

## EDUCATION AND PEDAGOGY

DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2020.8.1.1>

### WPLYW ZABURZEŃ PSYCHOMOTORYCZNYCH NA ROZWÓJ FIZYCZNY DZIECI (NA PRZYKŁADZIE KSZTAŁTOWANIA POSTAWY)

*Volodymyr Biesieda*

*kandydat nauk pedagogicznych,*

*doktorant Katedry Ortopedagogiki, Ortopsychoologii i Rehabilitacji*

*Narodowego Uniwersytetu Pedagogicznego imienia M.P. Drahomanowa (Kijów, Ukraina)*

*ORCID ID: 0000-0003-4262-6629*

**Adnotacja.** W artykule dokonano przeglądu mechanizmów kompleksowego wpływu ogólnego stanu psychomotoryki na rozwój fizyczny dzieci w wieku wczesnoszkolnym i przedszkolnym, w szczególności na postawę. Autor udowodnił, że to zaburzenie postawy u dzieci jest złożonym wskaźnikiem ich rozwoju fizycznego i ogólnego zdrowia.

Przeanalizowano komponent motoryczny zachowania dzieci z zaburzeniami psychomotorycznymi, szczegółowo opisano jego wpływ na cechy postawy u dzieci w wieku wczesnoszkolnym i przedszkolnym. Udowodniono, że stan toniczny mięśni, siła mięśni, stopień mobilności w stawach tułowia i kończyn, a także dokładność, równowaga i koordynacja znacząco wpływają na stan postawy u wspomnianego kontyngentu dzieci.

Z drugiej strony dokonano analizy psychologicznego składnika zachowań dzieci z zaburzeniami psychomotorycznymi i przedstawiono możliwe mechanizmy psychogennej wpływu na rozwój fizyczny dzieci, w szczególności stan ich postawy.

W pracy zbadano warianty złożonego wpływu zaburzeń psychomotorycznych dzieci w wieku wczesnoszkolnym i wczesnoszkolnym na ich rozwój fizyczny.

**Słowa kluczowe:** psychomotoryka, zaburzenia, rozwój fizyczny, dzieci, postawa.

### INFLUENCE OF PSYCHOMOTORAL DISORDERS ON THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN (ON THE EXAMPLE OF POSTURE FORMATION)

*Volodymyr Biesieda*

*Candidate of Pedagogical Sciences,*

*Doctoral Candidate at the Department of Orthopedics, Orthopsychology and Rehabilitation*

*National Pedagogical Dragomanov University (Kyiv, Ukraine)*

*ORCID ID: 0000-0003-4262-6629*

*e-mail: doctorbeseda@gmail.com*

**Abstract.** The article discusses the mechanisms of the complex effect of the general state of psychomotor skills on the physical development of children of early and preschool age, in particular, on posture. The author has proved that the children posture disorders present themselves as a complex indicator of their physical development and health in general.

The motor component of the behavior of children with psychomotor disorders was analyzed; its influence on the characteristics of posture in children of early and junior preschool age was detailed.

On the other hand, an analysis of the mental component of the behavior of children with psychomotor disorders was made and possible mechanisms of psychogenic influence on the physical development of children, in particular, the state of their posture, were shown.

The work investigated the options for the complex effect of impairments in the psychomotor skills of children of early and junior preschool age on their physical development.

**Key words:** psychomotor skills, disorders, physical development, children, posture.

## ВПЛИВ ПСИХОМОТОРНИХ ПОРУШЕНЬ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ (НА ПРИКЛАДІ ФОРМУВАННЯ ПОСТАВИ)

**Володимир Бєседа**

*кандидат педагогічних наук,*

*докторант кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології*

*Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (Київ, Україна)*

*ORCID ID: 0000-0003-4262-6629*

*e-mail: doctorbeseda@gmail.com*

**Анотація.** У статті розглянуто механізми комплексного впливу загального стану психомоторики на фізичний розвиток дітей раннього й дошкільного віку, зокрема на поставу. Автором доведено, що саме порушення постави у дітей є комплексним показником їхнього фізичного розвитку і здоров'я загалом.

Проаналізовано моторну складову частину поведінки дітей з порушеннями психомоторики, деталізовано її впливи на особливості постави у дітей раннього та молодшого дошкільного віку. Доведено, що тонічний стан м'язів, м'язова сила, ступінь рухливості у суглобах тулуба й кінцівок, а також точність, рівновага та координація значно впливають на стан постави у зазначеного контингенту дітей.

З іншого боку, проведено аналіз психічної складової частини поведінки дітей з порушеннями психомоторики і показано можливі механізми психогенного впливу на фізичний розвиток дітей, зокрема стан їх постави.

В роботі досліджувались варіанти комплексного впливу порушень психомоторики дітей раннього й молодшого дошкільного віку на їх фізичний розвиток.

