

ОНТОГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ

В статті з позиції онтогенезу розглянуто механізм формування постави у дітей із затримкою психофізичного розвитку, в якому врахована двополюсність розвитку дитини і формування її постави.

Виходячи з принципу триєдності буття, запропоновано третю складову системи формування постави у дитини – саму дитину як психосоматичну сутність: з особливостями її фізичних, анатомічних показників та психічного статусу.

Перспективи подальшого дослідження онтогенетичного аспекту формування постави у дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку вбачаємо в більш глибокому розгляді саме психосоматичного комплексу як єдиного цілого в особистості дитини.

Ключові слова: діти раннього віку, діти дошкільного віку, постава, онтогенез, хребет, затримка психофізичного розвитку.

Постановка проблеми. В умовах сучасності кількість дітей з особливими освітніми потребами неухильно зростає. При цьому діти з затримкою психомоторного розвитку займають особливу нішу, де рухові порушення є найбільш поширеними. Одним із таких відхилень являються порушення постави, що впливають на інші наявні негаразди загального розвитку дитини.

Аналіз досліджень і публікацій. Водночас, сучасні дослідження вчених присвячені проблемі формування постави у дітей в залежності від різних факторів та проявів етапності онтогенетичних ознак. Так В. Кашуба (2003) констатує, що «Формування постави – складна біомеханічна система, закономірності розвитку якої розглядаються у філогенетичному та онтогенетичному аспектах».

Важливість формування постави в період онтогенезу є незаперечним фактором, який під час дорослішання віддзеркалює стан хребта та формування його структур в різні вікові періоди. О. Акопян виділяє наступні періоди формування хребетного стовпа:

0 – 2 років – період формування фізіологічних кривизн (закладаються основи оптимальної і неоптимальної взаємодії всіх сегментів хребта, всього хребта як системи, що надалі впливає на ресорну і рухову функцію хребта);

2 – 7 років – період інтенсивного росту кісткових і хрящових структур хребта, адаптація його морфології до звичайних життєвих навантажень;

7 – 11 років – період підвищення навантажень, адаптація до тривалих статичних навантажень;

11 – 16 років – період інтенсивних гормональних перебудов (значні якісні зміни в тканинах міжхребцевих дисків і кісткової тканини) (О. Акопян, 2015).

Такі вчені, як В. Чаклін, В. Маркс, В. Кашуба, О. Ратнер, О. Дубогай, Л. Бадалян, І. Мовшович, Є. Ульрих, Н. Ніколаєва, В. Сердюк, М. Єфименко та ін. присвятили свої дослідження проблемі формування порушень постави у дітей в онтогенетичному аспекті.

Однак в цих дослідженнях недостатньо комплексно описано формування як оптимальної, так і патологічної постави у дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку.

Мета статті – виявити особливості комплексного формування постави в онтогенетичному аспекті у дітей із затримкою психомоторного розвитку.

Виклад основного матеріалу дослідження. Наше дослідження буде базуватися на аналізі існуючої інформації з проблеми формування постави у дитини та багаторічних власних спостережень, які мають значення як при діагностуванні постави дітей, так і при корекції її порушень. Розуміючи той факт, що тільки системний (системно-синергетичний) підхід може забезпечити максимально об'єктивний аналіз проблематики та її подальше вирішення, має сенс розглядати формування постави в **дуальному аспекті буття** (Efimenko N. & Moga N., 2019). З одного боку на формування постави дитини впливають **спадкові (генні) фактори**, а з іншого – **зовнішні фактори оточуючого середовища**. Ці два протилежних аспекти постійно взаємодіють і змінюють якісні характеристики феномену формування

постави у дитини, що зростає. Зрозуміло, що в періоді раннього онтогенезу у розвитку дитини більш активно діють спадкові прояви, бо в цей час зовнішні впливи вельми обмежені (дитина не може повноцінно рухатись, не набирає необхідного обсягу локомоцій; її контакти з зовнішнім світом та іншими дітьми також обмежені; навколо дитини батьками та родичами штучно формується відносно комфортне середовище для існування, що не віддзеркалює справжніх (об'єктивних) зовнішніх умов буття (постійно діючої гравітаційної сили; жорсткої опори для стояння та ходіння; швидких змін положень тіла в просторі; тертя шкіри від контактування кінцівок та тулуба з різними предметами та поверхнями; миттєвих реакцій на конкретні рухово-ігрові ситуації тощо):

Спадкові фактори ↔ Фактори зовнішнього середовища

По мірі зростання дитини баланс взаємодії цієї дуальної пари дещо зміщується: спадкові впливи поступово зменшуються, хоча і зберігають частку своєї енергії, в той час коли впливи факторів зовнішнього середовища починають ставати все більш значущими. Дитина набирає вагу, зростає, її скелет міцнішає, значно посилюється взаємодія опорно-рухової системи з твердими поверхнями в умовах постійного гравітаційного навантаження. Збільшується кількість рухово-ігрових контактів дитини із однолітками, значно зростає обсяг добових локомоцій та нестандартних, неординарних ситуацій, які постійно виникають:

Спадкові фактори ↔ Фактори зовнішнього середовища

На нашу думку в подальшому розвитку дитини (чим далі вона буде від моменту народження) тим більше будуть зменшуватись впливи спадкових факторів (хоча і зберігатимуться протягом всього життя). І навпроти, все більше і більше на формування постави та загального життєвого статусу будуть впливати фактори зовнішнього Світу, включаючи Соціум і особливості тих міні-груп населення, де дитина буде перебувати лівову долю часу протягом дня (сім'я, група закладу дошкільної освіти, корекційно-розвивальний центр тощо):

Спадкові фактори ↔ Фактори зовнішнього середовища

Ми вважаємо за доцільне доповнити ці впливи зовнішнього середовища психо-соматичними енергетичними вібраціями особистості дитини (самої на себе). Вибудовується триєдність буття та розвитку дитини: **спадковість (впливи батьків дитини на дитину) – психо-соматичний статус самої дитини (коли дитина впливає сама на себе) – впливи зовнішнього середовища (Світу та Соціуму) на розвиток дитини**. Ми виходимо з робочої концепції, що сама дитина є третьою, самою суттєвою складовою в системі формування постави, бо своїм існуванням та розвитком вона вирішує протиріччя між двома протилежними складовими: генетичними спадковими впливами, які майже не можна коригувати, і дуже змінним зовнішнім середовищем, яке може бути самим різним для дитини, навіть протягом нетривалого часу.

Далі ми детальніше зупинимось на аналізі цих трьох складових в онтогенетичному контексті формування постави у дітей із затримкою психофізичного розвитку. До наслідкових (генних) факторів формування постави у дитини можна віднести: наявність та розвиток рефлексів; нейрогенну обумовленість; анатомічний аспект; біомеханічне обґрунтування (рис. 1).



Рис 1. Комплексне обґрунтування формування постави у дітей в онтогенетичному аспекті

Як відомо, формування постави починається з моменту народження. У своєму дослідженні ми не розглядаємо порушення постави, які мають уроджену природу. Наявність деяких рефлексів у новонародженого сприяє розвитку інших рефлексів та реакцій дитини першого року життя, на основі яких формуються рухові стереотипи та постава, як один із головних. Слід відзначити рефлекси, які впливають на розвиток та формування постави дитини під час дорослішання:

пошуковий рефлекс (Perus, 1667) проявляється поворотом голови в бік у відповідь на дотик біля кута рота. Нервова дуга проходить: аферентний шлях – скрізь волокна тройничного нерву, еферентний шлях – через Варолієв міст, продовгуватий мозок, верхні шийні сегменти спинного мозку. (О. Ратнер, 2008). Асиметрія об'єму рухів головою може вказувати на порушення іннервації обличчя та розвиток кривошії;

долонне-ротовий рефлекс (Бабкіна, 1955) полягає у тому, коли на долонь дитини натиснути, вона відкриває рота та згинає голову до грудей, руки приймають згинальне положення а плечі підіймаються. Нервова дуга полягає у взаємодії черепно-мозкових нервів та шийних сегментів спинного мозку (О. Ратнер, 2008). Асиметрія об'єму рухів головою може вказувати на перенесену гіпоксію мозку та розвиток кривошії;

захисний рефлекс новонародженого виявляється у повороті голови в один бік коли його укладають животом на опору. Нервова дуга замикається на рівні верхніх шийних сегментів спинного мозку (О. Ратнер, 2008). На основі цього рефлексу формується утримання голови в положенні лежачи на животі з опорою на передпліччя, що буде сприяти формуванню шийного лордозу;

для прояву рефлексу Переса (Perez, 1955) необхідно дитині, яка лежить на животі, провести пальцем руки від куприка до шиї, що викликає загальне м'язове напруження з прогинанням спини та згинання усіх кінцівок. Нервова дуга знаходиться на рівні сегментів спинного мозку по всій його довжині (О. Ратнер, 2008). Цей рефлекс може сприяти формуванню поперекового лордозу;

біляхребтовий рефлекс Галанта визивається в положенні дитини лежачи на животі, коли виконують штрихування шкіри впродовж однієї сторони хребта. Дитина повинна викривити тулуб у туж саму сторону де було подразнення. Нервова дуга замикається на рівні усього спинного мозку (О. Ратнер, 2008). Асиметрія рухів тулуба може вказувати на вірогідність розвитку сколіотичної деформації хребта;

симетричний шийно-тонічний рефлекс (СШТР – Magnus, De Kleijn, 1912) виражається при згинанні голови: руки згинаються, а ноги розгинаються та навпаки, коли голова розгинається руки теж розгинаються, а ноги згинаються. Нервова дуга замикається на рівні усього спинного мозку (О. Ратнер, 2008). У цьому рефлексі створюються передумови для формування грудного кіфозу та поперекового лордозу;

лабіринтний тонічний рефлекс (ЛТР) проявляється при закиданні голови назад, коли тонус м'язів розгиначів тулуба та кінцівок підвищується, а при згинанні голови до грудей відповідно збільшується тонус м'язів-згиначів тулуба та кінцівок. Нервова дуга замикається на рівні головного мозку дитини (Л. Бадалян, Л. Журба, О. Тімоніна, 1988). Цей рефлекс може впливати на розвиток усіх вигинів хребта: шийний та поперековий лордоз, грудний кіфоз;

лабіринтний установчий рефлекс (ЛУР) проявляється у віці 1 – 2 місяця, коли дитини лежачи на животі рефлекторно підіймає голову, долаючи силу гравітації. Нервова дуга замикається на рівні головного мозку дитини. Цей рефлекс сприяє формуванню шийного та поперекового лордозу (М. Єфименко, В. Бєсєда, 2018).

