі з вербалізацією та концентрацією уваги тощо [32; 39; 47]. А саме:

1. Методика «Вибери потрібне обличчя» (Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен)

Мета: оцінити рівень тривожності та емоційний стан дитини в типових життєвих ситуаціях, що можуть викликати страхи.

Методика дозволяє виявити емоційні реакції дитини на ситуації, пов'язані з потенційними страхами (темрява, самотність, розлука тощо). Психодіагностичний матеріал складається з 6 великих (формат А4) кольорових карток із зображеннями обличь (веселе, сумне, злякане, сердите). Кожна картка відповідає типовим ситуаціям: 1) «Гра з іншими дітьми» (позитивна), 2) «Розлука з мамою» (негативна), 3) «Темрява в кімнаті» (негативна), 4) «Зустріч із незнайомцем» (двозначна), 5) «Грім» (негативна), 6) «Самотність» (двозначна). Тематика карток представлена в додатку А.

Дослідження проводиться індивідуально, тривалість – 10 хвилин.

Інструкція: «Подивись на ці обличчя: одне веселе, інше сумне, ще одне злякане. Уяви, що ти в цій ситуації (наприклад, мама йде). Яке обличчя схоже на твоє?». Для дітей із ЗПР можна додати невербальну опцію: «Покажи пальцем на обличчя» або «Покажи, як ти себе відчуваєш».

Вибір дитини та її коментарі фіксуються в протоколі (додаток Б).

Адаптація для дітей з ЗПР:

- Використання великих, контрастних зображень.
- Скорочення кількості ситуацій до 6 для зниження когнітивного навантаження.

- Додаткові запитання: «Це страшно? Чому?» для стимулювання вербалізації.
- Позитивне підкріплення: «Ти молодець, що вибрав!» після кожної відповіді.

Кількісний аналіз здійснюється шляхом обчислення індексу тривожності (ІТ) як відношення кількості виборів «зляканого» або «сумного» обличчя до загальної кількості ситуацій (6), виражене у відсотках.

- Високий рівень: ІТ > 50% (понад 3 негативні вибори)
- Середній рівень: ІТ 20–50% (1–3 негативні вибори).
- Низький рівень: ІТ 0–20% (0–1 негативний вибір).

Якісний аналіз передбачає аналізування коментарів дитини (наприклад, «темно – там монстри»), щоб визначити джерела страхів і їхній зв'язок із життєвим досвідом.

2. *Методика «Страхи в будиночках» (О. Захаров)[39]* призначена для виявлення та уточнення переважних видів страхів у дітей віком від 3 років, зокрема страхів темряви, самотності, смерті, медичних процедур тощо. Методика допомагає визначити повний спектр страхів і з'ясувати, які саме страхи притаманні дитині, що є необхідним для розробки корекційних програм.

Мета: Виявити спектр і інтенсивність страхів, характерних для дошкільників із ЗПР.

Методика передбачає індивідуальну бесіду, під час якої з'ясовується, чи відчуває дитина страх у певних ситуаціях. Дорослий малює контури двох будиночків: чорний і червоний. Дитині пропонується «розселити» страхи зі списку в два умовні будиночки: чорний (для страхів, яких вона боїться) і червоний (для страхів, яких вона не відчуває).

Дорослий по черзі називає страхи зі списку, запитуючи: «Скажи, будь ласка, ти боїшся чи не боїшся...?». Бесіду проводять неквапливо, фіксуючи відповіді («боюся»/«не боюся»).

Страхи, які дитина визнає, «селять» у чорний будиночок, інші – у червоний. Записуються лише страхи з чорного будиночка.

Дорослий сидить поруч, підбадьорює дитину, хвалить за відвертість. Список страхів називають напам'ять, лише зрідка звіряючись із записами.

Реакції (напруження, сльози) фіксуються в протоколі (додаток Г).

Адаптація для ЗПР:

- Зменшення кількості карток до 10 за одну зустріч.
- Використання ляльок для демонстрації: «Лялька в темряві — страшно їй?».
- Позитивне підкріплення: наклейки за участь.

Кількісний аналіз: Підраховують страхи в чорному будиночку та порівнюють із віковими нормами, враховуючи особливості ЗПР. У нормі – до 6–7 страхів, для ЗПР – 10–15.

- Високий рівень: 11 і більше страхів або яскраві емоційні реакції (плач, напруження).
- Середній рівень: 6–10 страхів, ситуативні реакції.
- Низький рівень: 0–5 страхів, спокійна поведінка.

Якісний аналіз: аналізуються джерела страхів (наприклад, «темрява — бо монстри») та їхній зв'язок із соціальним досвідом.

На завершення дитина «закриває» чорний будиночок на замок і «викидає» ключ, що сприяє зниженню тривожності.

3. Кольоровий тест Люшера (модифікований)

Мета: Виявити приховану тривожність і емоційний фон через вибір кольорів.

Використовується 5 кольорових карток (червоний, зелений, синій, жовтий, чорний). Дитина обирає кольори за вподобанням, асоціюючи їх із настроєм. Тематика асоціацій представлена в додатку Д.

Інструкція: «Ось кольори: червоний – як сонечко, чорний – як ніч. Вибери, який подобається найбільше. А тепер – який менше?». Повторити вибір двічі.

Запитання для асоціацій: «Чорний – це страшно чи спокійно?».

Вибір фіксується в протоколі (додаток Е).

Адаптація для ЗПР:

- Обмеження до 5 кольорів для зниження імпульсивності (40% дітей).
- Ігрова форма: «Вибери колір для веселого дня».
- Допомога педагога: тримати картки по одній.

Кількісний аналіз: Підраховується кількість виборів темних кольорів (чорний, синій).

- Високий рівень: 3+ темні кольори першими.
- Середній рівень: 1–2 темні кольори першими.
- Низький рівень: перевага яскравих кольорів (жовтий, червоний).

Якісний аналіз: аналізуються асоціації (наприклад, «чорний – страшно через темряву»).

4. Методика «Дерево» (Д. Лампен)

Мета: Виявити рівень тривожності, самооцінки та відчуття захищеності через проєктивне малювання.

Дитину просять намалювати дерево, яке відображає її внутрішній стан. Матеріали: папір А4, кольорові олівці. Критерії аналізу: розмір, розташування, деталі (коріння, крона), кольори.

Інструкція: «Намалюй дерево – будь-яке: велике чи маленьке, з листям чи без. Може бути казковим». Після малювання: «Це дерево веселе чи сумне? Хто поруч із ним? Чи боїться воно темряви?».

- Фіксація в протоколі (додаток Ж).

Адаптація для ЗПР:

- Скоротити запитання до 3: «Веселе чи сумне? Чи є коріння? Що лякає дерево?».

- Позитивне підкріплення: наклейки за малюнок.

Кількісний аналіз: Оцінюються ознаки тривожності:

1. Маленьке дерево (невпевненість).
2. Розташування в кутку (висока тривожність).
3. Відсутність коріння (нестабільність).
4. Темні кольори (страх).

Високий рівень: 3–4 ознаки; середній рівень: 1–2 ознаки; низький рівень: 0 ознак.

Якісний аналіз: Аналізуються пояснення (наприклад, «Сумне, бо самотнє»).

5. Опитувань педагогів і батьків

Мета: Виявити поведінкові прояви страхів у природному середовищі.

Пропонується анкета з 12 питань для батьків і педагогів, що оцінює поведінку дитини в ЗДО та вдома. Зміст анкети представлено у додатку 3.

Анкета є анонімною і заповнюється індивідуально (10 хвилин).

Інструкція: «Позначте «+» поведінку, характерну для дитини».

Питання 12: відкрите, для додаткової інформації («Що ще помітили?»).

Питання сформульовані просто, з прикладами: «Чи боїться темряви? Наприклад, просить увімкнути світло».

Кількісний аналіз: Підраховуються «+» відповіді.

- Високий рівень: 8–12 ознак.
- Середній рівень: 4–7 ознак.
- Низький рівень: 0–3 ознаки.

Якісний аналіз: Аналізується додаткова інформація (наприклад, «Дитина боїться гучних звуків»).

