

УДК 616.211/.711:371.7

Беседа Володимир

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова

ORCID ID 0000-0003-4262-6629

DOI 10.24139/2312-5993/2021.03/012-026

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ПОСТАВИ У ФРОНТАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ В ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОМОТОРИКИ

Метою дослідження є пошук і відповідна системна структуризація основ корекції постави у фронтальній площині в дітей раннього і молодшого дошкільного віку з порушеннями психомоторики засобами ортопедагогіки та ортопсихології. Методи дослідження: метод аналізу та метод педагогічних спостережень. Сформульовано такі висновки: постава дитини є формою та функцією відношення до Всесвіту; нормалізація постави можлива за умовами інтегративних підходів у загальному комплексі «постова-ПОСТАВА»; визначено певний корекційний алгоритм у фізичній реабілітації та психологічній корекції подолання порушень постави в дітей. Перспективи можуть лежати в пошуку додаткових корекційних впливів.

***Ключові слова:** постава, корекція, порушення психомоторики, діти раннього і молодшого дошкільного віку, фронтальна площина.*

Постановка проблеми. Загальновідомо, що ранній вік є найбільш перспективним для корекції недоліків фізичного і психічного розвитку. Центральна нервова система в цьому віці ще досить пластична і має великий компенсаторний ресурс, що можна ефективно використовувати в корекції фізичного розвитку дітей з порушеннями психомоторики.

Аналіз актуальних досліджень. Цими питаннями займалася низка фахівців: М. Єфименко, К. Левчушина, Т. Майєрс, О. Мастюкова, М. Мога, О. Приходько, Ю. Разенкова, але в них ми не знайшли достатньо досліджень з питань корекції постави в таких дітей, зокрема з подолання порушень постави у фронтальній площині (при сколіотичній поставі). Такий стан справ обумовив актуальність даної статті.

Метою дослідження є пошук і відповідна системна структуризація основ корекції постави у фронтальній площині в дітей раннього і молодшого дошкільного віку з порушеннями психомоторики засобами ортопедагогіки та ортопсихології.

Методи дослідження: Для досягнення поставленої мети нами були використані теоретичні методи: конкретизація та узагальнення теоретичних положень задля аналізу наукового тезаурусу дослідження; теоретичний аналіз, синтез, систематизація джерел із метою формулювання ключового поняття дослідження.

Виклад основного матеріалу. У попередній статті цього циклу нами вже досліджувалися психолого-педагогічні основи корекції постави в дітей з

порушеннями психомоторики, але тоді мова йшла про викривлення постави саме в сагітальній площині. Було відібрано найбільш ефективні напрями корекції постави вказаного контингенту дітей як засобами фізичного виховання, так і з використанням психологічних можливостей. У цій статті ми будемо дотримуватися подібного алгоритму описання, наповнюючи його новим корекційним змістом.

Стратегією фізичної корекції постави в дітей із порушеннями психомоторики передбачається використання таких корекційних напрямів, як:

- масажна гімнастика (Бєседа, 2008);
- корекційний боді-тренінг дорослих і малюків (Єфименко та Бєседа, 2010; 2011; 2012);
- корекційний бебі-пластик-шоу (М. Єфименко та Ю. Єфименко, 2020);
- адаптована міофасціальна коригуюча гімнастика (Мога, 2019).

Стратегію психологічної корекції порушень постави в дітей раннього і молодшого дошкільного віку з порушеннями психомоторики передбачається використання таких корекційних напрямів:

- робота психолога з гармонізації родинних взаємовідносин;
- корекція психічного стану самої дитини;
- елементи бодинаміки для гармонізації психофізичного стану дитини.

Спочатку має сенс зупинитися на особливостях порушень постави саме у фронтальній площині – ураховуючи вік дітей, мову треба вести про сколіотичну поставу, або про тенденцію до формування сколіотичної постави, яка може в подальшому сформуватися у відповідному віці дитини (у 7 років і пізніше). Як ми вже писали в попередніх статтях (Бєседа, 2019, с. 19-26; Бєседа, 2019, с. 29-36) для сколіотичної постави (для сколіозу) характерними є структурно-функціональні асиметрії, які спостерігаються в тілі дитини у фронтальній площині. На наш погляд, з методологічної позиції ці асиметрії слід вважати основними, базовими, найбільш впливовими на психофізичне благополуччя дитини, бо вони символізують асиметрію між лівою і правою частинами тіла, між лівою і правою півкулями головного мозку. Умовно такі асиметрії можна вважати асиметріями першого порядку. При порушеннях постави в сагітальній площині також існують асиметрії між передньою і задньою частинами тіла, але, на нашу думку, їх слід віднести до асиметрій другого порядку. І це тому, що за такого варіанту головна симетрія між лівою і правою частинами тіла може зберігатися. Чого не можна сказати про варіант із порушеннями симетрії у фронтальній площині.