**Ключові слова:** психомоторика, порушення, фізичний розвиток, діти, постава.

**Вступ.** Серед великого розмаїття людських рухів С.Л. Рубінштейн виділяє кілька основних їх видів, підкреслюючи, що палітра цих рухів переконує в тому, що «моторика нерозривно сплетена з усім психічним життям людини, тисячею ниточок з нею пов'язана» (Рубінштейн, 1989: 22).

До основних видів рухів С.Л. Рубінштейн відносить такі:

1) рухи пози – рухи м'язового апарату, що забезпечують підтримання й зміну пози тіла шляхом тонічної напруги м'язів;

2) локомоції – рухи, пов'язані з пересуванням тіла в просторі, особливості яких виражаються в ході, поставі тощо;

3) міміка і пантоміміка – виразні рухи м'язів обличчя, рук, усього тіла як безпосередній прояв емоцій;

4) семантичні рухи – рухи, що переростають безпосередні виразні рухи та виступають як носії певного значення, що часто зустрічаються в житті (затверджувальний або негативний жест головою, уклін, рукостискання, аплодування тощо);

5) мова як моторна функція в її динамічному аспекті, її ритміці, інтонації, наголосах, посиленні тощо, що відображають думки й почуття мовця та впливають на слухача;

6) робочі рухи – численні рухи в різних видах трудових операцій і виробничій діяльності, включаючи тонкі рухи пальців рук музиканта, друкарки тощо, а також рухи руки під час письма; від точності, швидкості, координованості робочих рухів, їх спритності як прояву високого рівня координації залежить ефективність виконуваної людиною роботи (Рубінштейн, 1989). Ми вважаємо вельми символічним те, що в представленій класифікації перші два види основних рухів (рухи пози та локомоції) безпосередньо пов'язані з поставою дитини в статичній й динамічній.

За формулюванням В.К. Добровольського, постава – це звична поза невимушено стоячої людини без активного м'язового напруження. Постава дитини є однією з характеристик її фізичного розвитку, яку прийнято оцінювати за такими показниками статури, як лінійні розміри, обсяг і співвідношення довжини й маси тіла.

Однак постава являє собою не тільки антропометричний показник фізичного розвитку дитини, але й біомеханічну, енергетичну складову частину фізіології рухів, естетичну характеристику, пов'язану з поняттям гармонії тіла, а також педагогічну, що забезпечує формування поведінки та самоконтролю. На формуванні постави позначаються як ендогенні (внутрішні) фактори, так і екзогенні (зовнішні). До ендогенних факторів можна віднести спадковість, тип конституції, стан скелета, зв'язок м'язів, рівень розвитку фізичних якостей, темпи зростання дитини. До екзогенних факторів належать характер харчування, перенесені захворювання, фізичне виховання, гігієна праці та навчання, нераціональні заняття спортом, гіподинамія (Нарушение осанки у детей: виды, причины, лечение).

Доведено, що регуляція вертикальної стійкості як провідної ознаки функціонального стану опорно-рухового апарату визначається психо-фізіологічними і психологічними особливостями особистості. Така залежність виражається у взаємозв'язку параметрів стабілометрії (довжини траєкторії, площі статокінезіограми і розподілу ваги на нижні кінцівки) з кількісними та якісними характеристиками переробки інформації, станом психічної напруженості і властивостями особистості, які автор рекомендує використовувати як маркери ризику розвитку порушень постави (Давиденко, 2005).

**Основна частина.** Дослідження низки авторів (Райх, Лоуен, 1996; Солугубов та ін., 2000) також вказують на наявний взаємозв'язок між функцією рівноваги та психофізіологічними особливостями особистості.

Однаковий рівень формування навички рівноваги може досягатися різними шляхами залежно від типологічних властивостей особистості. Це дає змогу припускати вплив психомоторних факторів розвитку дитини на формування її постви. На жаль, нами не було знайдено досить системної інформації з цього питання, що визначило актуальність статті.

**Мета статті** полягає в попередній систематизації основних впливів порушень психомоторики на фізичний розвиток дітей раннього й молодшого дошкільного віку (на прикладі формування постви).

Завданнями дослідження є такі:

- 1) аналіз літературних джерел щодо впливу стану психомоторики на фізичний розвиток дітей раннього та дошкільного віку;
- 2) виявлення особливостей моторної та психічної складової частини поведінки у ракурсі їх впливу на формування постви у зазначеній категорії дітей.

**Методи дослідження.** Використання методу аналізу дало змогу виявити механізми впливу стану моторики та психіки на фізичний розвиток (на прикладі постви) дітей. За допомогою методу синтезу виявлено комплексність психомоторних порушень у формуванні постви дітей раннього та дошкільного віку.

**Результати.** Теоретико-практичну значимість мають результати аналізу даних, що відображають сенсомоторну інтеграцію як прояв процесів конвергенції на кортикальних полях лобної кори нейрональної імпульсації від структур сенсорних систем і від ядер рухової системи задля організації та оптимізації рухової діяльності (Деханова, 2008). На думку Е.Г. Вергунова, сенсомоторна інтеграція як структурний механізм пластичності мозку зумовлює конкретний рівень розвитку інтелекту.