Якщо торкатися аспекту нейрогенної обумовленості формування постави, то окремо слід виділити різні типові варіанти пригнічення або травмування нервової системи дитини як у внутрішньоутробному періоді, так і безпосередньо під час пологів. Мова в більшості випадків йде про травматичну етіологію таких негараздів:

1. **Травмування шийної ділянки хребцевого стовбура.** За даними професора О. Ю. Ратнера ознаки цервікального (шийного) травмування знаходять в середньому у 7 – 8 новонароджених (О. Ратнер, 1985). А це, перш за все, може привести до кривошії (лівобічної або правобічної), яка у подальшому перейде у відповідну сколіотичну поставу та сколіоз (викривлення хребта у фронтальній площині). У сагітальній площині виникає сутулуватість та, в майбутньому, патологічний кіфоз грудного відділу хребта.

При цьому варіанті пологового травмування частіше за все страждають верхні кінцівки за гіпотонічним типом, тобто тонус м'язів в руках неприродно знижений, руки мляві і не можуть повноцінно виконувати опорну функцію. А саме опорна спроможність верхніх кінцівок у дитини перших місяців життя будує основу для вертикалізації голови та її стійкого утримання по вертикальній осі в просторі. Зрозумілим стає, що для ефективного протистояння силі тяжіння в період раннього онтогенезу треба сформувати силові здібності дитини у верхніх кінцівках, тобто подолати м'язову гіпотонію та слабкість. В подальшому це дозволить дитині утримувати у стійкому положенні не тільки голову, а й плечовий пояс та верхню частину тулуба.

2. **Травмування поперекової ділянки хребта.** Також є досить частою травмою при пологах, особливо коли маса новонародженої дитини дорівнюється або перебільшує 3600 г. Негативним наслідком такого травмування є неприродна гіпотонія м'язів тазового поясу та нижніх кінцівок, що супроводжується неприродним для здорової дитини поперековим гіперлордозом та/або сколіозом у цій ділянці хребта. Поперековий або грудно-поперековий сколіоз, поперековий гіперлордоз, та лордосколіоз цієї ділянки хребта досить часто має у своїй основі нейрогенні фактори.

Педагог при дослідженні постави у дитини (навіть, у практично здорової дитини) має завжди тримати на увазі цей аспект нейрогенних впливів на розвиток дитини внаслідок негараздів внутрішньоутробного розвитку та самих пологових проблем.

3. Досить часто при складних пологах травмується як шийний, так і поперековий відділи хребта – в цьому випадку треба вести мову про **комбіновані нейрогенні порушення** цервікально-люмбального або люмбально-цервікального типу в залежності від того, який відділ було травмовано більше і яких патологічних нейрогенних ознак більше (цервікальних або люмбальних).

Загальновідомо, що ранній онтогенез у віці від народження до першого року життя складається з декількох періодів, що мають певні особливості загального та моторного розвитку:

1 – до першого місяця життя;

2 – від першого до третього місяця життя; від третього до шостого місяця життя;

3 – від шостого до дев'ятого місяця життя;

4 – від дев'ятого до дванадцятого місяця життя.

Рефлекси являються фундаментом розвитку основних рухів протягом першого року життя. Слід відмітити, що дитина народжується з крижово-куприковим кіфозом, так як, будучи в утробі матері, плід знаходиться у позі ембріону або у позі згрупування. При нормальному розвитку дитина засвоює декілька основних рухів, які впливають на формування вигинів хребта, а також на формування постави:

I. На другому місяці життя – підіймає та утримує голову у положенні лежачи на животі з опорою на передпліччя або прямі руки. При цьому закладаються основи для формування шийного та поперекового лордозу.

II. На четвертому-шостому місяці життя – опановує позу на чотирьох та пересування в ній, де формується поперековий лордоз.

III. На шостому-восьмому місяці життя – самостійно приймає положення сидячи, що спонукає формування грудного кіфозу.

IV. На десятому-дванадцятому місяці життя – приймає позу стоячи та самостійно ходить. При цьому усі вигини хребта продовжують формуватися.

Вищевказані періоди потрібно розглядати, як фундамент у формуванні та передумови початкового розвитку постави у дітей без навколишнього втручання з боку соціуму, батьків, фахівців у галузі фізичного виховання та ін.

Далі зупинимось на анатомічному аспекті в онтогенетичному формуванні постави у дитини. Першим анатомічним утворенням, яке впливає на початок і подальший розвиток постави є голова дитини та м'язи, які її підтримують у необхідному вертикальному положенні, забезпечуючи їй необхідні ступені свободи для виконання життєво важливих рухів: згинання – розгинання, нахили вбік, циркумдукція (колові рухи головою), комбінація цих рухів. Анатомічним фактором, який може негативно впливати на формування постави дитини, може бути занадто великий розмір голови, характерний для гідроцефалії. Шийні м'язи в такому випадку не спроможні утримувати голову в стійкому положенні – тому часто у таких дітей спостерігається нестабільність шийного відділу хребта. Голова дитини періодично падає набік або вперед, що призводить до відповідних початкових порушень постави, які в подальшому будуть тільки посилюватись.