Для систематичного аналізу результатів діагностики, отриманих за допомогою наведених методик, ми розробили критерії та показники прояву страхів, які враховують емоційно-поведінкові, когнітивні, емоційно-оцінні та комунікативно-соціальні аспекти розвитку дітей із ЗПР. Ці критерії дозволяють оцінити частоту, інтенсивність і характер страхів, а також їхній вплив на самооцінку та соціальну взаємодію. Критерії, їх показники та рівні прояву подано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Критерії, показники та рівні прояву страхів у дітей дошкільного віку із ЗПР

Критерій	Зміст	Показники	Рівні прояву
----------	-------	-----------	--------------

Емоційно-поведінковий	Відображає емоційні реакції та поведінку в ситуаціях, що викликають страх.	Емоційні реакції	Високий: Частий плач, крик у темряві чи при розлуці. Середній: Короткий плач, занепокоєння в окремих ситуаціях. Низький: Спокійна поведінка, швидке заспокоєння.
		Поведінка в стресових ситуаціях	Високий: Уникає гри, тримається за дорослого. Середній: Виконує завдання з підтримкою педагога. Низький: Самостійно грає, не уникає ситуацій .
Когнітивний	Відображає здатність пояснювати страхи та називати емоції.	Пояснення страхів	Високий: Не пояснює, говорить про монстрів чи привиди. Середній: Частково пояснює, наприклад, «темно — страшно». Низький: Чітко називає причину, наприклад, «темно, бо немає світла».
		Називання емоцій	Високий: Не називає емоції, плутає страх і сум. Середній: Називає страх чи сум, але не точно. Низький: Точно називає емоції, наприклад, «боюся, бо сам».
Емоційно-оцінний	Відображає відчуття безпеки та емоційний фон через малюнки й кольори.	Відчуття безпеки (методика «Дерево»)	Високий: Маленьке дерево без коріння, темні кольори. Середній: Дерево середнє, мало деталей, спокійні кольори. Низький: Велике дерево з листям, яскраві кольори.
		Емоційний фон (тест Люшера)	Високий: Обирає чорний/синій, асоціює з темрявою. Середній: Обирає темні та яскраві кольори. Низький: Обирає червоний/жовтий, асоціює з радістю.
Комунікативно-соціальний	Характеризує взаємодію в грі та контакти з іншими.	Участь у грі	Високий: Уникає групових ігор, грає на самоті. Середній: Грає з підтримкою педагога. Низький: Активно грає з іншими дітьми.
		Контакт із іншими	Високий: Уникає погляду, не говорить з однолітками. Середній: Розмовляє після заохочення. Низький: Охоче спілкується, довіряє іншим.

На основі аналізу літератури та результатів діагностики визначено три рівні прояву страхів у дітей:

Високий рівень страхів: діти демонструють часті напади страху (плач, тремтіння), уникання діяльності, потреба в постійній підтримці; присутні хаотичні, фантазійні пояснення страхів («монстри в темряві»), труднощі з вербалізацією; їм притаманна низька самооцінка, відчуття небезпеки, перевага темних кольорів, маленькі малюнки дерев тощо; діти уникають контактів, недовіра до однолітків, ізоляція в грі.

Середній рівень прояву страхів: у дітей ситуативна тривожність, короткочасні реакції, частковий контроль поведінки; часткове усвідомлення причин страхів, неповні пояснення; помірне відчуття безпеки, комбінація світлих і темних кольорів, дещо занижена самооцінка; включається в гру за підтримки, сором'язливість у контактах.

Низький рівень : діти мають спокійні реакції, самоконтроль у більшості ситуацій; чітко називають джерела страхів, адекватно пояснюють їх; високе відчуття безпеки, перевага яскравих кольорів, адекватна самооцінка; активна взаємодія, довіра до однолітків і педагогів.

Таким чином, запропонований комплекс методик дозволяє виявити рівень і спектр страхів у дошкільників із ЗПР, враховуючи їхні когнітивні та емоційні особливості. Адаптація процедур (скорочення завдань, ігрова форма, невербальні відповіді) забезпечує доступність такої діагностики.

2.2. Аналіз результатів діагностики страхів у старших дошкільників із затримкою психічного розвитку

Дослідження проводилося на базі Немирівський заклад дошкільної освіти № 3 «Дзвіночок» Немирівської міської ради, Немирівський заклад дошкільної освіти (ясла-садок комбінованого типу) «Пролісок» Немирівської міської ради

У ньому взяли участь 12 дітей старшого дошкільного віку (5–6 років) із ЗПР, які навчаються в закладах дошкільної освіти на інклюзивній формі навчання. Для збору даних використано адаптований комплекс методик, описаних у пункті 2.1, а також опитування педагогів і батьків. Аналіз здійснено

за чотирма критеріями: емоційно-поведінковим, когнітивним, емоційно-оцінним і комунікативно-соціальним, з урахуванням їхніх ключових показників.

Перша методика, «*Вибери потрібне обличчя*», оцінювала емоційний стан дітей у шести ситуаціях: гра з однолітками, розлука з мамою, темрява, зустріч із незнайомцем, грім і самотність. Результати показали, що в 60% ситуацій діти обирали «злякане» або «сумне» обличчя, що свідчить про підвищену тривожність, характерну для ЗПР. Адаптація методики, зокрема використання великих карток і невербального вибору, дозволила 75% дітей виразити свої емоції, однак 25% потребували допомоги педагога через когнітивні труднощі. Найвища тривожність спостерігалася в ситуаціях розлуки з мамою (83% негативних виборів), що вказує на емоційну залежність від батьків. У середньому діти демонстрували «злякане» обличчя в чотирьох із шести ситуацій, що підтверджує високу тривожність.

Друга методика, «*Страхи в будночках*», показала, що у більшості дітей не лише вікові страхи, а й багато страхів, що походять із попереднього вікового періоду: страх темряви та страшних снів (75% дітей), самотності (67%) страх казкових персонажів, медичні страхи, страх смерті, страх тварин тощо.

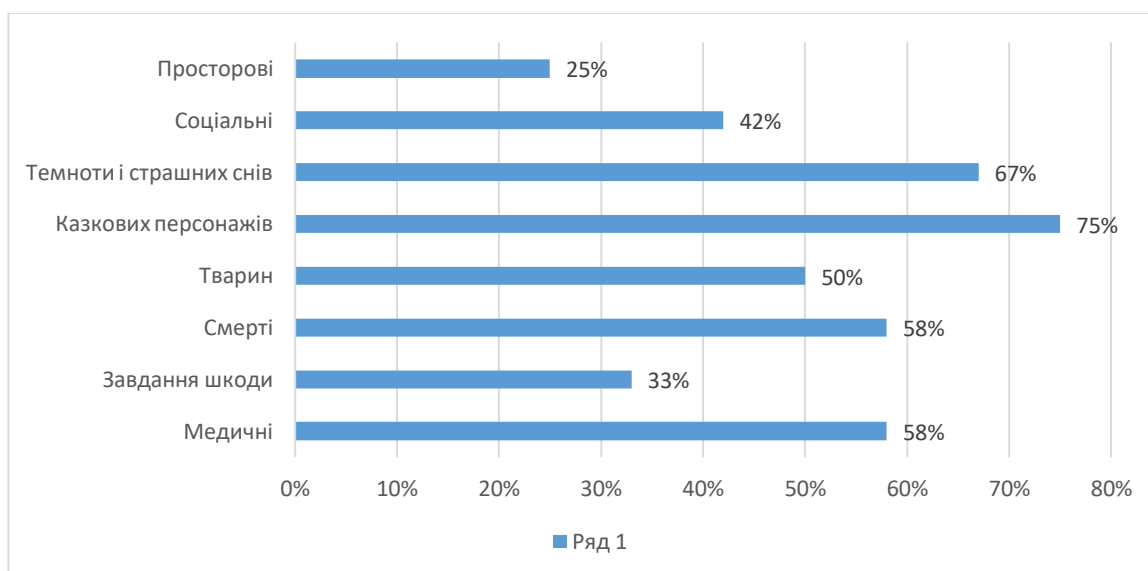


Рис. 2.1. Спектр та інтенсивність страхів у дітей з ЗПР

Зокрема, одним з найбільш виражених виявилися медичні страхи (58%), до яких належать страх болю, лікарів, ін'єкцій, хвороб. Цей тип страху має підвищений рівень прояву серед обстежених дітей, що свідчить про відхилення

від вікової норми. Його виникнення пов'язане насамперед із переживанням болю як сильного негативного емоційного стимулу, який закріплюється у пам'яті дитини та викликає уникання подібних ситуацій у майбутньому.

Поширеною категорією є страхи, пов'язані із заповіданням фізичної шкоди (33%) – страх транспорту, пожежі, війни, стихійних лих, різких звуків. Такі страхи також перевищують вікову норму і мають переважно умовно-рефлекторну природу, формуючись під впливом досвіду, отриманого через спостереження або інформацію, що викликала тривогу.

Високий рівень демонструють і страхи, пов'язані зі смертю (58%) – власною чи близьких людей. Їхнє походження зумовлене активізацією інстинкту самозбереження та переживаннями, що нагадують про втрату або небезпеку. Такі побоювання часто мають нав'язливий характер і супроводжуються відчуттям тривожного очікування.

Значна частина дітей також проявляє страхи тварин (50%) – як домашніх, так і диких. Їх можна розглядати як відображення емоційного дискомфорту, пов'язаного з браком почуття безпеки, ласки й уваги з боку дорослих. Для таких страхів характерна символічна проекція – дитина може переносити свої внутрішні переживання на зовнішні об'єкти.

Окрему категорію становлять страхи казкових персонажів (75%), які також перевищують середній віковий рівень. Їхнє виникнення пов'язане з особливостями сприймання дітьми із ЗПР: схильністю до буквального розуміння сюжетів, недостатнім рівнем диференціації реального і фантастичного, а також з потребою у стабільності, підтримці та любові.

Страхи темряви й кошмарних снів (67%) є ще однією поширеною формою емоційних порушень. Вони, як правило, мають ретроспективний характер і базуються на сильних емоційних враженнях, пережитих раніше. Почуття страху, що виникає під час сновидінь або перебування в темряві, підтримується емоційним слідом минулого досвіду, який зберігається у пам'яті дитини.