«Нерозривно пов'язане фізичне здоров'я дітей з їх психічним здоров'ям, а також емоційним благополуччям. Виходячи з принципу «здорова дитина – успішна дитина», без вжиття системи заходів з оздоровчої роботи та фізичного виховання дітей неможливим вважаємо вирішення проблеми виховання соціально адаптованої особистості» (Безруких, 2003: 118).

Впливи особливостей психомоторики на фізичний розвиток і формування постви у дітей різною мірою досліджувались в цілій низці робіт (Андрієва, 2017; Безруких, 2003; Білоусова, 2016; Васильєва, 2012; Давиденко, 2005; Деханова, 2008; Дубровинська, 2000; Дудьєв, 2012, 2020; Ільїн, 2003). За твердженням Л.Д. Глазиріної (2003 рік), у дитини четвертого року життя кістки і суглоби легко піддаються деформації під впливом несприятливих умов, фізіологічні вигини хребта нестійкі. Неправильні пози (зведення плечей, опускання одного плеча, постійно опущена голова) можуть стати звичними, порушується постава, що, в свою чергу, негативно впливає на функції кровообігу і дихання.

Т.В. Іванова (2009 рік) у своїх дослідженнях довела, що діти, особливо на початку четвертого року життя, легко здійснюють рухи всією рукою (катають м'яч, машину), оскільки дрібна мускулатура поступається у своєму розвитку великій. Рухи кисті та пальців поступово поліпшуються в процесі творчої діяльності в будівельних і дидактичних іграх. Підйом рук вгору, в сторони, нахили, повороти тулуба й похитування водночас сприяють оволодінню своїм тілом. Джерело розвитку дітей, їх природна потреба – це рух, здійснюваний за рахунок роботи скелетної мускулатури. Надмірне і зайве навантаження, пов'язане з тривалим стоянням, ходінням, перенесенням важких предметів, сидінням за невідповідними росту столами, може негативно вплинути на розвиток опорного скелета, зокрема змінити форму хребта, викликати порушення постви.

Загальновідомо, що нормальна постава – це вміння зберігати правильне положення тіла. У зв'язку з цим виникає два основних запитання, які породжують багато інших.

1) Що означає правильне положення тіла? Чи воно однаково для всіх? Чи у кожного своє правильне положення, яке зумовлене особливостями спадковості, фізичного розвитку, рухової підготовленості, порушень моторики, темпераменту, інтелектуального розвитку, емоційного стану тощо?

Можливо, правильною для конкретної дитини слід вважати таке ортоградне двохопірне положення тіла тут і тепер, яке максимально адекватно передає особливості її психофізичного стану, включаючи як константні складові частини її розвитку, так і миттєві ситуативні особливості життя. З цього гіпотетичного припущення випливає думка про те, що правильна постава завжди різна відповідно до миттєвої життєвої ситуації.

2) Що означає словосполучення «вміння зберігати»? На нашу думку, постава – це миттєвий знімок положення тіла в просторі або процес побудови відносин людини (дитини) із Всесвітом. Постава постійно змінюється як протягом дня, так і в різні вікові періоди. В цьому сенсі термін «вміння зберігати» можна аналізувати значно ширше загальноприйнятих концепцій. Можливо, це вміння зберігати стан рівноваги між фізичною структурою скелету, з одного боку, і гравітаційною силою тяжіння разом із жорсткою опорою, з іншого боку. Це антагоністи першої дуальної пари. Іншу дуальну пару можуть скласти такі ключові протилежні крайнощі, як «Его» дитини й колективний розум навколишнього суспільства. Загалом ці дві дуальні пари формують єдину головну дуальну пару «Дитина у Світі». Виходячи з вищенаведеного, вважаємо доречним говорити про «глобальну рівновагу цивілізованої Людини» (за влучним висловом португальського дослідника Енріке Мартиньш да Кунья).

Можливо, поставу слід вважати шифром, яким людина (дитина) спілкується зі Всесвітом, зокрема силою тяжіння, твердою опорою під ногами, своїми пращурами, оточуючими однолітками, дорослими (батьками, педагогами), своїм минулим і майбутнім, своїми проблемами у розвитку та стосунках?

З огляду на вищенаведене поставу необхідно вважати як показником фізичного розвитку, так і показником психічного стану дитини, віддзеркаленням загального психомоторного розвитку. Зрозуміло, що наявність

різних порушень психомоторики негативним чином впливає на стан постави дитини. Образ дзеркала, що відображає психофізичний стан дитини у формі різних варіантів постави, здається нам дуже доречним.

Далі зупинимось на аналізі взаємовпливів негараздів психомоторного розвитку на фізичний розвиток дитини, зокрема на її поставу.

