

Особливості стану психіки і моторики дітей із ЗГМР та порушеннями постави**Бєседа Володимир Вікторович¹**

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Київ, Україна

E-mail: doctorbeseda@gmail.comORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-4262-6629>

В умовах сучасності існують багаточисленні наукові розробки та дослідження проблеми затримки психомоторного розвитку в дітей різного віку. Водночас комплексне рішення відносно виявлення психофізичних характеристик цієї категорії дітей раннього віку з порушеннями постави розкрито недостатньо.

Це зумовило мету статті – виявити особливості стану психіки і моторики дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку і порушеннями постави методом аналізу та педагогічних спостережень.

За підсумками виконаного дослідження було з'ясовано, що: у дітей із затримкою психомоторного розвитку спостерігаються різні види психічного і соматичного дизонтогенезу, що негативно впливає на їхню навчальну діяльність та успішну соціальну адаптацію у суспільстві; педагогічні спостереження за дітьми раннього віку із затримкою психомоторного розвитку з порушеннями постави мають певні характерні ознаки психіки стосовно до здорових однолітків: знижена рухово-ігрова активність, зменшена участь у якості лідера в колективних рухливих іграх; недостатність мовленнєвого спілкування з однолітками, емоційна нестабільність, реагування на зміну сюжетних колізій гри у таких дітей відстає за часом від подібних реакцій у здорових однолітків і буває неадекватним; їм бувають не зрозумілі правила гри, або деталі ігрового сюжету; не завжди правильно реагують на підсумки гри, педагога у кожному конкретному випадку; специфічні особливості розвитку моторної сфери у цієї категорії дітей такі: зменшений загальний обсяг денних локомоцій у порівнянні зі здоровими однолітками; такі діти віддають перевагу горизонтальному основним руховим режимам (лежанню, повзанню, сидінню), уникаючи вертикалізованих гравітаційних вихідних положень; а якщо діти цього контингенту і приймають такі положення, то рефлексивно намагаються знайти додаткову опору для верхніх кінцівок або тулуба; зниження обсягу цілеспрямованих рухово-ігрових дій при збільшенні спонтанної моторної активності; координація рухів у дітей із ЗГМР і порушеннями постави часто буває недостатньою; також слід відзначити проблеми із злитістю рухів; виявлена недостатня раціональність рухових дій у таких дітей за всіма параметрами (просторовим, часовим і енергетичним).

Ключові слова: діти раннього віку, психіка, моторика, затримка психомоторного розвитку, порушення постави.

Вступ. Сучасні статистичні дані засвідчують прогресуюче зростання дітей із відхиленнями здоров'я. За оцінками ВООЗ на початку XXI століття 10% населення нашої планети є «недієздатними» особами, з яких 100 млн. – діти з обмеженими можливостями. У світі 250 мільйонів дітей з обмеженими можливостями віком до 14 років; в Україні їх 2,5 млн., з яких 1,2 млн – діти з інвалідністю I та II груп, з них 120 тис. мають інвалідність з дитинства (Колишкін, 2013).

Відзначається зростання чисельності захворювань опорно-рухового апарату серед дітей – на 22%, серед підлітків – на 47% за останнє десятиліття (Крайнюков, 2015). За даними О.А. Сергєєвої та співавт. (2015), затримка психічного розвитку (ЗПР) спостерігається у 25% дитячого населення. А.В. Голощапов (2015) наводить дані, що близько 20% дітей на момент вступу до школи мають затримку психічного розвитку і близько 50% усіх дітей, які не спроможні адекватно засвоювати шкільну програму (Голощапов, 2016; Сергєєва, 2015). Крім того, за даними МОЗ України – захворюваність РАС із 2006 року зросла у 2,5 рази, з 2010 по 2014 р. із 28,2% до 35,7% (Тарасун, 2014).

Спостереження за динамікою наукових розробок та досліджень дали можливість констатувати посилення уваги науковців до проблеми затримки психомоторного розвитку в дітей різного віку (Е. Ф. Архипова, Е. Р. Баєнська, В. В. Бєседа, І. А. Виродова, О. Є. Громова, М. М. Єфименко, М. М. Малофєєв, О. М. Мастюкова, М. Д. Мога, О. Г. Приходько, Ю. А. Разенкова, Е. А. Стребелева, Н. Д. Шматко та ін.).