Якщо аналізувати фізичний аспект таких порушень, то частіше за все такі бокові викривлення хребта є наслідком асиметричного ураження

центральної нервової системи дитини в період внутрішньоутробного розвитку або в процесі пологів. На нашу думку, в основі більшості варіантів сколіозів лежать парези окремих м'язів або цілих м'язово-фасціальних утворень зліва або справа. Залежно від рівня ураження нервової системи такі парези можуть бути млявими, спастичними або дистонічними (змішаними). Виникаюча при цьому тонічна асиметрія загального м'язово-фасціального корсету приводить до формування бокових викривлень хребетного стовбура, тобто – до сколіотичної постави.

Якщо аналізувати порушення постави в дітей як віддзеркалення їхнього психічного стану, то стає зрозумілим, що в загально філософському сенсі ці викривлення демонструють деформацію відносин між батьками, між дитиною й однолітками, між дитиною та соціумом. Формується своєрідний «викривлений шлях життя». Тут доречною може бути аналогія з «серединним шляхом» або з «третім шляхом» у деяких філософіях світу (наприклад, буддизму). Саме цей серединний шлях символізує рівновагу життєвої позиції людини, що виключає застосування крайніх варіантів реалізації життєвого шляху або світогляду людини.

Таким чином, з огляду на вищенаведене, головною метою корекції постави дітей раннього і молодшого дошкільного віку є знаходження балансу між лівою та правою життєвими позиціями, між татом і мамою, між лівою та правою сторонами тіла, між лівою і правою півкулями головного мозку, між раціональним та інтуїтивним, між чоловічим і жіночим, між дитиною й батьками та ін.

Говорячи про можливість фізичної реабілітації, зупинимось на арсеналі **масажної гімнастики В. Бєсєди** (Бєсєда, 2008). Розглянемо гіпотонічний варіант розвитку одностороннього парезу, коли, наприклад, верхня або нижня кінцівка справа знаходиться в гіпотонічному стані і провокує, тим самим, формування відповідного сколіотичного викривлення. У цій ситуації корекційна тактика має реалізовуватися за таким алгоритмом:

1. За допомогою стимульовальних масажних прийомів на цих кінцівках намагатися підвищити тонус м'язів, щоб наблизити його до стану м'язів здорової сторони тіла.

2. Посилити цей стимулюючий вплив можна за допомогою відповідних фізичних вправ, зокрема на згинання кінцівок у всіх суглобах.

3. Для підйому м'язового тонузу слід використовувати вправи як у ізотонічному, так і у ізометричному режимах вправлення.

4. Особливо цінними вважаються вправи ізометричного характеру, коли дитини виконує м'язове напруження, а кінцівка при цьому не змінює

свого вихідного положення. Такий підхід можна умовно назвати «внутрішнім», коли зовні майже не видно ніякої корекційної роботи – вона відбувається на рівні м'язових волокон.

5. Масаж має передувати фізичним м'язовим вправленням.

6. Працюючи над паретичною кінцівкою, слід урахувати те, що вона через деякий час може перевантажитись і за механізмом компенсації «передати» свої функції більш збереженій, здоровій кінцівці. Щоб не допустити формування цього порочного кола, слід постійно збалансовувати тренування кінцівок як з правої, так і з лівої сторони. Формули тут можуть бути такими: 3:1, 4:1, 5:2. Прокоментуємо перший варіант: спочатку треба зробити 3 вправи для паретичної кінцівки, утворення, сторони, після чого виконати одну вправу для протилежної кінцівки, утворення, сторони тіла.

А тепер зупинимось на варіанті спастичного парезу лівої сторони тіла, коли м'язи верхньої і/або нижньої кінцівки знаходяться в протилежному, гіпертонічному стані. Це характерно для лівобічного спастичного геміпарезу при ДЦП або варіантах більш легких уражень центральної нервової системи.

У цьому випадку корекційна тактика з подолання порушень постави в дітей має відбуватися за таким алгоритмом:

1. Спочатку треба виконати релаксаційні, розслаблюючі прийоми масажу на спастичних кінцівках: зняти в них зайву патологічну напругу. Таким чином відбувається перший етап збалансовування тонічного стану м'язово-фасціальних утворень лівої і правої сторони тіла дитини.

2. Далі необхідно виконати комплекс вправ із подолання тугорухливості в суглобах проблемних кінцівок. Це буде сприяти подальшому розслабленню напружених м'язів, а в перспективі – стимулювати функціональну діяльність паретичних біолонок тіла, стимулюючи, тим самим, розвиток недорозвинених м'язів.

3. Керуючись фізіологічним механізмом реципрокної іннервації для зниження спастичності в одній групі м'язів (наприклад, згиначів), необхідно стимулювати діяльність протилежної групи м'язів-антагоністів, тобто – розгиначів. У цьому контексті необхідно використовувати вправи для стимулювання м'язів-розгиначів (наприклад, для рук – це різні пози і вправи у вихідних положеннях упору лежачи, позі «кобри», позі «планки»).