Досить часто в основі кривоший у дітей раннього віку лежить анатомічна патологія (наприклад, укорочення) окремих шийних м'язів, перш за все, – грудино-ключично-соскоподібної. Коли один з цих м'язів стає коротшим за інший, порушується симетричність розташування голови у просторі і поступово формується відповідна кривошия.

Якщо продовжувати розповідь про анатомічний аспект формування постави дитини в період раннього онтогенезу, слід згадати такі моменти як уроджені деформації окремих хребців або їх фрагментів. Достатньо згадати, наприклад, такий анатомічний феномен як сакралізація хребців крижів, яка призводить до обмеження необхідного для повноцінного функціонування всього хребцевого стовбура дитини, ступеня свободи та рухливості в нижній ділянці хребта.

У першому періоді формування утримання голови у горизонтальному положенні дитини лежачи на животі повинно сформуватися на другому місяці життя. При цьому дитина спирається на передпліччя чи прямі руки – поза упору – та реагує на звукові та зорові подразники поворотом голови. Така поза дитини розвивається на основі захисного рефлексу. Цей навик залежить від скоординованості роботи головного мозку та верхніх сегментів спинного мозку, а також шийного потовщення спинного мозку. Задіються м'язи ший, коміркової зони, плечового поясу, верхніх кінцівок, паравертебральних м'язів спини.

З позиції біомеханіки силі гравітації протистоїть сила напруження вищевказаних м'язів – сила протидії (рис. 2). Це – третій закон механіки Ісаака Ньютона: у дії завжди є рівна і протилежна протидія. Якщо висловитись інакше, взаємодії двох тіл одне на одне між собою рівні і спрямовані в протилежні сторони.

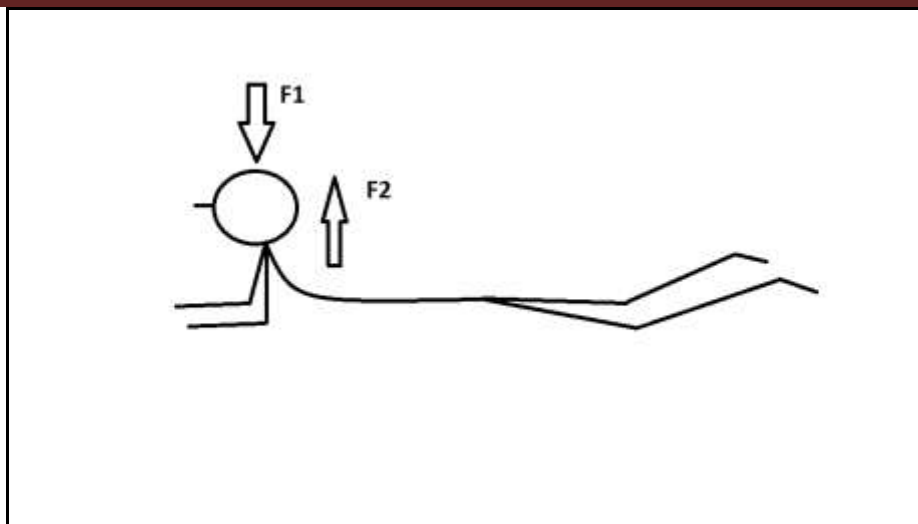


Рис. 2. Утримання голови у положенні лежачи на животі (F1 – сила тяжіння, F2 – сила протидії гравітації (реакція опори)

Говорячи про біомеханічний аспект онтогенетичного формування постави у дитини, що зростає, необхідно зазначити дуже важливий **цефалокаудальний принцип моторного розвитку дитини (cephalocaudal trend)**. В медицині він відомий вже давно. В його основі лежить така логіка розвитку організму дитини: зверху – вниз, від голови – до ступень. В літературі цей підхід віддзеркалюється в таких словосполученнях: краніо-каудальний, цефало-каудальний, церебро-спінальний, краніо-сакральний, черепно-спінальний.

В корекційній педагогіці цей принцип фундаментально обґрунтовано в розробках Єфименка М. М. щодо дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, включаючи дитячий церебральний параліч (М. Єфименко, 1986; Єфименко, 2013) і надалі отримав розвиток у роботі з дітьми раннього віку (М. Мога, 2019; М. Єфименко, В. Беседа, 2018) (рис. 3).

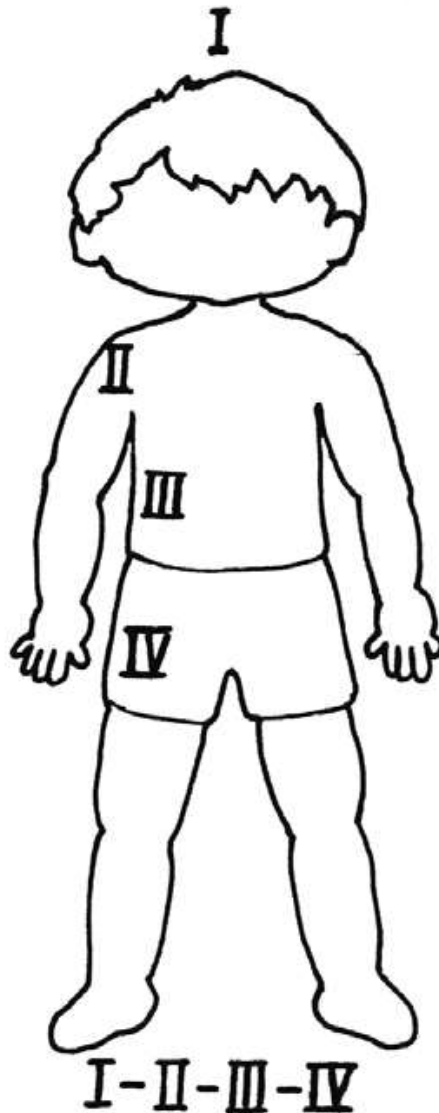


Рис. 3. Графічне вираження цефалокаудальної послідовності формування опорно-рухового апарату дитини раннього віку.