¹ кандидат педагогічних наук, докторант Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

Водночас виявлення психофізичних характеристик у комплексному ракурсі дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку (ЗПМР) саме з порушеннями постави розкрито недостатньо, що й зумовило мету дослідження.

Мета та завдання дослідження. Метою дослідження є виявлення особливостей стану психіки і моторики дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку і порушеннями постави. Відповідно до мети визначено завдання дослідження: проаналізувати дані літературних джерел відносно особливостей психіки і моторики дітей із затримкою психомоторного розвитку з порушеннями постави; визначити стан розвитку моторики і психіки цих дітей; визначити особливості розвитку психічних та рухових функцій означеної категорії дітей.

Матеріали та методи дослідження. Методи дослідження: метод аналізу, який дозволив виявити особливості психічної та рухової сфери у дітей із затримкою психомоторного розвитку; метод педагогічних спостережень дав можливість з'ясувати стан психіки і моторики дітей із ЗПМР з порушеннями постави.

Результати дослідження. Психомоторний розвиток (виділено – В. В.) розглядається як складний процес під впливом зовнішніх чинників, зумовлений генетичною програмою системогенезу в залежності від багаторівневої структури функціональних ансамблів нервової системи дитини (Журба, Мастюкова, 1981).

Л. Журба & О. Мастюкова (1981) вважають, що раннє розпізнавання порушень психомоторного розвитку є основою ефективності лікувально-профілактичних засобів, які запобігають тяжкій інвалідності (Журба, Мастюкова, 1981).

Порушення психомоторного розвитку є наслідком ураження нервової системи, що особливо проявляється на ранніх стадіях формування моторних навичок та основ психічної діяльності (Журба, Мастюкова, 1981).

Перинатальна патологія є чинником ризику щодо виникнення у дитини якоїсь рухової патології. Незважаючи на рівну ймовірність ураження всіх відділів нервової системи, при дії патогенних чинників на мозок, що розвивається, передусім і найсильніше страждає саме *руховий аналізатор*. В силу того, що страждає незрілий мозок, подальші темпи його дозрівання уповільнюються: порушується порядок включення структур мозку в міру їх дозрівання в функціональні системи (Журба, Мастюкова, 1981).

Під час дорослішання не аби-яке значення має вплив соціальних чинників на формування та розвиток психічних і моторних функцій у дітей. Так, В. Лебединський указує, що мікросоціально-педагогічна занедбаність, під якою розуміється затримка інтелектуального і в певній мірі емоційного розвитку, зумовлена культуральною депривацією – несприятливими умовами виховання, які створюють значний дефіцит інформації та емоційного досвіду на ранніх етапах розвитку (Лебединський, 2003).

У таких дітей в тій чи тій мірі затримано і порушено оволодіння всіма необхідними руховими функціями: утриманням голови, самостійного сидіння, стояння, ходьби, ручної маніпулятивної діяльності. Рухові порушення, у свою чергу, негативно впливають на формування психічних і мовленнєвих функцій. Ось чому так важливо якомога раніше виявляти порушення в руховій сфері дитини. Ступінь тяжкості рухових порушень варіює у великому діапазоні, де на одному полюсі знаходяться грубі рухові розлади, а на іншому – мінімальні. Відповідно варіюють мовленнєві та психічні порушення – при цьому і може спостерігатися ціла гама різних поєднань і комбінацій. Наприклад, при грубих рухових порушеннях психічні і мовні розлади можуть бути мінімальними, а при легких рухових розладах нерідко зустрічаються важкі порушення психіки і мови.

На думку О. Приходько, «багаторічні дослідження показали, що в разі раннього виявлення в перші місяці життя і організації адекватної корекційної роботи можна досягти значних успіхів в подоланні перинатальної патології. Дослідження К. Семенової, Л. Бадаляна, О. Мастюкової показують, що за умови ранньої діагностики – не пізніше 4–6-місячного віку дитини – і раннього початку адекватного систематичного медико-педагогічного впливу практичне одужання і нормалізація особистих функцій можуть бути досягнуті в 60–70% випадків до 2–3-річного віку. У випадку пізнього виявлення дітей із перинатальною патологією і відсутності адекватної корекційної роботи виникнення важких рухових, психічних і мовленнєвих порушень є більш ймовірним» (Приходько, 2006).