4. Для запобігання перевтомлення м'язів з одного боку (однієї кінцівки) періодично треба навантажувати м'язи протилежної кінцівки за формулами: 3:1, 4:1, 5:2. Наприклад, робимо 4 вправи для кінцівок лівої сторони, підсилюємо їх функціональність. Але не доводимо м'язи до

втомлення, до захисного спазмування, бо від цього стану м'язів проблема спастичності тільки посилиться.

Значні педагогічні можливості містить у собі такий напрям корекції постави в дітей, як **корекційний боді-тренінг дорослих і малюків** (Єфименко та Бєседа, 2010; 2011; 2012). Ця технологія більше 10 років перевірялася в практиці корекції фізичного розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату й не вичерпала всіх своїх методичних можливостей.

Однією з найунікальніших її рис є те, що в процесі спільного фізичного тренінгу дорослих (батьків дитини) з дитиною відбувається не тільки тренування фізичного тіла дитини, її опорно-рухового апарату. Крім цього велике значення мають спільні рухово-ігрові відносини між батьками в процесі тренінгу та батьками і їх дитиною. Таким чином, цей напрям можна віднести до комплексної технології розвитку та корекції психомоторики в дітей з різними порушеннями фізичного і психічного розвитку.

У контексті корекції постави в дітей раннього і молодшого дошкільного віку можливості корекційного боді-тренінгу дорослих і дітей можна використовувати за таким алгоритмом:

«Виходячи з багаторічного особистого досвіду використання технології корекційного боді-тренінгу для дітей з особливостями фізичного і психічного розвитку, пропонуємо такі методичні напрями його застосування щодо корекції постави-ПОСТАВИ в дітей раннього і молодшого дошкільного віку з порушеннями психомоторики у фронтальній площині:

1. Розслаблення (релаксація) фізичного і психічного стану дитини.
2. Дозоване розтягування скелетних та м'язово-фасціальних утворень, їхнє вирівнювання за основними лініями тіла (повздожніми, поперечними та діагональними).
3. Укріплення основних м'язово-фасціальних ліній, що підтримують тіло дитини у фронтальній площині у вертикальному положенні (поверхнева фронтальна лінія, поверхнева задня лінія, латеральні лінії та ін.).
4. Розтягування (розслаблення) напружених м'язово-фасціальних ліній на увігнутій стороні тілі (при правобічному тотальному сколіозу це – ліва сторона).
5. Стимуляція (укріплення, збудження) м'яких і ослаблених м'язово-фасціальних утворень на опуклій стороні хребетного стовбура (при правобічному тотальному сколіозі це – права сторона).
6. Досягнення м'язово-фасціального балансу між усіма основними лініями у формі нового статодинамічного патерну постави.

7. Формування корекційного резерву в опорно-руховій системі дитини для запобігання рецидивуванню сколіотичної постави в її первинному патологічному виді» (Бєседа, 2021).

Перші два корекційних напрями можна об'єднувати в роботі з дітьми, бо загальне розслаблення скелету дитини створює необхідні умови для його подальшого дозованого розтягування. Для розслаблення зазвичай використовуються різні варіації пози «ембріону» та «напівембріону»: дитина приймає її самостійно, або між двома дорослими (батьками), які навмисно своїми тілами обмежують рухово-ігровий простір дитини. Також для прийняття таких поз можна використовувати сферичні біоланки тіла дорослого: стегна, зігнуті коліна, опуклу спину, сідниці. Дитина розташовується на них зверху і під дією сили тяжіння приймає згинальне розслаблене положення.

Підготувавши дитину таким чином, треба переходити до наступного етапу корекції – дозованого розтягування. Його можна виконувати двома шляхами:

1) завдяки аутотракції, коли скелет дитини під дією сили тяжіння у спеціальних положеннях тіла «на схилі» подовжується завдяки м'якій тракції міжхребцевих утворень;

2) за допомогою активної тракції з боку двох дорослих (батьків), які обережно розтягують дитину в протилежні сторони за руки та ноги.

Для посилення тракційного ефекту можна додати в цих позах вібраційного впливу, який виконує один із батьків або батьки разом: розгойдування, коливання, потрушування, хвильові рухи в усіх площинах тощо.

Далі мають іти комплекси вправ з помірним м'язовим навантаженням на всі основні міофасціальні лінії для загального укріплення м'язового корсету та опорно-рухового апарату в цілому. Таким чином, ми формуємо потенціальний фундамент для подальших корекційних впливів. На цьому етапі використовуються вправи для укріплення всіх основних м'язових груп, починаючи з вихідних положень лежачи і закінчуючи стоячими положеннями. Дорослі дозують свою допомогу під час виконання дитиною тієї або іншої вправи, поступово зменшуючи її до мінімуму і стимулюючи таким чином самостійну рухово-ігрову діяльність дитини.