**«Критерії психомоторного розвитку такі** (виділено мною – В. В.):

- моторика;
- статика;
- умовно-рефлекторна діяльність (1 сигнальна система);
- ВНД (вища нервова діяльність) (останнє доповнено мною – В. В.).

Моторика (рух) – цілеспрямована, маніпулятивна діяльність дитини.

Для здорової новонародженої дитини характерні:

- фізіологічний м'язовий гіпертонус і на цьому тлі згинальна поза;
- рухи хаотичні, агетозоподібні (тремтячі);
- тремор і гіпертонус зникають після 1 міс. життя.

Надалі розвиваються:

- 1) координовані рухи м'язів очей: на 2–3 тижні – можливість фіксації погляду на предметі;
- 2) поворот голови за іграшкою (завдяки цьому відбувається розвиток шийних м'язів);
- 3) мануальна діяльність рук розвивається на 4 міс. життя (наближає до очей і розглядає руки тощо);
- 4) на 4–5 міс. – координація м'язів спини (перевертання зі спини на живіт, на 5–6 міс. – з живота на спину);

5) до кінця 1 року – координований цілеспрямований рух усіх м'язів.

Статика – це фіксація і утримання певних частин тулуба в необхідному положенні.

- 1) Перша ознака статичності – утримання голови в 2–3 міс., в 3 міс. – добре тримає голову;
- 2) сидить – до 6–7 міс.; на 7 міс. – повзання;
- 3) дитина стоїть – в 9–10 міс.;
- 4) ходить – до кінця 1-го року.

Умовно-рефлекторна діяльність (УРД) – адекватна реакція дитини на дратівливі фактори навколишнього середовища і власні потреби.

Головний рефлекс у новонародженого – харчова домінанта; до кінця 1 міс. дитина розглядає обличчя матері; на 2 міс. – посміхається, на 3 міс. – радісний рух руками під час вигляду матері.

Ознаки, що динамічні в часі:

– оральна увага: якщо дитині в 4–5 міс. показати іграшку, вона широко відкриває рот; в 8 міс. – дитина повинна потягнутися за іграшкою; наявність оральної уваги в 1 рік свідчить про затримку психомоторного розвитку;

– комплекс похвалювання: радість під час вигляду батьків, незнайомих людей – в 4–5 міс.; в 8–9 міс. дитина повинна радіти батькам + негативне ставлення до сторонніх.

До ознак УРД належать слухове і зорове зосередження:

- 1) для оцінки слуху: вдарити руками на відстані 30–40 см збоку від дитини → повинна моргнути;
- 2) для оцінки зору: провести яскравим предметом на висоті 30 см над очима з одного боку в протилежний → повинна стежити;

3) до кінця 1-го року виникає сенсорна мова (розуміння окремих слів):

- мова з'являється на 4–6 тижні – гукання; перші звуки – гуління (а, гу, е-е);
- в 6 міс. – окремі склади (ба-ба, ма-ма), дитина не розуміє значення (лепет);
- до 1-го року – в запасі 8–12 слів + розуміння їх значення (дай, мама);
- у 3 роки – 300 слів, короткі речення.

Вища нервова діяльність (ВНД) – ознака дозрівання розумової здатності та інтелекту людини. Остаточний висновок про стан ВНД можливо зробити в 5–6 років» (Васильєва, 2012: 26–27).

Авторка так описує динаміку психомоторного розвитку. «Розрізняють 4 етапи (рівня) формування психіки дитини.

Перший етап – **соматовегетативний – моторний** (виділення моє – В. В.) – перші 2 роки дитини; характеризується оволодінням основними моторними навичками протягом першого року життя дитини.

Другий етап – **психомоторний (сенсорний)**, триває від 3 до 6 років. Рухи набувають психомоторного характеру, тобто стають усвідомленими. Сенсомоторний розвиток є базою для формування всіх психічних функцій, в тому числі сприйняття, уваги, цілеспрямованої діяльності, мислення і свідомості.

Третій етап – формування стабільного емоційного фону, триває від 7 до 10 років. Діяльність дітей набуває постійного індивідуального характеру.

Четвертий етап – афективно-ідеаторний (11–12 років). Формуються ускладнені поняття, судження, умовиводи. Діти починають будувати в розумі попередній план вчинків. Мислення стає абстрактним. Починає формуватися особистість» (Васильєва, 2012: 29–30).

В оцінці психомоторного розвитку дослідниця пропонує виділяти два рівня, такі як психічний і моторний. У психічному розвитку враховується підрівень розвитку мови (моторна й сенсорна мова) і підрівень соціальної адаптації (показники сенсорного та емоційного розвитку, ігрової діяльності тощо). У моторному розвитку виділяють підрівень загальної моторної діяльності і підрівень ручної вмілості.

Психомоторний розвиток враховується під час дослідження стану здоров'я дитини до 6 років життя в такі вікові інтервали: до 1 року – 1 раз на місяць; до 3 років – 1 раз на 3 місяці; з 3 до 6 років – 1 раз на 6 місяців.