Виходячи з цього принципу, стає очевидним, що умовним фундаментом тіла дитини є навіть не ноги (як це може здаватися на перший погляд), а голова та шия, далі – плечовий пояс, верхня частина тулуба, увесь тулуб, тазовий пояс, нижні кінцівки від стегон до ступень. Наведемо влучний вираз М. М. Єфименка, який одного разу пошуткував з цього приводу: **яка шия у людини – такі у неї і ноги!** (в даному випадку не беруться до уваги патологічні варіанти ушкоджень головного або спинного мозку). Тобто, добре сформована шия, шийно-комірцева зона сприяють подальшому ефективному розвитку верхньої частини тулуба, що дозволяє створювати анатомо-біомеханічні умови для успішного формування м'язово-фасціальних утворень нижньої частини тулуба і тазового регіону, що в кінці кінців забезпечує гарний розвиток нижніх кінцівок в цілому. Парадоксально, але це є фактом – саме повноцінний своєчасний розвиток шийно-пательних м'язів, плечового поясу та верхніх кінцівок, особливо, опорної функції кистей та передпліч забезпечують подальшу стійку вертикалізацію голови у просторі по серединній вертикальній лінії і сприяють ефективній стабілізації опорно-рухового апарату дитини до ортоградного двоопорного положення стоячи.

Цефалокаудальний принцип можна умовно розділити на два феномени:

1. **Феномен «доміно»** – коли в цій грі одне з доміно додається до другого доміно і так далі, поки не будуть вичерпані усі доміно і на столі не з'явиться відповідна картина-структура. Те ж саме відбувається і з розвитком опорно-рухового апарату дитини і формуванню у неї постави. До кожної з

попередніх біоланок тіла (наприклад, голови) додається наступна біоланка (наприклад, шия), далі – ще наступна (наприклад, плечовий пояс) і так далі до самих ступень.

2. **Феномен «підйому за допомогою гачка»** – який можна спостерігати при побудові цілісних складних вертикальних конструкцій великого розміру (наприклад, башти, зібраної з металевих модулів). В цьому випадку за допомогою крана гачок чіпляють до верхньої частини лежачої конструкції та починають поступово піднімати її. Першою вертикалізується верхня частина конструкції і лише наприкінці займає стійке вертикальне положення і нижня частина конструкції.

Маючи на увазі дітей раннього віку із затримкою психофізичного розвитку, неможливо не згадати хоча б коротко про **ортогенетичний принцип** Х. Вернера (А. Поддьяков, 2007). Саме він ґрунтується на широкому біологічному розумінні природи розвитку і формулює ортогенетичний принцип (від грец. Orthos – прямий, правильний) як загальний універсальний, фундаментальний базовий закон, якому підпорядковується розвиток всіх форм і процесів життя. Згідно ортогенетичного принципу, усюди, де є розвиток, він йде від станів відносної глобальності і відсутності диференціації до станів більшої диференційованості, артикульованості та ієрархічної інтеграції. Х. Вернер вважає, що живий організм – це психофізична єдність і що якщо розвиток органічних процесів підпорядковано ортогенетичному принципу, то розумовий розвиток також не повинен бути винятком і також має йти відповідно до цього принципу.

Серйозним внеском Вернера в теорію психічного розвитку є уточнення і систематизація понять, які дозволяють більш чітко характеризувати риси будови психічної сфери, напрямок її розвитку і особливості поведінки, характерні для нижчих і вищих рівнів розвитку. Він виділяє п'ять аспектів, в яких проявляється прогресивний хід психічного розвитку. Це:

- **Синкретичність – дискретність.** Ці терміни відносяться до змісту ментальних функцій і вказують на те, що утримання, які на вищих щаблях виступають як різні, на нижчих представлені разом, недиференційовано, синкретично.

- **Дифузність – розчленованість.** Загальний розвиток структури направлено від форм щодо однорідних і гомогенних до форм з ясною самостійністю окремих частин.

- **Невизначеність – визначеність.** У міру розвитку окремі елементи цілого поступово все легше і легше відзначаються окремо один від одного як за формою, так і за змістом.

- **Ригідність – рухливість.** Чим більше диференційована структура і більш дискретний психічний зміст, тим більше пластичною, гнучкою і різноманітною може бути поведінка.

- **Лабільність – стабільність.** Ця опозиція вказує на внутрішню стійкість системи.

Також Вернер виділив і ввів у психологію розвитку два поняття – диференціація й ієрархічна інтеграція.

Диференціація – розподіл нерозчленованого цілого на частини, які мають різні форми і різні функції. Організм, наприклад, проходить через цю стадію, коли ембріон при розвитку розділяється на різні органи (Н. Чуприкова, 2007).