Наступним корекційним етапом має стати розтягування спазмованих м'язових груп на увігнутій стороні тіла. Для цього необхідно виконати комплекс пасивних вправ для подолання існуючої м'язової напруги з одного боку. Першими необхідно виконувати пасивні вправи, коли дитина буде знаходитися в розслабленому стані, а дорослі – використовувати напрямок сили тяжіння – це різні варіанти вправ лежачи на боці у

відповідній позі (задіюючи в якості опори одну чи дві біоланки тіла дорослих). Далі треба посилити цей коригувальний вплив за допомогою вправ з активними «примусовими» зусиллями з боку дорослих.

Після досягнення необхідного розтягування, розслаблення локальних спазмованих м'язових утворень, слід переходити до наступного етапу корекції постави у фронтальній площині – активним контр-вправам з боку дитини, завдяки яким тулуб буде нахилитися (згинатися) в бік, протилежний патологічному викривленню. Стимулювати виконання цих вправ можна за допомогою таких методичних прийомів:

а) використовуючи предмети, які дитина повинна перекласти з одного боку в інший, або з одного місця в інше;

б) активно задіюючи другого дорослого (тата або маму), до якого дитина буде апелювати в процесі рухово-ігрової діяльності.

Посилити асиметричний тип рухів дитини також зможе прийом застосування дозованих штучних перешкод у вигляді м'язового опору, який дозовано буде здійснювати один з дорослих (батьків), наприклад, не віддаючи зразу м'яча дитині.

Далі має йти етап апробації досягнутого корекційного ефекту, коли педагог протягом певного часу буде спостерігати за положенням тулуба дитини в різних статичних та динамічних режимах рухово-ігрової діяльності. Якщо будуть помітні асиметрії статичної та/або динамічної в одній або двох-трьох площинах (фронтальній, сагітальній та горизонтальній), необхідно буде повернутися до попередніх етапів корекції постави й посилити коригуючий вплив завдяки додатковим вправлянням.

Після подолання патологічних асиметрій або зменшення їх до можливого мінімуму слід сформулювати в дитини додатковий м'язово-фасціальний резерв, що дозволить запобігти рецидивуванню скліотичної постави в дитини. На цьому етапі корекції актуалізується проблема мотивації рухово-ігрової діяльності дітей, яка має відбуватися на більш високому функціональному рівні. Цю проблему можна подолати завдяки посиленню театралізації корекційного процесу, використанню тотального ігрового методу, зокрема, методичному прийому дозованої драматизації, який значною мірою активізує рухово-ігрову діяльність дитини і збільшує тим самим бажаний кінцевий результат.

Далі перейдемо до аналізу можливостей технології **корекційного бебі-пластик-шоу**, розробленої М. Єфименком (М. Єфименко та Ю. Єфименко, 2020). Сама назва цього напрямку корекції говорить про те, що вона передбачена для вправлення з дітьми раннього і молодшого

дошкільного віку з метою корекції їх фізичного та психічного розвитку. Додатковими позитивними моментами цієї технології є те, що в ній використовуються можливості арттерапії, а саме – великого потенціалу музики та театралізованої діяльності, що дозволяє віднести цей напрям роботи до естетико-оздоровчого. Саме ці додаткові моменти використання потенціалу мистецтва, художньо-естетичних вібрацій піднімають процес корекції фізичного розвитку дітей з порушеннями психомоторики на необхідну психолого-педагогічну висоту, якою передбачається успішна подальша соціалізація дитини в оточуюче сучасне середовище.

У плані методичних особливостей фізичного вправлення цей напрям майже не відрізняється від попереднього – корекційного боді-тренінгу дорослих і дитини. Є лише одна тактична відмінність у вправленні. Якщо в технології боді-тренінгу тренувальний комплекс включає в себе окремі фізичні вправи, не зв'язані між собою за сюжетом і які треба виконувати з попередньо підготовлених вихідних положень, то в технології бебі-пластик-шоу вся корекційна програма виконується за певним казковим (достатньо драматизованим) сюжетом і передбачає не спеціальну підготовку до виконання наступної вправи, а так звані **криї**, тобто переходи від однієї вправи до іншої. У перекладі слова «крийя» з санскрита означає дію. Зокрема, у кундаліні-йозі крийя – це послідовність із поз, рухів, дихання, звуків, спрямованих на досягнення певних результатів. Це – немов би зв'язуюча ланка між асанами (позами в йозі) або вправами (в бебі-пластик-шоу). Таким чином, у нашому випадку крийя набуває додаткового самостійного значення, бо вона є рух, додатковий рух між вихідними положеннями в кожній наступній вправі. Зрозуміло, що цей додатковий рух можна використати для посилення корекції в основних вправах, які йдуть за сюжетом.