Яким же чином порушення психомоторного розвитку можуть негативно впливати на загальний фізичний розвиток дитини, зокрема її поставу? Розглянемо найбільш типові варіанти, які зустрічалися в нашій корекційній практиці (рис. 1). Почнемо з моторних порушень, тобто проаналізуємо стан статики і моторики дитини:

Варіант 1 – порушення тону м'язів внаслідок пригнічення або травмування окремих відділів центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді або безпосередньо під час пологів. Ці порушення можуть як охоплювати усе тіло і бути загальними, так і мати обмежену локалізацію (наприклад, з однієї сторони тіла або тільки у плечовому поясі та верхніх кінцівках). Порушення тону м'язів бувають трьох основних видів, таких як м'язова гіпотонія, м'язова гіпертонія, м'язова дистонія.

За варіанту м'язової гіпотонії патомеханізм виникнення порушень постави полягає в тому, що увесь м'язово-фасціальний корсет або окремі його ділянки не в змозі повноцінно функціонувати і підтримувати тіло у необхідному положенні. В першому випадку на фоні м'язової млявості виникають різні викривлення у фронтальній, сагітальній і горизонтальній площинах, вони мають нестабільний, мінливий характер.

В другому випадку (локального тонічного ураження) частіше за все викривлення постави виникають на тлі асиметрій тонічного стану в тій або іншій частині тіла. Це провокує формування сколіотичної постави, тобто викривлення хребтного стовбура у фронтальній площині (вбік).



Рис. 1. Вплив порушень психомоторики на фізичний розвиток дітей (на прикладі формування постави)

Якщо гіпотонічний варіант стану м'язів спонукає тіло кожного разу шукати нове положення залежно від пози та дії сили тяжіння, то гіпертонічний варіант м'язових утворень, навпаки, формує стабільні викривлення хребта, зумовлені тим, що спазм сам по собі є своєрідним фіксатором біолонок тіла у відповідному неприродному положенні.

За дистонічного варіанта у м'язових утвореннях також виникає нестабільність положення як окремих біолонок тіла, так і опорно-рухового апарату загалом, тому порушення постави можуть спостерігатися у всіх трьох площинах.

Варіант 2 – недорозвиненість м'язового корсету дитини внаслідок першочергових органічних уражень центральної нервової системи або хронічної обмеженості рухово-ігрової діяльності дитини через особливості психічного розвитку.

Зазвичай діти з порушеннями психомоторики мають ускладнений акушерський анамнез, який повинен насторожити педагога. Частіше за все вже на етапі анамнестичного дослідження це говорить про те, що

у дитини можуть бути якісь негаразди у фізичному та психічному розвитку. Можна говорити про загальну психофізичну недорозвиненість дітей з порушеннями психомоторики. У таких дітей часто спостерігаються парези окремих м'язів або м'язових груп, тобто часткове випадіння рухової функції, яке можна з першого погляду й не помітити. Наявність у дитини парезів у верхніх кінцівках, тулубі та нижніх кінцівках (у різних топографічних варіантах) спотворює її повноцінну рухово-ігрову діяльність, що негативно відбивається на розвитку м'язово-фасціальних утворень.

Зниження абсолютної сили окремих м'язових груп призводить до відповідного зниження силової витривалості м'язового корсету, а саме завдяки такій м'язовій витривалості дитина зберігає стійку позу тіла в ортоградному двохопірному положенні. Із цього причинно-наслідкового ланцюжка стає зрозумілим, що зниження силових здібностей дитини з порушеннями психомоторики негативним чином відбивається на її загальному фізичному розвитку, зокрема поставі.

Варіант 3 – порушення комплексу координаційних якостей, у який входять рівновага, координація й точність. Особливе значення для збереження стійкого положення тіла на місці відіграє статична рівновага, тобто вміння балансувати на місці. Функція статичної рівноваги досліджується за допомогою медичних проб (поза Ромберга-1, поза Ромберга-2, поза Ромберга-3) педагогічних тестів за методикою М.М. Єфименка (тест «Журавлик-1», «Журавлик-2», «Нумо, розвернись!») та апаратних комп'ютерних вимірювань за допомогою стабілографічної платформи (наприклад, «Стабілан-01»). Дослідження функції статичної рівноваги у дітей дошкільного віку з порушеннями психомоторики (Бочков, 2020) виявили їхнє помітне відставання в показниках цієї функції від здорових однолітків. Зрозуміло, що зниження або викривлення функції статичної рівноваги негативним чином відіб'ється на стані постави дитини, роблячи її нестабільною, невпевненою, мінливою.