Вчений виділяє три рівня, на яких відбувається диференціація:

- **сенсо-моторно-ефективний рівень** (для маленької дитини суб'єкт і об'єкт злиті в синкретичну, неподільну єдність, що ускладнює поділ «я» і «не я»);

- **перцептивний рівень** (кожен елемент сприйманого цілого наповнений ситуативним значенням цього цілого, тому маленькі діти часто не можуть впізнати знайомий об'єкт якщо в ньому змінити хоча б один елемент);

- **концептуальний рівень** (у мові маленької дитини, коли вона тільки починає говорити, слово і речення не диференційовані, а базисна функція мови служить не завданням комунікації, а інструментом дії).

Ієрархічна інтеграція – це перехід під контроль вищих регулюючих центрів. Наприклад, рухи кінцівок стають диференційованими, а потім координованими, коли вони переходять під контроль вищих кіл керування в центральній нервовій системі. Про це у свій час писав М. О. Бернштейн, виділяючи п'ять рівнів управління рухами дитини в онтогенезі: А, В, С, D, Е (М. Бернштейн, 1947). Відповідно, рівень А віддзеркалює початковий примітивний рівень управління рухами на попередній тонічній організації існування. З протилежного боку, як вершина філогенетичного розвитку і онтогенетичної зрілості рівень Е дозволяє управляти рухами на основі уяви, створеного образу. Тобто

на цьому рівні в гармонічну єдність збираються три головні компоненти існування дитини: руховий (соматичний, тілесний), нейрогенний (нервовий) і психічний (вища нервова діяльність).

В контексті цілісного підходу дуже важливим є це поняття ієрархічної інтеграції, так як воно показує, як когнітивні процеси з'являються з тілесного, емоційного і сенсорного досвіду і функціонують, що необхідно враховувати при вивченні психологічних і фізіологічних процесів.

Слід також зазначити, що у дітей різні психологічні процеси значно менше диференційовані, ніж у дорослих. Дитяче сприйняття, наприклад, більш тісно пов'язане з моторною дією і емоціями. І при дослідженні, наприклад, сприйняття форми у дітей, необхідно пам'ятати про відмінності між дорослим сприйняттям і сприйняттям в досвіді дитини (У. Крейн, 2007).

І хоча теорія Х. Вернера в більшому ступені відноситься до розгляду проблем психічного розвитку дитини, враховуючи психосоматичну сутність людини, вважаємо за доцільне використовувати зазначені вище поняття і для розгляду онтогенетичного формування постави у дітей із затримкою психомоторного розвитку.

Висновки. Резюмуючи викладений в статті матеріал, сформулюємо попередні висновки:

1. Онтогенетичний аспект формування постави у дітей із затримкою психомоторного розвитку з позиції комплексності, системності та синергетичності, на наш погляд, досліджено в доступній літературі недостатньо повно.

2. Алгоритм онтогенетичного впливу на формування постави у дітей із ЗПМР з концептуальних позицій має бути триєдиним: **спадковість (впливи батьків дитини на дитину) – психо-соматичний статус самої дитини (коли дитина впливає сама на себе) – впливи зовнішнього середовища (Світу та Соціуму) на розвиток дитини.**

3. В дослідженні проблематики особливостей формування постави у дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку доцільно орієнтуватися на такі концептуальні позиції теорії Х. Вернера: синкретичність – дискретність, дифузність – розчленованість, невизначеність – визначеність, ригідність – рухливість, лабільність – стабільність, а також диференціацію та ієрархічну інтеграцію.

Перспективи подальшого дослідження онтогенетичного аспекту формування постави у дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку вбачаємо в більш глибокому розгляді саме психосоматичного комплексу як єдиного цілого в особистості дитини.

Список використаних джерел:

1. **Акопян, Е. С.** (2015). Подвижность позвоночника человека: возрастной аспект и методика совершенствования. (Автореф. дис. д-ра. пед. наук). Ереван.
2. **Бадалян, Л. О., Журба, Л. Т., & Тимонина, О. В.** (1988). *Детские церебральные параличи*. Киев : Здоровья.
3. **Бернштейн, Н. А.** (1947). *О построении движений*. Москва : Гос. изд. мед. лит.
4. **Ефименко, Н. Н.** (1986). *Особенности двигательных нарушений дошкольников с церебральным параличом и пути их коррекции средствами физического воспитания*. (Дис. канд. пед. наук). Одесса.
5. **Ефименко, М. М.** (2013). *Сучасні підходи до корекційно спрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату*. (Монографія). Вінниця : Нілан-ЛТД.
6. **Ефименко, Н. Н., & Беседа, В. В.** (2018). *Малый театр физического развития детей младенческого и раннего возраста*. Винница : ООО «Твори».
7. **Кашуба, В. О.** (2003). Біодинаміка постави школярів у процесі фізичного виховання. (Автореф. дис. д-ра наук з фізичного виховання і спорту). Київ.
8. **Мога, М. Д.** (2019). *Корекція моторної сфери дітей раннього віку зі спастичним синдромом*. Вінниця : Вид-во «ТВОРИ».
9. **Поддьяков, А. Н.** (2007). Сравнительная психология развития Х. Вернера в современном контексте. *Культурно-историческая психология*. 1(3), 63-71. <https://doi.org/10.17759/chp>
10. **Ратнер, А. Ю.** (2008). *Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения*. Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний.
11. **Ратнер, А. Ю.** (1985). *Родовые повреждения нервной системы*. Казань : Изд-во Казан. ун-та.
12. **Чуприкова, Н. И.** (2007). *Умственное развитие. Принцип дифференциации*. СПб, «Питер», 2007 – 448 с.
13. **Уильям Крейн.** (2007). *Психология развития человека. 25 главных теорий*. СПб. : Прайм-Еврознак.
14. **Efimenko, N. & Moga, N.** The Duality Principle in the Physical Rehabilitation of Children with Musculoskeletal System Disorders. *International Journal of Applied Exercise Physiology*. 8 (3), 1-7. IRAN: MAZANDARAN. <http://ijaep.com/index.php/IJAE/article/view/478>. pdf.