В основі криї зазвичай лежать такі елементарні рухи: розвертання, перекочування, плазування, пересування на сідницях та їх сполучення. Ураховуючи наявний при сколіотичній поставі асиметричний аспект у фронтальній площині, необхідно спрямовувати ці рухи у відповідному напрямку. Наприклад, якщо в дитини спостерігається правобічне викривлення хребта, плазувати для виконання наступної вправи необхідно на лівому боці. Якщо крийя виконується за допомогою розвертання навколо вертикальної осі в положенні сидячи, робити це необхідно через ліве плече, щоб запобігти посиленню правобічному ротаційному аспекту. У цьому контексті педагог повинен приділяти значну увагу розробленню корекційної спрямованості не тільки базових вправ з пластик-шоу, а й крийям, які зможуть посилити загальний корекційний ефект від вправлення.

Далі зупинимось на можливостях **міофасціальної гімнастики** в модифікації М. Моги (Мога, 2019). Завдяки цій технології можна гармонізувати стан основних міофасціальних ліній, від яких залежить стабільність, стійкість хребетного стовбура у фронтальній площині:

Латеральна лінія (ЛЛ) – починається від бічної поверхні черепа в області вуха, охоплює подвійним зигзагом торс і спускається по латеральній (зовнішній) стороні стегна і гомілки до зовнішньої сторони стопи. Основна функція ЛЛ у постурі – утримувати баланс між правою і лівою сторонами тіла, а також урівноважувати передню й задню частини тіла. Латеральна лінія також служить своєрідним посередником при передачі зусиль між іншими поверхневими лініями: поверхневої задньою лінією (ПЗЛ), поверхневої фронтальною лінією (ПФЛ), лініями рук і спіральною лінією.

У плані рухових функцій дана лінія бере участь у бічних нахилах тіла (латеральної флексії торса), відведенні стегон і еверсії стоп (повороті внутрішніх країв стоп у підошовному напрямку).

«Хоча в двох інших «основних» лініях можна виділити і праву, і ліву сторони, обидві латеральні лінії розташовуються досить далеко як одна від одної, так і від середньої лінії, і не можуть більшою мірою брати участь у двосторонньому вирівнюванні скелета, ніж це роблять ПФЛ і ПЗЛ. Зазвичай робота з ЛЛ виявляється особливо важливою для балансування правої і лівої сторін тіла, про що необхідно подумати і що необхідно здійснити на ранніх стадіях лікування» (Майерс, 2012, с. 124).

Спіральна лінія (СЛ) – закручується одним витком навколо тіла і з'єднує одну сторону черепа через спину з протилежним плечем, проходить через передню частину тіла до однойменного стегна, коліна і склепіння стопи, після чого піднімається по задній стороні тіла і з'єднується з фасцією черепа на тій самій стороні, на якій вона починалася. У певному сенсі, за формою ця лінія нагадує вісімку – вельми гармонійну технічну структуру, яка дозволяє рівномірно перерозподіляти навантаження на всі ділянки будь-якого функціонуючого ланцюга. «Значення СЛ для збереження постури полягає в наступному: вона огинає тіло подвійною спіраллю, яка допомагає утримувати баланс у всіх площинах. Під час виникнення дисбалансу в скелеті вона створює, компенсує і підтримує перекручування, ротації і різні латеральні зрушення тіла. Спіральна лінія бере співучасть в інших меридіанах. Універсальна функція СЛ полягає в тому, щоб виробляти спіралеподібні і обертальні рухи тіла. ... СЛ перетинає безліч інших ліній, тому більшість її структур виявляються також задіяні в інших лініях» (Майерс, 2012, с. 141).

Корекційна робота з профілактики і корекції порушень постави в дітей раннього і молодшого дошкільного віку з порушеннями психомоторики має орієнтуватися на розроблені оптимальні напрями корекційного впливу на міофасціальні лінії: повздожній серединний, діагональний, Х-подібний, S-подібний, 8-подібний. У нашому випадку порушень постави у фронтальній площині особливої актуальності набувають більш комплексні напрями корекції (S-подібний, 8-подібний), бо сколіотична постава викривлює хребетний стовбур та інші соматичні утворення тіла у всіх трьох площинах (фронтальній, сагітальній та горизонтальній). При цьому варіанті необхідний 3D підхід, тобто корекційна робота в усіх трьох просторових складових (ширині, довжині, висоті).

Окремо слід розглянути потенційні можливості **психологічного впливу** на стан постави в дітей у фронтальній площині. До корекційних субнапрямів нами раніше було віднесено такі: робота психолога з гармонізації родинних взаємовідносин; корекції психічного стану самої дитини; елементи бодинаміки.