Тепер зупинимось на розгляді варіантів впливу на фізичний розвиток і поставу дітей з порушеннями психомоторики психічної складової частини, що віддзеркалює особливості вищої нервової діяльності дитини, під якою зазвичай розуміють функціонування вищих відділів центральної нервової системи, яка забезпечує індивідуальне поведінкове пристосування людини до умов оточуючого та внутрішнього середовища, які постійно змінюються. Вища нервова діяльність – це сукупність нервових процесів, що визначають поведінку та психічні характеристики індивіда.

Беручи за основу бодинамічний аналіз Лізбет Марчер (Бодинаміка: структури характеру візуально), можемо виділити такі основні варіанти впливу порушень психомоторики на фізичний розвиток дітей.

Варіант 1 – нейтральний відгук м'язів. Тоді як м'яз уперше починає підкорятися довільному контролю, а також використовується у своїй психомоторній функції, дитина стає дуже чуйною до того, як навколишнє середовище приймає і відповідає на її конкретну дію. Якщо використання м'язу в самовираженні зустрічає відповідне позитивне підтвердження і підкріплення, в ньому буде розвиватися так звана нейтральна чуйність. М'яз буде гнучким, пружним, «ідеальним»: імпульс у ньому буде добре відчуватися, а рух у відповідних обставинах буде легко здійснюватися. Одночасно такий м'яз буде залишатися розслабленим або нефункціональним, коли його активність не потрібна. Коли у м'яза є можливість вибору відповідати чи ні, діяти чи ні так, як диктує ситуація, його з позиції бодинаміки називають м'язом, що має ресурс.

Зрозуміло, що наявність саме таких м'язів зможе забезпечити адекватне реагування тіла (положення тіла, пози) на гравітаційний вплив у положенні стоячи або на оптимальну позу в будь-яких рухово-ігрових проях. Постава при цьому варіанті буде ідеальною або близькою до такої.

Варіант 2 – гіповідгук м'язів. Якщо дитина багаторазово або повторно піддається фрустрації на початку часового періоду, в якому психомоторна дія вперше підпадає під довільний контроль, м'яз може стати слабким щодо чуйності. Нагадаємо, що фрустрація – це своєрідний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості й діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи. Цей ослаблений відгук може також виникнути, якщо дитина стикається з нездійсненим завданням або сильно напружується в цьому аспекті розвитку, не маючи достатньо сил і підтримки, щоби впоратися з конкретним стресом. Надалі використання цього м'яза може супроводжуватися різними ступенями відмови, загальмованості або втрати імпульсу. В бодинаміці цю тенденцію називають гіповідгуком, а м'яз – таким, що генерує гіповідгук. Ставши дорослою, така особистість, образно висловлюючись, не відчуває достатнього імпульсу в м'язах, тому психологічна функція не так доступна. Коли активізується м'яз, що генерує гіповідгук, людина може відчути себе втомленою, рухи можуть відчуватися занадто важкими або болючими, її можна легко привести в замішання, у неї часто виникне бажання здатися. Часом можуть виникати відчай, смуток і безпорадність. Цей психічний стан відображає ті почуття, які були в момент м'язового імпринтингу. У психології імпринтинг – це механізм відображення образів, вражень, сукупності переконань тощо, які були сприйняті в певний критичний період розвитку. У моменти імпринтної вразливості психіка перебуває в такому стані, коли будь-які відображені образи сприймаються підсвідомо, без логічної обробки. Ці образи згодом перетворюються на стійку поведінкову програму.

Механізм імпринтингу діє не тільки після народження в період перших 6–7 місяців. Відображення може відбуватися в критичні моменти життя вже дорослої людини. Імпринт часто формується в результаті сильних психічних потрясінь і нервових переживань. Коли людина перебуває в стресовому стані, пізнаючи якусь абсолютно нову для неї грань життя, відбувається миттєве підкіркове навчання.

Імпринти неможливо аналізувати логічно, оскільки відображення відбувається на тлі сильних емоційних сплесків. Ці незабутні образи формують поведінку людини і в подальшому дуже складно піддаються зміні.

У дітей з гіповідгуком м'язів фізичний розвиток буде відбуватися за своєю умовною траєкторією. По-перше, добова рухово-ігрова активність такої дитини буде тією чи іншою мірою знижена порівняно зі здоровими однолітками. Загальна кількість основних локомоцій протягом дня буде меншою, що негативно впливатиме на подальший загальний психофізичний розвиток дитини.

По-друге, окремі групи м'язів з гіповідгуком не дадуть змогу дитині повноцінно виконувати той чи інший рух, у якому вони задіяні. Особливо подібна ситуація «відмови» може виникнути під час активної змагальної діяльності дошкільників на тлі бурхливих емоційних проявів у дитини.

По-третє, для підтримання оптимальної постави м'язи мають бути витривалими, бо саме завдяки цьому протягом досить тривалого часу підтримується стійке положення тіла в просторі. В цьому разі порушення постави у дітей будуть розвиватися за гіпотонічним типом, який було описано вище. Викривлення хребетного стовбура будуть спостерігатися у всіх можливих площинах, а саме фронтальній, сагітальній та вертикальній. Сама постава при цьому буде нестабільною, мінливою, нестійкою.