Затримка психічного розвитку засвідчує: недостатній загальний запас знань, обмеженість уявлень, незрілість мислення, малу інтелектуальну цілеспрямованість, переважання ігрових інтересів; затримку розвитку емоційної сфери (різні види інфантилізму), при цьому порушення в інтелектуальній сфері виражені не різко (Лебединський, 2003).

Основні неврологічні і психопатологічні синдроми у дітей першого року життя: синдром гіпозбуджуваності; синдром гіперзбуджуваності; гіпертензійно-гідроцефальний синдром; судомний синдром; церебрастенічний синдром; синдром рухових порушень (синдром м'язової гіпотонії; синдром м'язової дистонії; синдром м'язової гіпертонії; мозочкові порушення; ДЦП); синдром вегетативно-вісцеральних дисфункцій; синдром мінімальної мозкової дисфункції (ММД); синдром уродженого або рано набутого недоумства; неврологічні і психопатологічні синдроми при соматичних захворюваннях (синдром порушеного кишкового всмоктування (мальабсорбції) (Журба, Мاستюкова, 1981).

Затримка розвитку моторики: уповільнення статичних і локомоторних навичок (утримання голови, хватання предметів, сидіння, стояння, ходьба). У віці 2–3 років страждає розвиток самообслуговування, недорозвиток мовлення. В дошкільному віці: відсутність допитливості, слабкість пізнавальної активності, виявляються виражені труднощі в освоєнні початкових елементів читання та рахування (Лебединський, 2003).

За результатами досліджень О. Г. Приходько, розвиток дітей з руховою патологією в ранньому віці (від року до трьох років) має свої специфічні риси. Темпи моторного, пізнавального і мовленнєвого розвитку дитини з руховою церебральною патологією можуть широко варіювати. Часто виявляється диспропорція в розвитку окремих функцій. Так, рівень розвитку емоційної сфери може набагато випереджати рівень рухового і мовленнєвого розвитку (Приходько, 2006).

Аномалії зорового аналізатора негативно впливають на зорово-моторну координацію дітей, де спостерігаються такі порушення: косоокість; птоз; порушення зорового сприйняття; недостатня фіксація погляду; порушення плавного простежування; зниження гостроти зору; спотворене сприйняття предметів і явищ довколишньої дійсності тощо.

Розлади емоційно-вольової сфери виражаються по-різному у дітей із затримкою психомоторного розвитку та порушеннями постави: підвищена емоційна збудливість чи загальмованість; дратівливість чи боязкість; рухова розгальмованість чи скутість рухів. Ці розлади можуть посилюватися, або набувати полярності при стомленні чи в новому для дитини оточенні.

Відхилення у мовленнєвому розвитку виражається у таких ознаках: зниження потреби у мовленнєвому спілкуванні; порушення голосових реакцій; спілкування за допомогою жестів, міміки чи криків; зниження голосової активності; недостатність слухової уваги тощо. Все це затримує розвиток початкового розуміння зверненої мови.

Індивідуальні терміни появи мови значно коливаються, що залежить від багатьох чинників: локалізації та тяжкості ураження мозку, раннього початку, систематичності і адекватності корекційно-логопедичної роботи. Вікова динаміка мовленнєвого розвитку дітей також багато в чому залежить від стану інтелекту. Чим вище інтелект дитини, тим більш сприятлива динаміка розвитку мовлення, кращі результати логопедичної роботи.

Значний стрибок у розвитку мовлення при проведенні корекційно-логопедичних занять спостерігається до кінця третього року життя. На цьому віковому етапі темп мовленнєвого розвитку починає випереджати темп розвитку загальної моторики дитини. Здебільшого фразове мовлення формується до 4–5 років; у старшому дошкільному віці (5–7 років) йде її інтенсивний розвиток. Найчастіше як у ранньому, так і в дошкільному віці, діти не реалізують своїх мовленнєвих можливостей у спілкуванні (на запитання дають стереотипні однослівні відповіді).

У дітей із руховою патологією зберігаються ранні вроджені безумовні рефлекси як у руховій, так і в артикуляційній, лицьовій, дихальній мускулатури. Прикладом псевдопозитивної симптоматики може бути збереження рефлексів орального автоматизму протягом ряду років, наявність примітивних інфантильних схем дихання, ковтання, кусання, жування.