Також високими є показники соціально-опосередкованих страхів (42%) – страху покарання, запізнення, самотності, спілкування з незнайомими людьми

чи дітьми. Їхня основа полягає в тривожному очікуванні негативних подій або осуду з боку дорослих, що часто формується внаслідок надмірного контролю, нестачі емоційного контакту чи попереднього досвіду неприйняття.

Проявляються і просторові страхи (25 %) – висоти, глибини, замкнутого простору. Такі реакції мають природний біологічний характер і розглядаються як сигнал небезпеки, однак у дітей із ЗПР вони часто набувають гіпертрофованих форм через недостатній розвиток механізмів саморегуляції.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що рівень страхів у дітей із затримкою психічного розвитку перевищує вікову норму. Найпоширенішими є страхи покарання, тварин, смерті, запізнення та хвороби. Такі діти зазвичай відзначаються підвищеною емоційною чутливістю, тривожністю, обережністю, схильністю до замкнутості або навпаки – до надмірної збудливості. Це зумовлює потребу у спеціально організованій корекційній роботі, спрямованій на зниження емоційної напруги, розвиток почуття безпеки, саморегуляції та позитивного ставлення до світу.

Емоційні реакції, такі як напруження чи тремтіння, спостерігалися у 58% дітей, тоді як 42% реагували невербально, що відображає обмежені можливості вербалізації через ЗПР. У ситуаціях, пов'язаних із темрявою, 42% дітей плакали або виявляли сильне занепокоєння, тоді як 50% демонстрували короткочасне занепокоєння з можливістю часткового контролю за підтримки педагога. Лише 8% дітей (одна дитина) не виявляли виражених реакцій, що є винятком. Пояснення страхів часто були хаотичними у 33% дітей (наприклад, «монстри в темряві»), а 58% давали часткові відповіді, такі як «страшно темно». Називання емоцій було ускладненим: 33% дітей плутали емоції, а 58% називали їх неточно. Уникання групових ігор спостерігалось у 50% дітей, а 42% брали участь за підтримки педагога, що вказує на труднощі соціальної взаємодії.

Кольоровий тест Люшера показав, що 58% дітей надавали перевагу темним кольорам (чорний, синій), що сигналізує про емоційний дискомфорт і приховані страхи. Хаотичність вибору кольорів через імпульсивність, характерну для ЗПР, спостерігалася у 33% дітей. При виборі чорного кольору 42% дітей

напружувалися, а 50% потребували допомоги педагога для завершення завдання. У 33% дітей чорний колір асоціювався з фантазійними образами, такими як «монстри», а називання емоцій було ускладненим у 33%, що підтверджує когнітивні обмеження. Відчуття безпеки було зниженим у 58% дітей, які асоціювали темні кольори з небезпекою, а 50% уникали групових ігор після тесту, демонструючи сором'язливість у соціальних ситуаціях. Середній індекс тривожності за цією методикою склав 6 із 10 балів, що вказує на значний емоційний дискомфорт.

Методика «Дерево» виявила, що 67% дітей малювали маленькі дерева без коріння, що свідчить про невпевненість і низьку самооцінку. У 75% малюнки були схематичними через когнітивні особливості ЗПР. Під час малювання 42% дітей плакали або виявляли занепокоєння, а 50% потребували підтримки педагога. Пояснення малюнків були хаотичними у 33% дітей (наприклад, «дерево страшне»), а 58% давали часткові відповіді. Називання емоцій, пов'язаних із малюнком, було ускладненим у 33%, тоді як 58% називали емоції неточно. Відчуття безпеки було зниженим у 67% дітей, які малювали маленькі дерева, а 67% використовували темні кольори, що вказує на негативний емоційний фон. Уникання пояснення малюнка спостерігалось у 50% дітей, а 50% соромилися показати свою роботу, що відображає соціальну тривожність.

Опитування педагогів і батьків підтвердили, що 58% дітей мають ситуативну тривожність, а 42% потребують постійної підтримки в нових ситуаціях. Плач при розлуці з батьками спостерігався у 42% дітей, а 50% демонстрували короткочасне занепокоєння. Пояснення страхів було ускладненим у 33% дітей, які не могли чітко описати свої переживання вдома, а 58% давали неточні назви емоцій. Відчуття безпеки було зниженим у 50% дітей, які асоціювали домашнє середовище з небезпекою, а 58% уникали групових ігор у ЗДО, що підтверджує соціальну ізоляцію. Відкриті питання анкети виявили додаткові страхи, зокрема гучних звуків (25%), що доповнює картину тривожності. У середньому було виявлено 7 із 12 ознак тривожності, що вказує на середній рівень страхів.

Узагальнення результатів показало, що високий рівень страхів спостерігається у 33% дітей (4 дитини). Вони демонструють часті напади страху, такі як плач і тремтіння, уникають діяльності в 50% випадків, дають хаотичні пояснення (наприклад, «монстри в темряві») у 33% випадків, мають низьку самооцінку (50% обирають темні кольори, 67% малюють маленькі дерева) та уникають соціальних контактів (67%). Середній рівень страхів притаманний 58% дітей (7 дітей), які проявляють ситуативну тривожність, частково контролюють емоції за підтримки (50%), дають неповні пояснення страхів (50%), мають помірне відчуття безпеки (42% використовують комбіновані кольори) і грають у групі за підтримки педагога (67%). Низький рівень страхів спостерігається у 8% дітей (1 дитина), які демонструють спокійні реакції, чітко пояснюють страхи, обирають яскраві кольори та активно взаємодіють у групі (10%). Середній бал самооцінки становить 3.8 із 10, з кореляцією між страхами та емоційною нестабільністю.

Результати дослідження відображають емоційну незрілість і потребу в корекції, спрямованої на зниження тривожності та підвищення соціальної адаптації.

Для наочного представлення результатів діагностики ми розробили графіки, які відображають розподіл дітей у вибірці за рівнями прояву страхів (високий, середній, низький) відповідно до чотирьох критеріїв. Ці графіки базуються на середніх даних, отриманих із п'яти методик, і дозволяють оцінити поширеність страхів у дітей із ЗПР, а також їхній вплив на емоційну, когнітивну та соціальну сфери."

Зокрема, рис. 2.1. демонструє розподіл дітей за рівнями прояву страхів за емоційно-поведінковим критерієм. Цей критерій відображає емоційні реакції та поведінку в ситуаціях, що викликають страх (показники: емоційні реакції, поведінка в стресових ситуаціях).

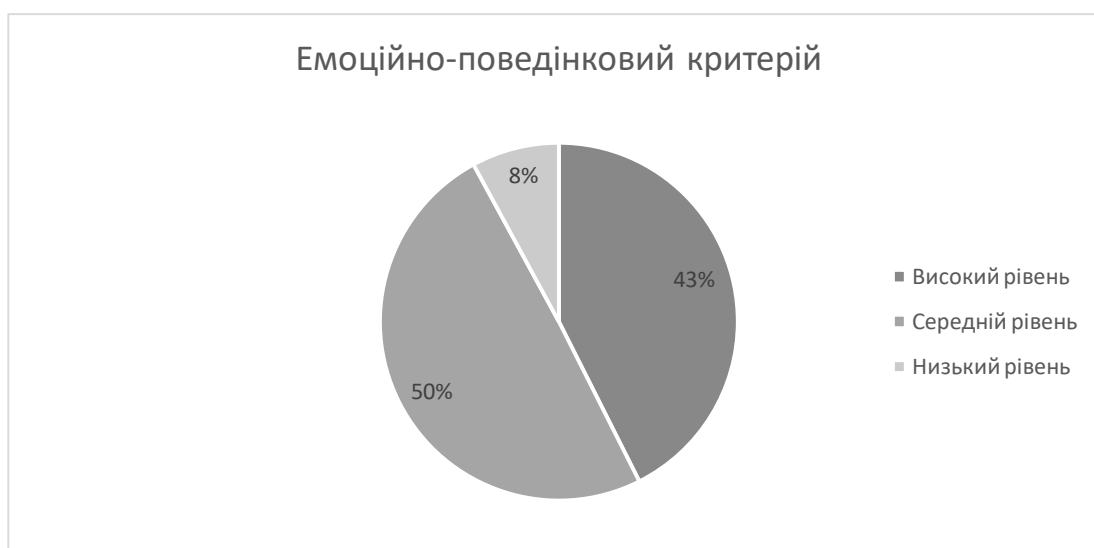


Рис. 2.1: Емоційно-поведінковий критерій

У вибірці переважає середній рівень (50%, 6 дітей), де діти проявляють короткочасний плач або занепокоєння в ситуаціях розлуки чи темряви, але частково контролюють поведінку за підтримки педагога. Високий рівень (42%, 5 дітей) характеризується частим плачем, криком і униканням діяльності (наприклад, відмова від гри при розлуці з батьками), що типово для емоційної нестабільності ЗПР. Низький рівень (8%, 1 дитина) – спокійні реакції без потреби в підтримці, що є рідкісним.

На рис. 2.2. відображено розподіл за когнітивним критерієм, що оцінює здатність пояснювати страхи та називати емоції.