Загальновідомий постулат з дитячої психології стверджує, що більшість соматичних хвороб дитини є наслідком проблемних відносин між батьками дитини. Якщо між татом і мамою дитини немає порозуміння, постійно виникають сутички, побутові протиріччя та сварки з різних причин, дитина все це відчуває і на підсвідомому рівні починає вести себе відповідним чином. Це віддзеркалюється на її поставі, манері триматись, рухово-ігровій діяльності, поведінці в цілому. Таким чином, у проблематиці порушень постави з'являється так званий **психогенний варіант**, коли постава викривлюється не тому, що є якісь проблеми в анатомо-фізіологічних утвореннях, а тому, що психіка дитини деформована негармонійними відносинами між її батьками. Це – вельми тонка проблематика в контексті етики виховання, бо вона передбачає втручання сімейного або дитячого психолога в родинне життя батьків дитини. Вельми часто самі батьки не вважають свої стосунки проблемними і тому не роздивляються можливості втручання в їх родинне життя фахівця-психолога. Слід відмітити також достатньо низьку культуру в більшості населення України щодо підтримки таких психологічних консультацій для членів родини. Але якщо батьки йдуть на контакт з психологом – це може значно покращити стан сімейних стосунків між татом і мамою і гармонізувати психічний стан дитини, що безумовно позитивним чином віддзеркалиться на її загальному психофізичному стані і, зокрема, поставі.

На особливості **психічного розвитку** дитини можуть впливати багато факторів, тому має сенс додатково дослідити ступінь психічного благополуччя дитини. Як відомо, загальне психічне благополуччя дитини має три основні складові: **соціально-комунікативну, когнітивну і емоційну**, – у цілому саме вони забезпечують загальне психологічне благополуччя дитини (Левшунова, 2014). Спеціальне дослідження цих складових дозволить виявити особливості психічного стану дитини і знайти найбільш проблемну ділянку для корекційної роботи засобами психології. Гармонізація загального психічного стану дитини також позитивним чином вплине на її фізичний стан, рухово-ігрову активність і, зокрема, поставу. Недарма в психології є такий вираз – «постава переможця»! Коли дитина буде відчувати себе повноцінною особистістю в сім'ї та серед однолітків, коли вона зможе повністю реалізовувати свій психофізичний потенціал і отримувати при цьому задоволення, її постава буде наближатися до «постави переможця», що не передбачає викривлень хребта в сторони у фронтальній площині.

А тепер коротко схарактеризуємо можливості **аналізу динаміки тіла** (або **бодинамічного аналізу**, або просто **бодинаміки**), автором якого є датський тілесно-орієнтований психотерапевт Lisbeth Marther (Marther, 2010). Ця переконлива теорія **соматичної психології розвитку** інтегрує сучасні дослідження психомоторного розвитку дитини, анатомії, фізіології та соціальної психології з глибиною психотерапевтичних систем. Це орієнтована на ресурс тілесна психотерапія, заснована на детальній моделі моторного, соціального і психологічного розвитку, що робить акцент на пробудженні тілесного Его клієнта через активацію його моторних і психологічних ресурсів.

До ключових аспектів бодинаміки відносяться (Marther, 2010):

1. Концепція взаємного зв'язку, яка полягає в тому, що рушійною силою розвитку дитини є її прагнення до встановлення двобічного зв'язку і більшої єдності з іншими людьми і світом.

2. Гіпотеза, що м'язи реагують на стрес одним з двох способів: смиренням і відмовою від дії (**гіповідгук**) або надконтролем (**гіпервідгук**).

3. Теорія про зв'язок психічного і моторного розвитку; виділення семи стадій розвитку і « картування » цих стадій.

4. Модель структур характерів, відповідних семи стадіям розвитку. У середині кожної стадії виділяються три позиції: переважання гіпо-, гіпер- або збалансованої реакції м'язів, що співвідноситься з певними психологічними патернами взаємодії зі світом.

5. Модель аспектів і функцій Его.

6. Робота з травмами розвитку та шокowymi травмами.

У той час, як тілесні психотерапевти часто працюють безпосередньо з емоційними та енергетичними процесами в тілі, бодинамічна терапія починається з докладного аналізу вимірюваної відповіді м'язів клієнта, за якою слідує робота перш за все з його структурами характеру, шокowoю травмою і функціями Его, і тим, як вони впливають на якість його життя.

Детальніше можливості психологічної корекції стану постави в дітей раннього і молодшого дошкільного віку будуть розкриті в окремій статті.

У підсумку зробленого дослідження сформулюємо попередні **ВИСНОВКИ:**

1. Поставу дитини (її постану) слід розглядати як форму і функцію її відношення до Всесвіту: себе, однолітків, батьків, дорослих тощо. З цієї позиції на поставу можуть впливати як фізичні, так і психічні чинники. Фізичний аспект формування (або викривлення) постави віддзеркалює первинний рівень протистояння скелета гравітації та рівень фізичного розвитку дитини. Психічний аспект транслювання постави дитиною можна віднести до більш високого рівня особистісної реалізації, до соціально-комунікативного напрямку розвитку дитини. Разом вони створюють умовну дуальну структуру «постава-ПОСТАВА».

2. На основі аналізу літератури з проблематики, а також багаторічного особистого досвіду з корекційної педагогічної практики, нами було знайдено інтегративні підходи до вирішення проблем порушень постави у фронтальній площині, які поєднують можливості фізичної реабілітації постави і психологічної корекції ПОСТАВИ для нормалізації загального комплексу «постава-ПОСТАВА».