Варіант 3 – гіпервідгук м'язів. Гіпервідгук – це в певному сенсі те, що називається в концепції Райха «тілесною бронєю», визнаною більшістю сучасних психотерапевтів. У дорослої людини імпульс у м'язі з гіпервідгуком має тенденцію до стримування і/або може примусово повторно викликатися. Коли задіюється подібний м'яз, людина може відчувати різний ступінь контролю, тяжкості, напруженості, ригідності і/або занадто великого зусилля. Маючи високий ступінь контролю, людина може відчувати себе «відрізаною» від інших і від власної енергії, а також відчувати брак гнучкості і пружності. Вона втрачає повноту своєї енергії. М'язи, що гіперреагують, виконують надконтроль і стримують імпульс, що в них знаходиться. У свій час така людина з якихось причин навчилася утримувати і/або контролювати енергію.

Отже, фізичний розвиток такої дитини також буде мати свою відповідну специфіку. Перш за все у неї в різному ступені буде знижена рухливість у суглобах біоланок тіла, особливо в тих регіонах, де патологічне м'язове напруження сконцентровано. Це негативним чином віддзеркалиться на стані гнучкості дитини: її рухи будуть менш пластичними, не такими естетичними і виразними.

М'язова «броня» буде обмежувати також координаційні можливості дитини, бо для швидкого регулювання положення тіла в просторі необхідно мати досить високий ступінь свободи рухів у всіх біоланках тіла.

У дітей із м'язовим гіпервідгуком будуть обмежені швидкісні можливості, бо гіпертонічний м'яз не в змозі швидко чергувати стан розслаблення та напруження, тобто бути лабільним. Відповідно, у таких дітей будуть обмежені швидкісно-силові прояви, що особливо наочно буде спостерігатися під час бігу на короткі дистанції, підстрибувань (на місці та з пересуваннями), а також стрибків.

Порушення постави у дітей із м'язовим гіпервідгуком характеризуються такими особливостями.

1) Викривлення постави мають форму фіксованого спотвореного положення хребетного стовбура, частіше за все сколіотичного типу, бо напруженість м'язово-фасціальних утворень здебільшого буває асиметричною.

2) Ця психомоторна ригідність створює певні перешкоди щодо корегування постави у таких дітей і потребує додаткового психологічного втручання за допомогою спеціальних психотерапевтичних технік.

**Висновки.** Підсумовуючи виконане дослідження, сформулюємо попередні загальні висновки.

1) Аналіз літературних джерел з проблеми, а також багаторічний особистий досвід практичної роботи з дітьми з порушеннями психомоторики дають змогу стверджувати, що первинні психомоторні порушення в подальшому негативно впливають на загальний фізичний розвиток таких дітей.

2) Порушення постави як віддзеркалення стану загального фізичного розвитку дітей з порушеннями психомоторики є наслідком як моторних проблем, так і дизонтогенезу їхнього психічного розвитку.

3) До головних порушень моторного розвитку, які негативно впливають на формування постави у дітей зазначеного контингенту, слід віднести порушення тону м'язів, недорозвиненість м'язового корсету і недостатню сформованість комплексу координаційних якостей (точності, координації, статичної рівноваги).

4) На основі концепції бодинамічного аналізу Лізбет Марчер нами було виділено такі основні варіанти негативних психомоторних впливів на формування постави у дітей: діти з нейтральним відгуком м'язів, діти з гіповідгуком м'язів, діти з гіпервідгуком м'язів з характерними для них поведінковими моделями.

Перспективи подальших досліджень у цьому науковому напрямі вбачаємо в більш глибокому і всебічному дослідженні особливостей психічної складової частини психомоторних порушень у контексті їх впливу на фізичний розвиток дитини, зокрема на формування її постави.

#### Список використаних джерел:

1. Андреева О. Б. Педагогические условия формирования правильной осанки у детей младшего дошкольного возраста. Выпускная квалификационная работа. Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 2017. 52 с.
2. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: физиология развития ребенка. Москва : Академия, 2003. 416 с.
3. Белоусова Н.А., Шибкова Д.З. Особенности психомоторных функций у подростков с нарушениями осанки. Челябинск : Челябинский государственный педагогический университет, 2016. С. 34–39.
4. Васильева Е.И. Физическое и психомоторное развитие детей / ГБОУ ВПО ИГМУ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Иркутск : ИГМУ, 2012. 44 с.
5. Давыденко Д.Н., Григорьев В.И. Психофизиологические основы функциональных состояний : учебное пособие. Санкт-Петербург : изд-во СПбГУЭФ, 2005. 242 с.