Рис. 2.2 Когнітивний критерій

Середній рівень домінує (58%, 7 дітей), де діти частково пояснюють страхи (наприклад, «темно — страшно») і називають емоції неточно, що відображає

когнітивні обмеження ЗПР (труднощі з рефлексією). Високий рівень (33%, 4 дитини) – хаотичні пояснення («монстри в темряві») і плутанина емоцій, що ускладнює саморегуляцію. Низький рівень (8%, 1 дитина) — чіткі пояснення та точне називання емоцій, що є винятком. Середнє значення — 2.2.

Отже, діаграма підкреслює переважання середнього рівня (58%), що свідчить про часткову когнітивну здатність до усвідомлення страхів, але з потребою в розвитку вербалізації для дітей із ЗПР.

Рис. 2.3. показує розподіл за емоційно-оцінним критерієм, який відображає відчуття безпеки та емоційний фон через малюнки й кольори.

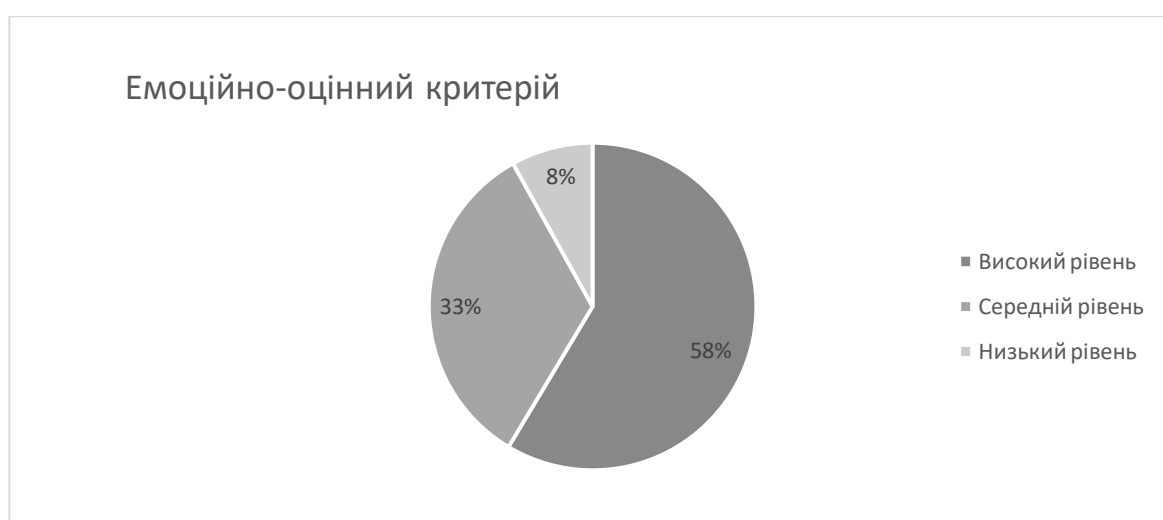


Рис. 2.3. Емоційно-оцінний критерій

Високий рівень переважає (58%, 7 дітей), де діти малюють маленькі дерева без коріння (67%) і обирають темні кольори (58%), що вказує на низьку самооцінку та відчуття небезпеки. Середній рівень (33%, 4 дитини) — помірна безпека з комбінованими кольорами. Низький рівень (8%, 1 дитина) — висока безпека з яскравими кольорами. Середнє значення - 2.5. Темні кольори асоціюються з страхами темряви (75%), посилюючи невпевненість (кореляція з самооцінкою).

На рис. 2.4. відображено розподіл за комунікативно-соціальним критерієм. Він характеризує участь у грі та контакт із іншими. Високий рівень переважає (58%, 7 дітей), де діти уникають групових ігор (58%) і погляду (50%), що відображає соціальну дезадаптацію. Середній рівень (33%, 4 дитини) – гра за

підтримки та сором'язливість. Низький рівень (8%, 1 дитина) – активне спілкування. Середнє значення — 2.5.

Соціальні страхи (50%) посилюють ізоляцію, корелюючи з низькою довірою. Діаграма підтверджує високий рівень соціальних страхів (58%, 7 дітей), де діти уникають групових ігор і контактів, що є типовим для ЗПР (67% уникають ігор). Середній рівень (33%) вказує на часткову адаптацію за підтримки, а низький (8%) — на рідкісну активну взаємодію.

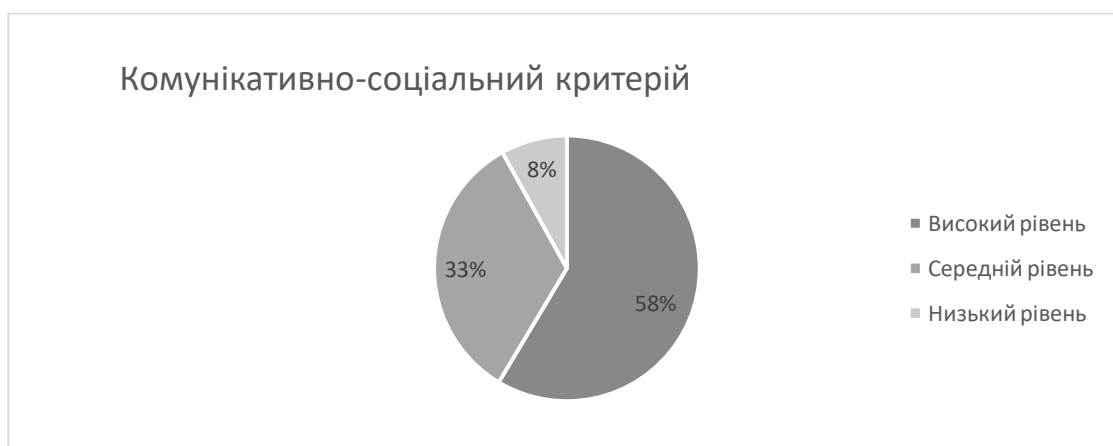


Рис.2.4: Комуникативно-соціальний критерій

Рисунок підтверджує високий рівень (58%), що підкреслює соціальну ізоляцію як ключову проблему ЗПР.

На основі рисунків видно, що середній рівень страхів домінує за всіма критеріями, що підтверджує ситуативну тривожність як типову для дітей із ЗПР. Високий рівень вказує на значний вплив страхів на емоційну та соціальну сфери, а низький (8%) є винятком.

Таким чином, діаграми наочно підтверджують розподіл: середній рівень страхів є найпоширенішим (50%, 6 дітей), високий рівень значний (42%, 5 дитини), а низький – рідкісний (8%, 1 дитина). Вони підкреслюють потребу в корекційних програмах, особливо для соціальних і емоційних страхів, що домінують у 58% дітей.

Для зручності аналізу отриманих даних середні значення прояву страхів за основними критеріями були узагальнені та представлені графічно (рис. 2.5).

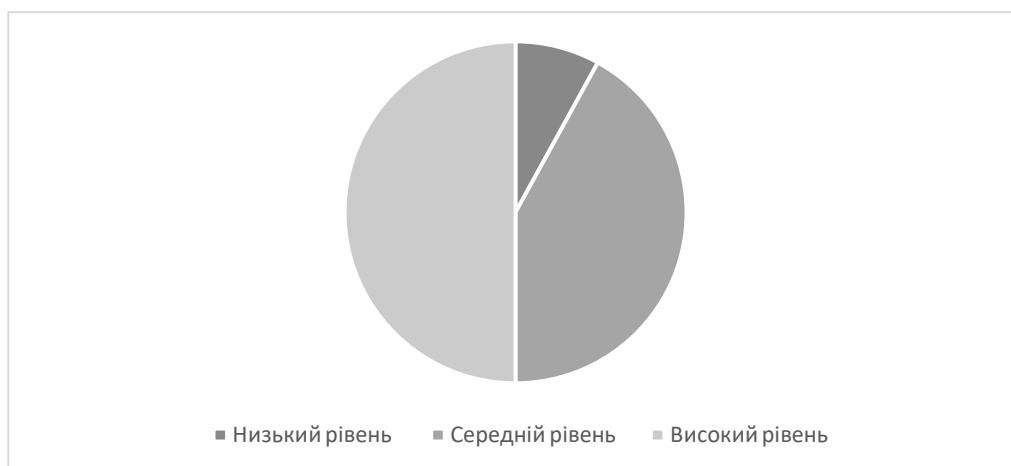


Рис 2.5. Узагальненні середні значення прояву страхів у дітей з ЗПР за критеріями

Отже, результати підтверджують підвищений рівень страхів у дітей із ЗПР, що впливає на самооцінку (низька у 60%) та соціальну адаптацію (уникання контактів у 60%). На підставі цього виникає потреба в розробці методики корекційної роботи для дітей із ЗПР, спрямованої на зниження рівня страхів, створення сприятливого емоційного фону, підвищення самооцінки та гармонійний розвиток емоційної, когнітивної та соціальної сфер.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ТА СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ СТРАХІВ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЗАСОБАМИ ІГРОТЕРАПІЇ

3.1. Програма психолого-педагогічної корекції страхів та педагогічні умови її реалізації

Для дітей із ЗПР характерна підвищена вразливість, емоційна нестійкість і схильність до тривожності, що робить їх більш чутливими до зовнішніх подразників. Ці особливості, які детально розглядатимуться в контексті ігротерапії, зумовлюють потребу в послідовній корекційній роботі, що враховує індивідуальні особливості психічного розвитку [1; 37].