3. Фізична реабілітація представлена в інтегрованому корекційному алгоритмі масажною гімнастикою, корекційним боді-тренінгом дорослих і дитини, корекційним боді-пластик-шоу, а також адаптованою міофасціальною гімнастикою. Психологічна складова подолання порушень постави в дітей у фронтальній площині представлена таким алгоритмом: спеціально розроблена стратегія і тактика психологічної корекції родинних взаємовідносин (тато↔мама, батьки↔дитина (діти) → індивідуальна програма корекції психічного стану конкретної дитини → спеціальні тренінги з бодинаміки).

Перспективи досліджень у цьому напрямі можуть лежати в річищі пошуку додаткових корекційних впливів засобами психології, зокрема бодинаміки та інших психологічних технологій.

ЛІТЕРАТУРА

- Беседа, В. В. (2019). Асимметрии тела детей раннего и дошкольного возраста как предпосылки нарушения осанки (часть 1). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 37, 19-26 (Biesieda, V. V. (2019). Asymmetries of the body of early and preschool age children as a prerequisite for posture disorders (part 1). *Scientific herald of the National Drahomanov Pedagogical University. Series 19. Correctional pedagogy and special psychology*, 37, 19-26).
- Беседа, В. В. (2019). Асимметрии тела детей раннего и дошкольного возраста как предпосылки нарушения осанки (часть 2). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 38, 29-36 (Biesieda, V. V. (2019). Asymmetries of the body of early and preschool age children as a prerequisite for posture disorders (part 2). *Scientific herald of the National Drahomanov Pedagogical University. Series 19. Correctional pedagogy and special psychology*, 37, 29-36).
- Беседа, В. В. (2021). Корекційний боді-тренінг дорослих і дітей з порушеннями психомоторики в контексті нормалізації їхньої постави. *Науковий збірник «Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка»*, 34-41 (Biesieda, V. V. (2021). Correctional body-training for adults and children with impaired psychomotor skills in the context of normalization of their posture. *Scientific collection "Current issues of humanities: interuniversity collection of scientific works of young scientists of Drohobych State Pedagogical University named after Ivan Franko"*, 34-41).
- Беседа, В. В. (2008). *Массажная гимнастика для детей грудного возраста. Практическое руководство для родителей, педагогов и медицинского персонала*. Одесса: Фенікс (Biesieda, V. V. (2008). *Massage gymnastics for infants. A practical guide for parents, educators and medical staff*. Odessa: Fenix).
- Ефименко, Н. Н., Беседа, В. В. (2010). *Коррекционный боду-тренинг взрослых и малышей до 3 лет (церебральный тип двигательных нарушений): метод. рекомендации для родителей, педагогов и медиков*. Винница (Yefymenko, N. N., Biesieda, V. V. (2010). *Corrective body training for adults and toddlers up to 3 years old (cerebral type of movement disorders): method. recommendations for parents, educators and doctors*. Vinnytsia).
- Ефименко, Н. Н., Беседа, В. В. (2011). *Коррекционный боду-тренинг взрослых и малышей до 3 лет (шейный тип двигательных нарушений): метод. рекомендации для родителей, педагогов и медиков*. Винница Корзун Д. Ю. (Yefymenko, N. N., Biesieda, V. V. (2011). *Corrective body training for adults and toddlers up to 3 years old (cervical type of movement disorders): method. recommendations for parents, educators and doctors*. Vinnytsia Korzun D. Yu.).
- Ефименко, Н. Н., Беседа, В. В. (2012). *Коррекционный боду-тренинг взрослых и малышей до 3 лет (поясничный тип двигательных нарушений): метод. рекомендации для родителей, педагогов и медиков*. Винница: Нилан-ЛТД (Yefymenko, N. N., Biesieda, V. V. (2012). *Corrective body training for adults and toddlers up to 3 years old (lumbar type of movement disorders): method. recommendations for parents, educators and doctors*. Vinnytsia: Nilan-LTD).
- Ефименко, М. М., Ефименко, Ю. В. (2020). *Парціальна програма з фізкультурно-корекційної роботи в закладах дошкільної освіти за авторською естетико-оздоровчою системою «горизонтальний пластичний балет (пластик-шоу)»*.