6. Деханова И.М. Индивидуально-типологические особенности физического и интеллектуального развития детей 6–7 лет : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2008. 29 с.
7. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии : учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва : ВЛАДОС, 2000. 144 с.
8. Дудьев В.П. Психомоторика детей с ограниченными возможностями здоровья. Барнаул : Алт ГПУ, 2020. 360 с.
9. Дудьев В.П. Психомоторика: норма и патология : учебное пособие. Барнаул : АлтГПА, 2012. 337 с.
10. Дудьев В.П. Психомоторика : словарь-справочник. Москва : ВЛАДОС, 2008. 366 с.
11. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека : учебник для вузов. Серия: Учебник нового века. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 384 с.
12. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии : в 2 т. Москва : Педагогика, 1989. Т. 2. Ч. 4, 5. 328 с.
13. Нарушение осанки у детей: виды, причины, лечение. URL: <https://sosudoff.ru/raznoe/narushenie-osanki-u-detej-vidy-prichiny-lechenie.html>.
14. Бодинамика: структуры характера визуально. URL: <https://sobborus.ru/bodinamika-strukturyi-xaraktera-s-illyustracziyami>.

#### References:

1. Andreeva O.B. (2017). Pedagogicheskie usloviia formirovaniia pravilnoi osanki u detei mladshogo doshkolnogo vozrasta [Pedagogical conditions for the formation of correct posture in children of primary preschool age]. Vypuskaiaia kvalifikatsionnaia rabota. Uralskii gosudarstvennyi pedagogicheskii universitet. Ekaterinburg. 52 s. [in Russian].
2. Bezrukikh M.M. (2003). Vozrastnaia fiziologiiia: fiziologiiia razvitiia rebenka [Age physiology: developmental physiology of the child] / M.M. Bezrukikh, V.D. Sonkin, D.A. Farber. Moskva: Akademiia. 416 s. [in Russian].
3. Belousova N.A., Shibkova D.Z. (2016). Osobennosti psikhomotornykh funktsii u podrostkov s narusheniami osanki [Features of psychomotor functions in adolescents with postural disorders]. Cheliabinskii gosudarstvennyi pedagogicheskii universitet. P. 34–39 [in Russian].
4. Vasileva E.I. (2012). Fizicheskoe i psikhomotornoe razvitie detei [Physical and psychomotor development of children]. GBOU VPO IGMU Ministerstva zdravookhraneniia i sotcialnogo razvitiia Rossiiskoi Federatsii. Irkutsk: IGMU. 44 s. [in Russian].
5. Davydenko D.N. (2005). Psikhofiziologicheskie osnovy funktsionalnykh sostoianii: Uchebnoe posobie [Psychophysiological foundations of functional states: Textbook] / D.N. Davydenko, V.I. Grigorev. Sankt-Peterburg: Izd-vo SPbGUEF. 242 s. [in Russian].
6. Dekhanova I.M. (2008). Individualno-tipologicheskie osobennosti fizicheskogo i intellektualnogo razvitiia detei 6–7 let [Individual-typological features of the physical and intellectual development of children 6 - 7 years old]: avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. Sankt-Peterburg. 29 s. [in Russian].
7. Dubrovinskaia N.V. (2000). Psikhofiziologiiia rebenka: Psikhofiziologicheskie osnovy detskoii valeologii: Ucheb. posob. dlia stud. vyssh. ucheb. zavedenii [Psychophysiology of the child: Psychophysiological foundations of children's valeology: Textbook. manual. for stud. higher. study. establishments] / N.V. Dubrovinskaia, D.A. Farber, M.M. Bezrukikh. Moskva: Gumanit. izd. tcentr VLADOS. 144 s. [in Russian].
8. Dudev V.P. (2020). Psikhomotorika detei s ogranichennymi vozmozhnostiami zdorovia [Psychomotor skills of children with disabilities]. Barnaul: Alt GPU. 360 s. [in Russian].
9. Dudev V.P. (2012). Psikhomotorika: norma i patologiia: uchebnoe posobie [Psychomotor skills: norm and pathology: textbook]. Barnaul: AltGPA. 337 s. [in Russian].
10. Dudev V.P. (2008). Psikhomotorika: slovar-spravochnik [Psychomotor: reference dictionary]. Moskva: VLADOS. 366 s. [in Russian].
11. Ilin E.P. (2003). Psikhomotornaia organizatsiia cheloveka: Uchebnik dlia vuzov [Psychomotor organization of a person: Textbook for universities] / Serii: Uchebnik novogo veka. Sankt-Peterburg: Izd-vo Piter. 384 s. [in Russian].
12. Rubinshtein S.L. (1989). Osnovy obsheii psikhologii [Fundamentals of General Psychology]: v 2 t. Moskva: Pedagogika. T. 2. Ch. 4, 5. 328 s. [in Russian].
13. <https://sosudoff.ru/raznoe/narushenie-osanki-u-detej-vidy-prichiny-lechenie.html>.
14. <https://sobborus.ru/bodinamika-strukturyi-xaraktera-s-illyustracziyami>.