Оскільки підвищена тривожність і емоційна нестійкість ускладнюють адаптацію дітей із ЗПР, ігротерапія, як природний для дошкільників вид діяльності, стає ключовим інструментом корекції, дозволяючи опрацьовувати страхи в безпечній формі. У грі дитина отримує можливість пережити ситуацію страху, висловити емоції та побачити альтернативні способи поведінки, що сприяє формуванню адаптивних моделей реагування та підвищенню емоційної стійкості. У процесі гри дитина вільно виражає свої емоції, відтворює ситуації, що викликають страх, і поступово навчається контролювати реакції на них [27].

Основні завдання ігротерапії при корекції страхів:

- створення безпечного емоційного простору;
- усвідомлення дитиною власних емоцій;
- формування почуття впевненості й захищеності;
- заміщення тривожних переживань позитивними емоціями;
- навчання новим, конструктивним способам реагування на проблемні ситуації.

Для досягнення цих завдань ігротерапія використовує різноманітні форми занять, які дозволяють дитині поступово опрацьовувати страхи та розвивати емоційну стійкість [27; 43; 44]. До них належать:

- Рольові ігри: дитина приміряє різні ролі, що допомагають їй відчувати контроль над ситуацією.
- Лялькова терапія: програвання ситуацій за допомогою ляльок, які виступають посередниками між дитиною та її переживаннями.
- Ігри-драматизації: розігрування сюжетів, у яких дитина набуває ролі активного, сміливого учасника подій.

Ці види створюють основу для цілеспрямованої корекції страхів у старших дошкільників із ЗПР, дозволяючи м'яко та поступово опрацьовувати тривожні переживання. Ігротерапія дає дітям змогу без страху висловлювати почуття, опрацьовувати травмуючі події, розвивати впевненість, уяву, самоконтроль і поступово позбуватися тривожності та страхів. Таким чином, ігрова діяльність стає не лише засобом навчання, а й потужним терапевтичним механізмом, що сприяє гармонійному розвитку та адаптації до навколишнього світу [27].

Для реалізації цього потенціалу корекційна робота зосереджується на конкретних завданнях, які допомагають дітям із ЗПР долати страхи та розвивати адаптивні моделі поведінки, а саме: зменшення інтенсивності емоційних реакцій на страхи (темрява, самотність, розлука) через ігрові сценарії; покращення здатності усвідомлювати та вербалізувати страхи в ігровому контексті; підвищення відчуття безпеки та самооцінки через позитивні ігрові образи; сприяння соціальній взаємодії та зниженню ізоляції шляхом групових ігор [27; 32; 42].

Для успішного виконання цих завдань необхідні певні умови, які забезпечують ефективність корекційного процесу та враховують особливості дітей із ЗПР:

1. Створення емоційно безпечного середовища: Дитина має відчувати себе захищеною, прийнятою і зрозумілою. Атмосфера довіри є ключовою для ефективної роботи, а осуд, змагання чи примус неприпустимі. Педагог має бути доброзичливим, терплячим і емпатичним.

2. Індивідуально-диференційований підхід: завдання і темп роботи підбираються з урахуванням рівня пізнавальної активності, комунікативних навичок і ступеня тривожності дитини.

3. Поступовість і систематичність: корекція страхів потребує часу, починаючи з опосередкованих форм (казки, ігри) і переходячи до реальних ситуацій.

4. Позитивне підкріплення: кожна спроба дитини подолати страх має бути відзначена похвалою чи підтримкою, що формує віру у власні сили.

5. Використання гри як основного засобу: гра дозволяє дитині без примусу прожити ситуацію страху, зняти напруження і знайти рішення.

6. Залучення батьків: батьки мають бути поінформовані про механізми страхів і підтримувати дитину, уникаючи покарань чи осміювання.

7. Співпраця фахівців: міждисциплінарний підхід (психолог, дефектолог, логопед) забезпечує комплексний вплив.

8. Регулярний моніторинг динаміки: діагностика на всіх етапах дозволяє оцінити ефективність і скоригувати програму [27; 33; 48].

Ці умови реалізуються через чіткі принципи корекційної роботи, які визначають методологічну основу подолання страхів у дітей із ЗПР:

✓ Принцип гуманізації, який передбачає, що усі впливи спрямовані на збереження гідності дитини та формування довіри.

✓ Принцип діяльнісного підходу: корекція відбувається через активну діяльність (гра, малювання, театралізовані етюди).

✓ Принцип емоційної підтримки: педагог виступає як партнер, який приймає дитину та спрямовує її почуття.

✓ Принцип поетапності: усвідомлення страху → символічне відтворення → активне проживання → закріплення позитивного досвіду.

✓ Принцип опосередкованості: вплив через ігрових персонажів чи казки знижує напруження.

✓ Принцип інтеграції: поєднання ігротерапії, казкотерапії, арттерапії тощо.

✓ Принцип індивідуального підходу : вправи підбираються відповідно до потреб дитини.

✓ Принцип активної участі: дитина є активним учасником, що формує почуття контролю [23; 33; 48].

На основі цих принципів була розроблена програма «Я не боюсь!», яка інтегрує ігротерапію для подолання страхів у старших дошкільників із ЗПР. Програма ґрунтується на гуманістичній психології, враховує вікові та індивідуальні особливості дітей і використовує гру як провідний засіб психокорекції.

Мета програми: формування емоційної стійкості, розвиток упевненості у собі та подолання страхів через ігрову взаємодію.

Завдання програми:

- Допомога дітям у пізнанні та усвідомленні природності страхів.
- Розвиток уміння адекватно виражати емоції.
- Зменшення рівня тривожності.
- Формування навичок самоконтролю та емоційної стабільності.
- Створення позитивного досвіду подолання страхів у ігрових умовах.

Структура програми: 12 занять по 25–30 хвилин, двічі на тиждень, у груповій або підгруповій формі. Заняття побудовані від загального до конкретного:

Адаптаційний етап («Знайомство», «Наш настрій»): формування довіри, створення позитивного фону, виготовлення пальчикових ляльок як «помічників».

Основний етап («Наші страхи», «Я більше не боюсь»): усвідомлення та вербалізація страхів через малювання, ігри-драматизації, «чарівну скриньку» та формування впевненості через казкові сюжети та рольові ігри («Казковий ліс», «Я сміливий»).

Завершальний етап («Ми не боїмося», «Переможемо страх»): подолання конкретних страхів (болю, лікарів) через театралізовані ігри та арттерапію.

Очікувані результати: зниження тривожності, розвиток впевненості, покращення емоційної регуляції та соціальної адаптації.

У межах системного підходу до подолання страхів у дітей із затримкою психічного розвитку важливо забезпечити єдність усіх компонентів корекційної роботи – психологічного, педагогічного та сімейного. Такий підхід передбачає не лише проведення спеціальних занять за програмою, а й створення умов для постійної підтримки емоційного розвитку дитини у повсякденній діяльності. Саме тому під час реалізації програми «Я не боюсь!» особливу увагу варто приділити педагогічній складовій. Вважаємо, що одним із ефективних способів її посилення є використання коротких ігор та вправ емоційно-розвивального спрямування, які вихователь може легко інтегрувати у щоденну роботу з дітьми.

Такі ігри виконують одразу кілька функцій:

- підтримують позитивний емоційний стан дітей упродовж дня;
- сприяють профілактиці тривожності та напруження;
- формують у дітей відчуття захищеності, довіри, згуртованості групи;
- допомагають розвивати емоційний інтелект, вміння виражати почуття прийнятними способами;
- забезпечують плавний перехід від звичайних занять до корекційних форм роботи (ігротерапія, арттерапія, казкотерапія).

Короткі ігри можуть використовуватися на різних етапах роботи з дітьми:

1. На початку дня (ранкове коло, ритуал привітання) – для створення позитивного емоційного настрою, стимуляції комунікації, формування почуття єдності групи (Ігри: «Мій настрій», «Добрий ранок», «Обійми сили»).

2. Під час занять або корекційних блоків – як елементи емоційного розвантаження, перехід між видами діяльності або стимуляція уваги. (ігри: «Перетворення», «Хто допоможе?», «Жабки на болоті»).

3. Після складних або напружених ситуацій (помилка, конфлікт, втома) — для зняття емоційної напруги, зниження рівня тривожності, повернення до стану рівноваги (ігри: «Світлячок», «Чарівна квітка сміливості», «Добрий чарівник»).

4. У кінці дня або тижня – як підсумкові рефлексивні вправи, що допомагають дитині усвідомити власні досягнення, емоції, зміни в настрої (ігри: «Сміливе слово», «Намалюй свій страх»).

Приклади коротких ігор для щоденного використання

1. «Мій настрій» — допомагає дітям навчитися визначати та виражати емоційні стани. Вихователь пропонує дітям обрати кольоровий смайлик або картку, яка відповідає їхньому настрою, і коротко пояснити свій вибір.

2. «Хто допоможе?» - сприяє розвитку емпатії. Педагог описує ситуацію: «Маленьке кошеня загубилося». Діти пропонують різні способи допомоги.

3. «Чарівна квітка сміливості» — гра на підвищення впевненості. Діти передають квітку і говорять, у чому вони сьогодні були сміливими.