- Вінниця: Твори (Yefymenko, N. N., Yefimenko, Yu. V. (2020). *Partial program on physical culture and correctional work in preschool education institutions according to the author's aesthetic and health system "horizontal plastic ballet (plastic show)"*. Vinnytsia: Works).
- Левшунова, К. В. (2014). Емпірична модель дослідження рухової активності дитини дошкільного віку як чинника її психічного благополуччя. *Проблеми сучасної психології*, 26, 375-390 (Levshunova, K. V. (2014). An empirical model of the study of motor activity of a preschool child as a factor of its mental well-being. *Problems of modern psychology*, 26, 375-390).
- Майерс, Т. В. (2012). *Анатомические поезда: пер. с англ.* Санкт-Петербург: Меридиан-С (Myers, Th. W. (2012). *Anatomical trains: trans. from English*. St. Petersburg: Meridian-S).
- Мастюкова, Е. М. (1997). *Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст)*. Москва: ВЛАДОС (Mastiukova, E. M. (1997). *Curative pedagogy (early and preschool age)*. Moscow: VLADOS).
- Мога, М. Д. (2019). Гармонізація м'язово-фасціальної системи дітей раннього віку зі спастичним синдромом рухових порушень. *Науковий вісник МНУ ім. В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки*, 2 (65), 201-207 (Moga, M. D. (2019). Harmonization of the musculo-fascial system of young children with spastic syndrome of motor disorders. *Scientific Bulletin of MNU named after V. O. Sukhomlinsky. Series: Pedagogical Sciences*, 2 (65), 201-207).
- Приходько, О. Г. (2006). *Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие*. Санкт-Петербург: КАРО (Prykhodko, O. H. (2006). *Early assistance to children with motor pathology in the first years of life: a methodological guide*. St. Petersburg: KARO).
- Разенкова, Ю. А. (2011). *Система ранней помощи: поиск основных векторов развития*. Москва: Карпуз (Razenkova, Yu. A. (2011). *Early assistance system: search for the main vectors of development*. Moscow: Karapuz).
- Marther, L. (2010). *Body Encyclopedia: A Guide to the Psychological Functions of the Muscular System*. Paperback North Atlantic Books.

РЕЗЮМЕ

Беседа Владимир. Психолого-педагогические основы коррекции осанки во фронтальной плоскости у детей с нарушениями психомоторики.

Целью исследования является системная структуризация основ коррекции осанки во фронтальной плоскости у детей с нарушениями психомоторики средствами ортопедагогики и ортопсихологии. Методы исследования: метод анализа и метод педагогических наблюдений. Выводы: осанка ребенка является формой и функцией отношения к Вселенной; нормализация осанки возможна при условиях интегративных подходов в общем комплексе «осанка-ОСАНКА»; определен коррекционный алгоритм в физической реабилитации и психологической коррекции преодоления нарушений осанки у детей. Перспективы дальнейших исследований могут лежать в поиске дополнительных коррекционных воздействий.

Ключевые слова: осанка, коррекция, нарушения психомоторики, дети раннего и младшего дошкольного возраста, фронтальная плоскость.

SUMMARY

Biesieda Volodymyr. Psychological and pedagogical bases of posture correction in the frontal plane in children with psychomotor disorders.

The article discusses the scientific and methodological foundations for correcting posture distortions in the frontal plane in children of early and junior preschool age with psychomotor disorders by means of physical education and psychology. The article explores the possibilities of two main corrective directions for solving this problem: physical rehabilitation and psychological correction. Physical correction vector includes: massage gymnastics; corrective body training for adults and children; correctional baby plastic show, adapted myofascial gymnastics. The direction of psychological correction included: the corresponding work of a psychologist to harmonize family relationships, methods for correcting the child's mental status, and elements of bodydynamics. The author believes that the combination of physical rehabilitation with the necessary corrective psychological influences is a promising way of solving many problems of the development of children of early and junior preschool age with psychomotor disorders. Implementation of the correction in two main directions was presented in the form of the corresponding correction algorithms. The physical rehabilitation algorithm was presented in the following way: complexes of manipulations and exercises from massage gymnastics → group exercises from corrective body training for adults and children → corresponding trainings on corrective baby plastic show → special corrective exercises from myofascial gymnastics. Psychological correction of posture disorders in children in the frontal plane is represented by the following algorithm: a specially developed strategy and tactics of psychological correction of family relationships (father↔mother, parents↔child (children) → an individual program for correcting the mental development of a particular child → special trainings in bodydynamics. Research in the development of this direction should be considered promising, which will be devoted to the search for methods of psychological correctional influences on the normalization of the psychomotor state of children of this category.

Key words: posture, correction, psychomotor disorders, children of early and junior preschool age, frontal plane.

УДК 376.1-056.264:373.2

Ірина Брушневська

Волинський національний університет імені Лесі Українки

ORCID ID 0000-0002-3381-6490

DOI 10.24139/2312-5993/2021.03/026-039

ОСОБЛИВОСТІ ОБЛАШТУВАННЯ КОРЕКЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОГО РОЗВИВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА В ЗАКЛАДІ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Метою статті є обґрунтування особливостей облаштування корекційно-комунікативного розвивального середовища в закладах дошкільної освіти України задля розвитку потенційних можливостей дітей із особливими освітніми потребами. Визначено протиріччя, що визначають актуальність проблеми створення спеціалізованого розвивального, корекційно-комунікативно спрямованого середовища для дітей з особливими освітніми потребами в закладах спеціальної та загальної дошкільної освіти. Автором обґрунтовано твердження, що зміст корекційно-комунікативного розвивального предметного середовища сучасного закладу дошкільної освіти має відповідати розвитку дитини, а також становленню її індивідуальних