References:

1. **Акопян, Е. С.** (2015). Podvy`zhnost` pozvonochny`ka cheloveka: vozrastnoj aspekt y` metody`ka sovershenstvovany`ya. (Avtoref. dy`s. d-ra. ped. nauk). Erevan. [in Armenia].
2. **Badalyan, L. O., Zhurba, L. T., & Ty`mony`na, O. V.** (1988). Detsky`e cerebral`nye paraly`chy`. Ky`ev : Zdorov`ya. [in Ukrainian].
3. **Bernshtejn, N. A.** (1947). O postroeny`y` dvy`zheny`j. Moskva : Gos. y`zd. med. ly`t. [in Russian].
4. **Efy`menko, N. N.** (1986). Osobennosty` dvy`gatel`ny`x narusheny`j doskol`ny`kov s cerebral`nym paraly`chom y` puty` y`x korrekcy`y` sredstvamy` fy`zy`cheskogo vosp`y`tany`ya. (Dy`s. kand. ped. nauk). Odessa. [in Ukrainian].
5. **Yefy`menko, M. M.** (2013). Suchasni pidxody` do korekciynno spryamovanogo fizy`chnogo vy`hovannya doskil`ny`kiv z porushennyamy` oporno-rukhovogo aparatu. (Monografiya). Vinny`cya : Nilan-LTD. [in Ukrainian].
6. **Efy`menko, N. N., & Beseda, V. V.** (2018). Malyy teatr fy`zy`cheskogo razvy`ty`ya detej mladencheskogo y` rannego vozrasta. Vy`nny`cza : OOO «Tvory`». [in Ukrainian].
7. **Kashuba, V. O.** (2003). Bidy`namika postavy` shkolyariv u procesi fizy`chnogo vy`hovannya. (Avtoref. dy`s. d-ra nauk z fizy`chnogo vy`hovannya i sportu). Ky`yiv. [in Ukrainian].
8. **Moga, M. D.** (2019). Korekciya motornoj sfery` ditej rann`ogo viku zi spasty`chny`m sy`ndromom. Vinny`cya : Vy`d-vo «TVORY`». [in Ukrainian].
9. **Podd`yakov, A. N.** (2007). Sravny`tel`naya psy`xology`ya razvy`ty`ya X. Venera v sovremenom kontekste. Kul`turno-y`story`cheskaya psy`xology`ya. 1 (3), 63-71. <https://doi.org/10.17759/chp> [in Russian].
10. **Ratner, A. Yu.** (2008). Nevrology`ya novorozhdenny`x: Ostryj pery`od y` pozdny`e oslozhneny`ya. Moskva : BY`NOM. Laboratory`ya znany`j. [in Russian].
11. **Ratner, A. Yu.** (1985). Rodovye povrezhdeny`ya nervnoj sy`stemy Kazan` : Y`zd-vo Kazan. un-ta. [in Russian].
12. **Chupry`kova, N. Y`.** (2007). Umstvennoe razvy`ty`e. Pryn`tsy`p dy`fferency`acy`y`. SPb, «Py`ter», 2007 – 448 s. [in Russian].
13. **Уй`лям Кр`эjn.** (2007). Psy`xology`ya razvy`ty`ya cheloveka. 25 glavny`x teory`j. SPb. : Prajm-Evroznak. [in Russian].
14. **Efimenko, N. & Moga, N.** The Duality Principle in the Physical Rehabilitation of Children with Musculoskeletal System Disorders. International Journal of Applied Exercise Physiology. 8 (3), 1-7. IRAN: MAZANDARAN. <http://ijaep.com/index.php/IJAE/article/view/478.pdf>. [in Iran].

Беседа В. В. Онтогенетический аспект формирования осанки у детей с задержкой психомоторного развития.

В статье с позиции онтогенеза рассмотрен механизм формирования осанки у детей с задержкой психофизического развития, в котором учтена двухполюсность развития ребенка и формирования его осанки.

Исходя из принципа триединства бытия, предложено третью составляющую системы формирования осанки у ребенка – самого ребенка как психосоматической сущности: с особенностями ее физических, анатомических показателей и психического статуса.

Перспективы дальнейшего исследования онтогенетического аспекта формирования осанки у детей раннего возраста с задержкой психомоторного развития видим в более глубоком рассмотрении именно психосоматического комплекса как единого целого в личности ребенка.

Ключевые слова: дети раннего возраста, дети дошкольного возраста, осанка, онтогенез, позвоночник, задержка психофизического развития.

Biesieda Volodymyr. Ontogenetic aspect of posture formation in children with delayed psychomotor development.