4. «Перетворення» - формує гнучкість мислення, уяву. Вихователь пропонує дітям уявити, що вони перетворюються на різних істот (метеликів, тигрів, сонячні промінчики тощо).

5. «Світлячок» - допомагає подолати страх темряви. У затемненій кімнаті діти шукають одне одного з маленькими ліхтариками або світлячками, створюючи атмосферу безпеки.

6. «Сміливе слово» - розвиває впевненість і позитивне мислення. Діти придумують короткі фрази, які додають їм сили: «Я хоробрий», «Я впораюся», «Я не боюся».

7. «Добрий чарівник» - дозволяє символічно «змінити» страх. Діти малюють свій страх і разом з «чарівником» (вихователем) перетворюють його на щось смішне або добре.

Методичні поради щодо організації ігор:

Частота: 1–2 короткі ігри на день (по 5–10 хвилин).

Тривалість: короткочасна, щоб не перевтомлювати дітей і не втрачати інтерес.

Атмосфера: лише доброзичлива, підтримувальна; важливо не порівнювати дітей між собою.

Місце проведення: ігрова зона, килимок, куточок відпочинку, подвір'я або зал для занять.

Зворотний зв'язок: після гри варто обговорити почуття дітей — що їм сподобалось, що допомогло стати сміливішими.

Регулярне використання коротких ігор має виражений корекційно-розвивальний ефект:

- діти стають більш відкритими, емоційно врівноваженими;
- зростає рівень довіри між дитиною та дорослим;
- поступово зменшується інтенсивність страхів і тривожності;
- формується позитивне ставлення до себе, своїх почуттів і навколишнього світу [40; 48].

Такі ігри є психолого-педагогічним “місточком” між навчальною діяльністю та спеціальною корекційною роботою, дозволяючи вихователю ефективно впливати на емоційний стан дитини без застосування складних терапевтичних технік.

3.2. Результати впровадження програми корекційної роботи з подолання страхів старших дошкільників із затримкою психічного розвитку

Після реалізації програми «Я не боюсь!», спрямованої на корекцію страхів у старших дошкільників із ЗПР засобами ігротерапії, було проведено повторну діагностику з використанням виключно методики О. Захарова «Страхи в будиночках» [39]. Вибір цієї методики зумовлений тим, що вона є проєктивною і передбачає використання наочних матеріалів (картинки, картки, будиночки), що полегшує діагностику для дітей із низькою вербалізацією (33% дітей у дослідженні мали труднощі з називанням емоцій). Це дозволяє ефективно виявляти страхи навіть у дітей із когнітивними обмеженнями. Крім того, ця методика забезпечує кількісну та якісну оцінку інтенсивності й спектру страхів (темрява, самотність, завдання шкоди, казкові персонажі), що дає змогу точно відстежити динаміку після корекційної програми. Використання однієї методики

на первинному та вторинному етапах забезпечує єдність даних і достовірність порівняння. Інші методики, такі як «Дерево» чи тест Люшера, були доречними для комплексного аналізу на первинному етапі, але менш придатні для оцінки динаміки страхів через їхню орієнтацію на вербальні відповіді чи батьківське ставлення. Методика є неінвазивною, не викликає додаткової тривожності та легко застосовується педагогами в умовах дошкільного закладу, що відповідає принципам гуманізації та емоційної безпеки, зазначеним у програмі.

Повторна діагностика проводилася через 6 тижнів після початку корекційної роботи за програмою «Я не боюсь!» (12 занять тривалістю 25–30 хвилин, двічі на тиждень).

Для забезпечення об'єктивності та достовірності результатів дослідження щодо корекції страхів у старших дошкільників із ЗПР, вибірку з 12 дітей ми розділили на дві групи: експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ), по 6 осіб у кожній. Поділ на групи проводився з урахуванням даних первинної діагностики за методикою О. Захарова «Страхи в будиночках», яка виявила спектр та інтенсивність страхів у дітей. Таке рішення обґрунтоване з психолого-педагогічної та методологічної точок зору і базується на наступних причинах:

Забезпечення порівняльного аналізу: Поділ вибірки на експериментальну та контрольну групи дозволяє порівняти ефективність розробленої ігротерапевтичної програми («Я не боюсь!»). Експериментальна група брала участь у корекційних заняттях, спрямованих на зниження страхів, тоді як контрольна група продовжувала заняття за стандартною програмою. Це дає змогу оцінити специфічний вплив ігротерапії на зменшення тривожності та страхів.

Рівноцінність груп: Первинна діагностика за методикою «Страхи в будиночках» показала, що середня кількість страхів у вибірці становить 13,5, що на 64% перевищує вікову норму (8,2). Зокрема, страх темряви мали 75% дітей (9 із 12), страх самотності — 67% (8 із 12), страх завдання шкоди — 60% (7 із 12). Поділ на дві групи по 6 осіб був здійснений так, щоб кожна група мала приблизно однаковий розподіл страхів за видами та інтенсивністю (наприклад, у кожній

групі по 4–5 дітей зі страхом темряви, 4 — зі страхом самотності). Це забезпечило порівнянність груп на старті дослідження.

Врахування особливостей дітей із ЗПР, які мають підвищену тривожність (58% із ситуативною тривожністю), емоційну нестійкість і когнітивні обмеження (33% із низькою вербалізацією). Рівномірний розподіл дітей між групами дозволив урахувати ці особливості, уникнувши зміщення результатів через нерівність у складі груп (наприклад, концентрацію дітей із високою тривожністю в одній групі).

Методологічна доцільність: Використання експериментальної та контрольної груп є стандартним підходом у психолого-педагогічних дослідженнях для оцінки ефективності корекційних програм. Методика Захарова «Страхи в будиночках» є чутливою до змін у рівні страхів, що дозволяє порівняти результати первинної та вторинної діагностики в обох групах і визначити, чи зміни в експериментальній групі зумовлені саме програмою, а не природним перебігом розвитку.

Практична реалізація: Поділ на дві групи по 6 осіб є оптимальним для організації занять у дошкільному закладі, оскільки невеликі групи забезпечують індивідуальний підхід, що є особливо важливим для дітей із ЗПР. У межах експериментальної групи ігротерапевтичні заняття («Я хоробрий герой», «Чарівна скринька», «Світлячок») проводилися в підгрупах, що сприяло створенню безпечного емоційного середовища та підвищенню ефективності корекції.

Отже, поділ вибірки з 12 дітей на дві рівноцінні групи по 6 осіб (експериментальну та контрольну) був здійснений для забезпечення об'єктивного оцінювання ефективності програми «Я не боюсь!» у порівнянні зі стандартними методами. Рівномірний розподіл дітей за результатами методики «Страхи в будиночках» дозволив врахувати їхні індивідуальні особливості (тривожність, страхи, когнітивні обмеження) та створив умови для достовірного аналізу змін у рівні страхів після корекційної роботи. Такий підхід відповідає

принципам наукової методології та психолого-педагогічним вимогам до роботи з дітьми із ЗПР.

Так, у дослідженні взяли участь 12 дітей: 6 дітей із експериментальної групи (ЕГ), з якими проводилася ігротерапевтична програма, та 6 дітей із контрольної групи (КГ), які займалися за традиційною програмою дошкільного закладу. Діагностика здійснювалася за методикою «Страхи в будиночках», де діти розподіляли страхи між «чорним» (страшно) і «червоним» (не страшно) будиночками. Результати фіксувалися в таблицях (Додаток 2).

Середня кількість страхів визначалася за методикою О. Захарова «Страхи в будиночках», де діти позначали страхи, які їх турбують. На констатувальному етапі середнє значення для обох груп склало 13,5 страхів на дитину. Нагадаємо, що за віковою нормою середня кількість страхів у дітей старшого дошкільного віку становить 8,2. Після впровадження програми отримано такі результати:

Експериментальна група (ЕГ): середня кількість страхів зменшилася з 13,5 до 9,6. Зокрема, страх темряви знизився з 75% до 50%, страх самотності – з 67% до 45%, а страх завдання шкоди – з 60% до 40%. Ілюстративно це відображено на рис. 3.1 та 3.2.

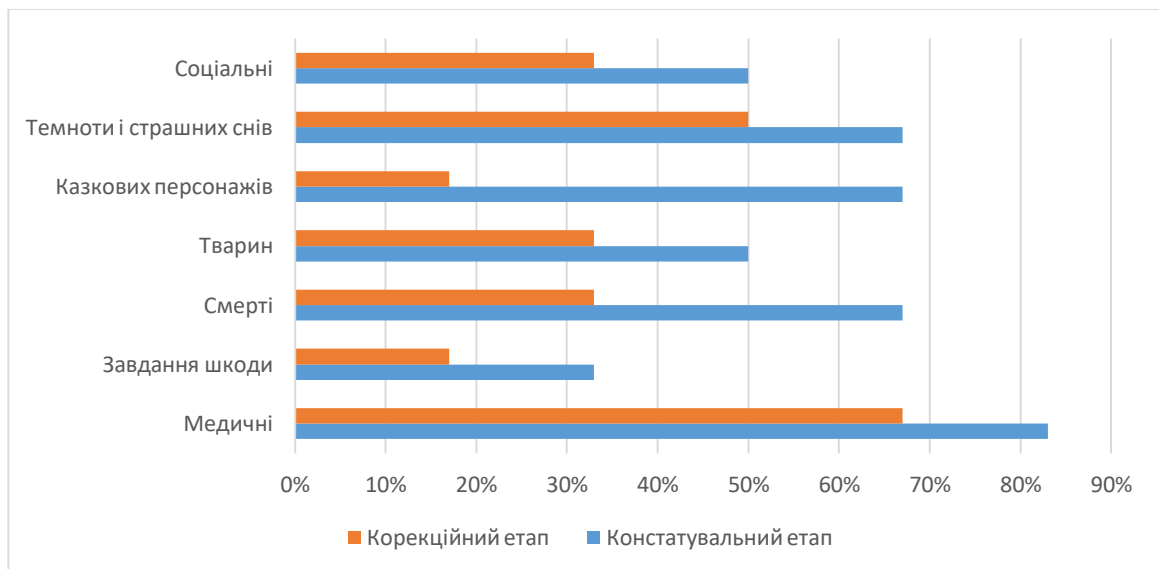


Рис. 3.1 Динаміка змін кількості страхів в ЕГ

Слід також відмітити, що діти стали більш відкритими до спілкування (уникання контактів зменшилося з 60% до 35%) і краще виражали свої емоції (58% дітей почали точніше називати почуття). Ці зміни пов'язані з

ігротерапевтичними заняттями, такими як рольові ігри («Я хоробрий герой», «Допоможи другові»), вправи з психогімнастики («Чарівна квітка сміливості») та символічне «звільнення» від страхів через гру з чарівною скринькою.

Контрольна група (КГ): середня кількість страхів знизилася незначно – з 13,5 до 11,6. (рис. 3.2). Це пояснюється природним зникненням деяких вікових страхів, таких як страх казкових персонажів, без цілеспрямованої корекційної роботи.

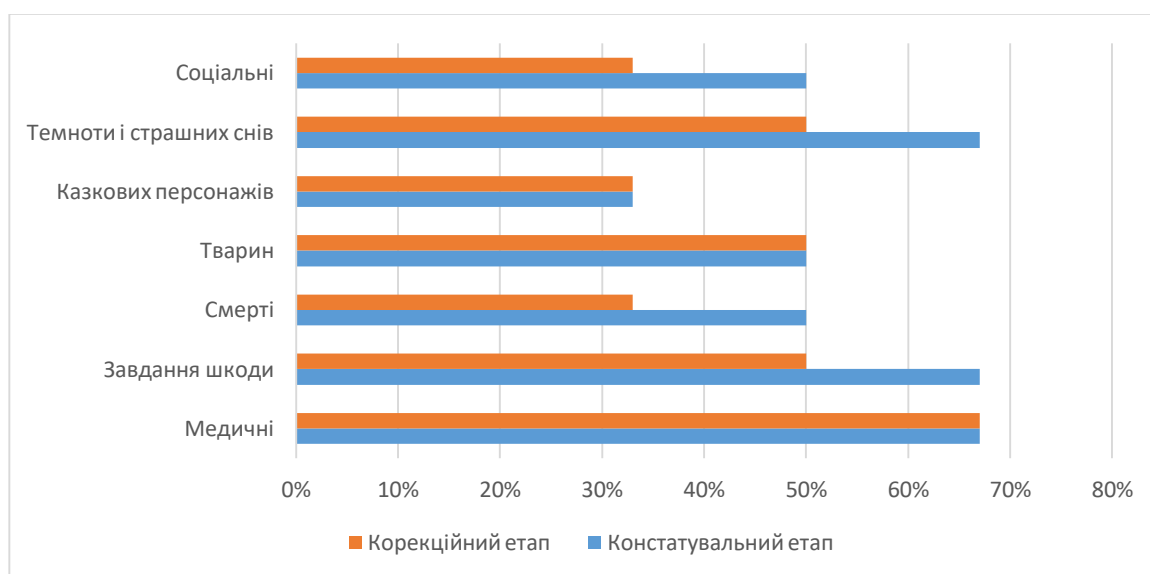


Рис.3.2. Динаміка змін кількості страхів в КГ

Повторна діагностика показала, що програма «Я не боюсь!» мала позитивний вплив на дітей із експериментальної групи. Зменшення кількості страхів із 13,5 до 9,6 свідчить про зниження тривожності та покращення емоційного стану.

Для більш наочного представлення результатів дослідження здійснено узагальнення отриманих показників за основними критеріями прояву страхів у дітей із затримкою психічного розвитку. Це дозволило виявити загальну тенденцію рівня вираженості страхів та визначити, які з них мають найбільшу інтенсивність у структурі емоційних порушень. Узагальнені результати відображено на рисунку 3.3.



Рис 3.3. Узагальненні середні значення прояву страхів у дітей з ЗПР за критеріями

Ми помітили, що після реалізації програми, діти почали відчувати себе більш впевнено, що проявилось в активнішій участі в групових іграх і кращій здатності говорити про свої почуття. Ігротерапія створила безпечне середовище, де діти могли проживати страхи через гру, наприклад, у виставах «Казковий ліс» чи вправах «Світлячок», що допомагали подолати страх темряви.

У контрольній групі зміни були мінімальними, що підкреслює важливість спеціально організованої корекційної роботи порівняно зі стандартними заняттями.

Незважаючи на позитивні зміни, результати не є максимально вираженими через коротку тривалість програми (6 тижнів). Діти із ЗПР потребують більше часу для закріплення нових моделей поведінки через їхню емоційну нестійкість (59% із ситуативною тривожністю) та когнітивні особливості (33% із труднощами у вербалізації). Подовження програми до 10–12 тижнів могло б посилити ефект.

Отже, повторна діагностика за методикою «Страхи в будиночках» підтвердила часткову ефективність програми «Я не боюсь!»: у експериментальній групі кількість страхів знизилася з 13,5 до 9,6, що вказує на зменшення тривожності та покращення соціальної адаптації. Вибір методики Захарова був обґрунтованим завдяки її простоті, адаптованості до дітей із ЗПР і можливості чітко відстежити зміни. Позитивні зрушення, такі як зниження страхів темряви, самотності та завдання шкоди, а також покращення комунікації та емоційної регуляції, свідчать про ефективність ігротерапії як методу корекції.

Для досягнення більш виражених результатів рекомендується подовжити тривалість програми та залучити батьків до підтримки дітей удома. Програма може бути успішно застосована в інклюзивних дошкільних закладах для роботи з дітьми із ЗПР.

3.3. Методичні рекомендації для батьків дітей із затримкою психічного розвитку щодо подолання страхів

Ефективність ігрової психокорекції страхів у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР значною мірою залежить від участі сім'ї у цьому процесі. Батьки є головними людьми, які формують у дитини відчуття безпеки, довіри та емоційної стабільності. Саме тому робота з подолання страхів повинна бути цілісною й продовжуватись у домашніх умовах.

Виходячи з цього, ми розробили методичні рекомендації для батьків спрямовані на створення сприятливого емоційного клімату в сім'ї, формування у дорослих розуміння природи дитячих страхів і вироблення адекватних способів реагування.

Метою їх є підвищення психологічної культури батьків, формування в них знань і практичних навичок щодо підтримки дитини у процесі подолання страхів, зменшення рівня тривожності та формування впевненості у собі.

Основне завдання їх впровадження полягає в допомозі батькам стати активними учасниками психокорекційного процесу, підтримати позитивні зміни, які відбуваються під час занять за програмою «Я не боюсь!». Крім того, вона спрямована на :

- ✓ сприяння усвідомленню батьками причин і проявів дитячих страхів;
- ✓ навчання дорослих конструктивно реагувати на емоційні труднощі дитини;
- ✓ допомогу створення сім'ї атмосфери емоційної безпеки та довіри;
- ✓ формування навички використання ігрових прийомів для подолання страхів удома;

✓ забезпечення єдності вимог і послідовності виховних впливів сім'ї та закладу освіти.

Загальні положення щодо організації домашньої психоемоційної підтримки полягають у тому, що батькам слід пам'ятати, що страхи у дітей із ЗПР є частиною їхньої емоційної незрілості, тому основна мета дорослих — не усунути страх силоміць, а допомогти дитині прожити його в безпечній формі. Для цього необхідно:

✓ Зберігати спокій і терпіння. Дитина орієнтується на емоційний стан батьків, тому будь-яка тривожність або надмірна реакція дорослого може підсилити страх.

✓ Не знецінювати почуття дитини. Слова на кшталт «це дурниці» або «не вигадуй» руйнують довіру. Краще сказати: «Я розумію, що ти боїшся, давай подумаємо, як разом це подолати».

✓ Підтримувати фізичний контакт і вербальне заспокоєння. Обійми, лагідний голос, спільні дихальні вправи або колискові створюють у дитини відчуття захищеності.

✓ Поступово знайомити дитину з тим, що викликає страх. Починати з малюнків, казкових сюжетів, ігрових сценок, і лише потім переходити до реальної ситуації.

✓ Підкреслювати прояви сміливості. Навіть незначні успіхи — наприклад, дитина побула сама в темряві кілька секунд — мають бути відзначені похвалою або символічною нагородою тощо.