The article considers the mechanism of posture formation in children with delayed psychophysical development from the perspective of ontogenesis. Unfortunately, this aspect in relation to young children with MTCT in the literature is not presented systematically and comprehensively enough. A dual algorithm for studying this problem is proposed, which takes into account the bipolar development of the child and the formation of his posture. Considered and analyzed hereditary (genetic) factors that can influence the formation of posture in a child: the presence and development of reflexes; neurogenic conditioning; anatomical aspect; biomechanical justification. Particularly relevant is the neurogenic conditioning of the features of the formation of posture in this contingent of children, which arises as a result of intrauterine depression or birth trauma of the central nervous system.

The influence of environmental factors (World and Society) on the formation of children's posture is analyzed: the surrounding subject-spatial environment (conditions of stay in an apartment, house, kindergarten, yard, section, summer cottage, etc.), as well as a social mini-group in which the child is most of the day (family, relatives, preschool group, neighbour's children, team in a section or circle, etc.).

Proceeding from the principle of the trinity of being, the third component of the system of posture formation in the child - the child himself as a psychosomatic entity: with the peculiarities of its physical, anatomical indicators and mental status - is proposed.

The conceptual foundations of developmental psychology of H. Werner (his orthogenetic principle of development) are analyzed, which can be used when considering the ontogenetic aspect of the formation of posture in

children with psychomotor developmental disorders: syncretism - discreteness, diffuseness - dismemberment, uncertainty - certainty, rigidity - mobility, lability - stability as well as differentiation and hierarchical integration.

Prospects for further research into the ontogenetic aspect of posture formation in young children with delayed psychomotor development are seen in a deeper consideration of the psychosomatic complex as a whole in the child's personality.

Key words: young children, preschool children, posture, ontogenesis, spine, retardation of psychophysical development.

DOI 10.31392/NPU-nc.series 19.2020.39.05

УДК 373.2.091.013-053.4-056.2

О.О. Бушчак

olenabushchak@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3860-0955>

ТЕОРЕТИЧНІ ТА НОРМАТИВНІ АСПЕКТИ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ У ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ

У статті зроблено теоретико-методологічний аналіз підготовки фахівця, корекційного педагога, до роботи у формах інклюзивного навчання. Автор представила зміст нормативних документів, що регламентують особливості впровадження інклюзивного навчання у систему освіти в Україні; визначила пріоритетні напрями становлення фахівця з інклюзивної освіти на основі його педагогічного статусу асистента вихователя в закладі дошкільної освіти. За результатами практичного досвіду автора статті, зазначено, що незважаючи на безліч правових і адміністративних документів, які проголошують необхідність спеціальної підготовки педагогів у галузі дошкільної освіти, корекційних педагогів не навчають вмінням та навичкам надавати консультації, створювати індивідуальні навчальні програми, проводити корекційну роботу з дітьми дошкільного віку з особливими освітніми потребами, здійснювати супервізію (підтримуючі психолого-педагогічні дії) для працівників закладу дошкільної освіти, створювати умови для подолання системних тривог у батьків і родичів через організацію психотерапевтичних практик. Автор зазначає, що формування компетентностей студентів, які включають інклюзивні знання, вміння та навичка, саме в умовах спільного навчання та виховання дітей дошкільного віку потребує структурних та змістових змін у навчальних планах, робочих програмах.

Розкрито невідповідність зазначених у офіційних документах, які формують інклюзивну освітню політику, щодо цілей, організації, змісту підготовки фахівців з інклюзії і реального стану їх педагогічної праці в закладах дошкільної освіти.

Ключові слова: інклюзивна освіта, нормативні документи, заклади дошкільної освіти, особливі освітні потреби, підготовка фахівця.

Постановка проблеми. Оновлення змісту освіти, який ґрунтується на компетентнісному підході, базується на ціннісному вихованні, орієнтації на потреби дитини, запроваджує наскрізні лінії у процесах виховання, стає наріжним каменем реформ та змін в освітній системі України. Суспільний запит на трансформації прискорюється і демократичними процесами, і оновленням економічного та суспільного життя. Створення нормативно-правової бази допомогло би формувати цілісну освітню політику для охоплення та регулювання змін у дошкільній, загальній середній, професійній, вищій освіті. Така ж база необхідна, і для створення умов для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами та реалізації принципів інклюзивного освітнього середовища. Відтак потребується така нормативна база для одного із важливих завдань впровадження інклюзивної освіти: залучення фахівців спеціальної освіти до закладів загальної середньої освіти та додаткова підготовка у галузі спеціальної освіти педагогів загальноосвітніх закладів. Існує база нормативно-правових актів, які регулюють певні процеси, наголошують на важливості даного питання, проте вона недостатня для того щоб освітні послуги інклюзивного навчання надавалися якісно та системно.

Аналіз досліджень і публікацій. Теоретично доведено необхідність корекційно-педагогічного (психологічного, логопедичного, реабілітаційного) супроводу дітей дошкільного віку та їхніх батьків дослідженнями українських учених В.І.Бондаря, С.П.Миронової, В.М.Синьова, К.О.Островської, Н.Г.Пахомової, І.Б.Кузави, Д.І.Шульженко та інші. Проблематика підготовки високоякісного фахівця потребує від нього не лише спеціальних знань про особливості порушень у дітей, складностей