Вважаємо, що ефективними формами роботи батьків з дитиною є

1. *Ігри для подолання страхів.* Ігрові методи допомагають дитині без примусу виразити емоції й знайти способи подолання тривожності. Серед таких ігор можуть бути наступні: «Мій страх і я» — дитина малює свій страх, а потім разом із батьками “перетворює” його на щось смішне або добре. «Сміливий герой» — придумайте історію, у якій дитина виступає хоробрим персонажем, що перемагає труднощі. «Чарівна коробка сміливості» — виготовте разом коробку,

куди дитина може “заховати” свої страхи або покласти туди предмет, який додає впевненості [3; 20].

2. Казкотерапія вдома. Казки допомагають дитині символічно прожити тривожні переживання. Батьки можуть разом з дитиною вигадувати історії, у яких герой долає страх і отримує винагороду; інсценізувати казку за допомогою іграшок або пальчикового театру; після читання обговорити, що саме допомогло героєві бути сміливим [44; 50].

3. Арттерапевтичні вправи. Малювання емоцій: запропонуйте дитині показати свій настрій кольорами, а потім обговоріть, як можна зробити малюнок «радіснішим». Аплікація «Сонце сміливості» — створіть спільний колаж із промінчиками, на кожному з яких напишіть, у чому дитина була сміливою. Пластилінові фігурки: виліпіть страх, а потім «розтопіть» або «перетворіть» його на приємний предмет [5; 6; 7; 8; 9; 18; 21].

4. Ритуали заспокоєння. Серед них: спільне читання перед сном; легкий масаж долонь або плечей; дихальна вправа «Спокійний подих»: вдих — через ніс, видих — повільно через рот, з уявленням, що разом із повітрям виходить страх [14; 48].

Таким чином, систематичне використання ігор, казок і творчих завдань у домашніх умовах сприяє поступовому подоланню страхів і формуванню у дитини впевненості у власних силах. Проте ефективність цих методів значною мірою залежить від щоденного емоційного контакту між дитиною та дорослими. Саме тому важливо звернути увагу на особливості повсякденного спілкування в сім'ї, яке може як посилювати, так і послаблювати тривожність дитини. Нижче подано поради для батьків щодо організації підтримувального спілкування з дитиною:

1. Проводьте з дитиною не менше 20–30 хвилин спільної діяльності без відволікань на телефон чи телевізор.
2. Зберігайте стабільність режиму дня — це формує у дитини відчуття передбачуваності й зменшує тривогу.

3. Уникайте гучних сварок чи покарань при дитині — навіть якщо вона не є безпосереднім учасником конфлікту.

4. Намагайтеся говорити спокійним, доброзичливим тоном; частіше використовуйте фрази підтримки: «Я поруч», «Ми разом це подолаємо», «Я в тебе вірю».

Щоденна підтримка дитини в сім'ї створює основу для емоційного комфорту, однак не менш важливим є об'єднання зусиль усіх дорослих, які беруть участь у її вихованні. З метою забезпечення єдності психолого-педагогічного впливу варто передбачити різні форми взаємодії фахівців і батьків:

- індивідуальні консультації (психологічна просвіта щодо природи страхів, рекомендації для конкретної дитини);
- групові зустрічі батьків (обмін досвідом, спільне обговорення труднощів);
- психологічні майстер-класи (виготовлення «ляльки сміливості», проведення спільних ігор);
- інформаційні пам'ятки або буклети: «Як допомогти дитині не боятися», «Що робити, якщо дитина тривожна»;
- спільні свята та театралізовані вистави, у яких беруть участь діти й батьки, що сприяє згуртуванню сімей і підвищенню довіри.

Очікувані результати реалізації рекомендацій: покращення емоційного клімату в сім'ї; зниження рівня тривожності у дітей; підвищення впевненості у собі та рівня соціальної адаптації; узгодженість виховних впливів між сім'єю та педагогами; формування позитивного ставлення до власних емоцій та вміння їх контролювати.

Таким чином, методичні рекомендації для батьків є невід'ємною частиною цілісної системи психолого-педагогічної корекції страхів у дітей із ЗПР. Вони забезпечують продовження корекційного впливу в домашніх умовах, зміцнюють взаємозв'язок між педагогічною та сімейною підтримкою, формують у батьків розуміння важливості емоційного контакту з дитиною.

Єдність дій вихователя, психолога та родини створює сприятливі умови для гармонійного емоційного розвитку дитини, формування її впевненості у власних силах і подолання страхів без напруження та примусу.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури, експериментального дослідження та апробації корекційних заходів можна зробити наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз показав, що діти старшого дошкільного віку із ЗПР характеризуються підвищеною емоційною вразливістю, нестійкістю, труднощами у вербалізації почуттів і схильністю до тривожності. Страху у таких дітей (наприклад, темряви, розлуки, нових ситуацій) є більш інтенсивними та тривалими через особливості їхнього психічного розвитку, зокрема слабкість нервових процесів і обмеженість соціально прийнятних способів вираження емоцій. Ці особливості проявляються як психологічно (напруга, занепокоєння, почуття незахищеності), так і фізіологічно (посилене серцебиття, часте дихання), що вимагає системного корекційного впливу.

2. Ігротерапія визначена як провідний метод корекції страхів у дітей із ЗПР, оскільки гра є природною діяльністю дошкільників, яка дозволяє безпечно виражати емоції, опрацьовувати травматичні переживання та формувати адаптивні моделі поведінки. Рольові ігри, лялькова терапія та ігри-драматизації сприяють усвідомленню страхів, зниженню тривожності та розвитку впевненості. Теоретичне обґрунтування підтверджує, що ігротерапія створює безпечне середовище, де дитина може символічно проживати страхи, що є особливо важливим для дітей із ЗПР через їхню емоційну чутливість.

3. Експериментальне дослідження виявило, що страхи у старших дошкільників із ЗПР мають специфічні прояви: підвищена тривожність у нових ситуаціях, страх не виправдати очікувань дорослих, труднощі в соціальній взаємодії та занижена самооцінка. Констатувальний етап показав, що більшість дітей мають високий рівень тривожності (50%) проявляється у сильній емоційній напрузі, неврозах і бажанні усамітнення. Середній рівень тривожності (33%), характеризується частими негативними емоційними реакціями, страхом самовираження та низькою фізіологічною стійкістю до стресу., тоді як низький рівень (8%) притаманний дітям із достатньою впевненістю та адаптивністю.

4. Розроблена програма психолого-педагогічної корекції страхів методами ігротерапії довела свою ефективність. Програма, що включає 12 занять із поступовим переходом від встановлення довіри до подолання конкретних страхів, сприяла зниженню тривожності, покращенню емоційної регуляції та розвитку впевненості. Результати впровадження показали позитивну динаміку: 33% дітей із високим рівнем тривожності перейшли на середній, а 17% на високий. Отримані результати засвідчили ефективність використання ігрових методів як провідного засобу психологічної корекції страхів, що дозволяє розглядати розроблену програму не лише як окремий методичний інструмент, а як ключовий компонент цілісної системи ігротерапевтичної роботи з дітьми із ЗПР.

5. На основі розробленої та апробованої програми «Я не боюсь!», а також комплексу коротких ігор та методичних рекомендацій для вихователів, було сформовано систему психолого-педагогічної корекції страхів у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР. Її практичне ядро – це програма, що забезпечує професійну корекцію через структуровані заняття, ефективність якої підтверджено результатами контрольного зрізу. Ігрові матеріали дозволяють вихователям підтримувати емоційний стан дітей у повсякденній діяльності, а методичні рекомендації батькам становлять потенційне розширення системи, що може бути використане у подальших етапах роботи та для закріплення результатів. Так, система є комплексною (охоплює професійний, педагогічний і сімейний аспекти), узгодженою (базується на гуманістичній психології та ігротерапії) і практичною (містить чіткі інструкції для всіх учасників).

6. Рекомендації для батьків включають конкретні дії, такі як створення атмосфери довіри, проведення ігрових вправ, допомога у вираженні емоцій і співпраця з педагогами. Вони адаптовані для домашнього використання, що дозволяє батькам підтримувати корекційний процес без спеціальної підготовки. Наприклад, гра «Світлячок у темряві» допомагає зменшити страх темряви, а ведення щоденника спостережень сприяє моніторингу прогресу. Ці рекомендації підсилюють ефект програми, забезпечуючи безперервність впливу.

Отже, теоретичне та експериментальне дослідження підтверджує, що ігротерапія є ефективним методом корекції страхів у старших дошкільників із ЗПР. Розроблена система, яка поєднує програму «Я не боюсь!», короткі ігри для педагогів і рекомендації для батьків, забезпечує комплексний вплив на емоційну сферу дітей, сприяючи зниженню тривожності, розвитку впевненості, самоконтролю та соціальних навичок. Ця система є практичною, узгодженою та адаптованою до особливостей дітей із ЗПР, що робить її цінним інструментом для психолого-педагогічної практики. Перспективи подальших досліджень можуть бути спрямовані на: апробацію програми «Я не боюсь!» у різних групах дошкільників із ЗПР для перевірки її універсальності; створення навчальних матеріалів для батьків і педагогів із акцентом на поєднання ігротерапії з іншими методами (арттерапія, казкотерапія тощо).