Моторний розвиток (виділено – В. В.). Становлення реакцій випрямлення і рівноваги у дітей із руховою патологією в ранньому віці різко затримано і якісно неповноцінно. До року тільки частина дітей із церебральним паралічем або синдромами рухових порушень утримує голову; в основному вони не можуть самостійно сидіти. У багатьох відзначається вимушене положення тіла, неможливість поворотів зі спини на живіт, патологічна опора при спробі поставити їх на ноги. Всі ці порушення можуть негативно позначатися на розвитку пізнавальної діяльності.

Практично у всіх дітей виявляються порушення рухових функцій кистей і пальців рук. У більшості дітей відзначається патологічний стан кистей рук із щільним стисненням кулаків, приведенням великого пальця до долоні і неможливістю або утрудненням його участі при захопленні іграшки. У деяких дітей кисті рук мляві, паретичні. У важких випадках хапання і маніпуляції з предметами недоступні дітям навіть до кінця раннього віку. Частина дітей з напруженою захоплює предмети, можуть утримати їх, але

маніпуляції здійснити не можуть. Тільки деякі діти захоплюють предмети, утримують їх, можуть довільно відпустити, здійснюють з ними прості маніпуляції, але вільно маніпулювати предметами не можуть.

Для дослідження особливостей стану психіки і моторики дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку і порушеннями постави протягом 2019–2020 р.р. було організовано систематичні педагогічні спостереження, у процесі яких фіксувались і систематизувались психічні і моторні прояви дітей у різноманітній рухово-ігровій діяльності. Це як малорухливі ігри з переважним задіянням ручної предметно-маніпулятивної діяльності, так і активні рухливі ігри на основі ходьби, бігу та підстрибувань. Для виявлення психічних проявів дітей фіксувались такі показники: ступінь мотивації до рухово-ігрової діяльності, ступінь активності у рухових іграх, домінуючі емоції, адекватність у спілкуванні з однолітками і педагогом, мовленнєві прояви та реагування на зміну рухово-ігрової ситуації або педагогічної ситуації взагалі. Якщо говорити про дітей раннього віку із ЗПМР і порушеннями постави, то спеціально організовані відкриті та сховані педагогічні спостереження дозволили виділити такі особливості їхньої *психічної сфери*:

1. У них помітно обмежена рухово-ігрова діяльність із ровесниками, що виражається такими варіантами поведінки: вони *не так часто беруть участь у сюжетних іграх*, як їхні здорові однолітки (76,2–85,3%); а якщо вони і залучаються до ігри, то роблять *це фрагментарно, вибірково*, а не спочатку і до кінця. Частина дітей, що грають від початку і до кінця дорівнюється 8,6–12,4% від загальної кількості дітей із ЗПМР. Переважно вони передчасно вибувають із ігри, бо їм щось не сподобалось і навіть першочергове природне бажання гратись і рухатися не може переважити цього негативного ставлення до якоїсь конкретної ситуації, що виникла в процесі гри.

2. Беручи участь в іграх, діти із ЗПМР *уникають лідерських ролей* і виконують ролі не головні, а другорядні. Вони не демонструють своєї свідомої активності, а лише повторюють рухово-ігрові патерни за іншими дітьми-лідерами. Лише частина таких дітей іноді брали на себе роль лідера в грі (7,8–9,2%).

3. У мовленнєвому відношенні діти досліджуваної групи демонструють *недостатність мовленнєвого спілкування* із однолітками: обмежений активний запас слів, бліде емоційне забарвлення мовленнєвого спілкування, вельми велика доля варіантів невербального спілкування за допомогою міміки та жестів, мови тіла, крику, плачу тощо.

4. У таких дітей у процесі ігор часто спостерігається емоційна нестабільність, *своєрідна емоційна лабільність*: настрої дітей дуже варіюється від спокійно-позитивного до істерично-плаксивого. Такі діти не люблять, коли щось робиться не так, як хочеться саме їм. Їм не подобається, коли дорослі роблять їм зауваження, або інші діти забирають у них іграшку (наприклад, м'яч).

5. *Реагування* на зміну сюжетних колізій гри у таких дітей *відстає від подібних реакцій у здорових однолітків*. Їм потрібен додатковий час, щоб помітити ці зміни сюжету і адекватно відреагувати на них. До речі, *це реагування не завжди буває адекватним*.

6. Дітям із ЗПМР і порушеннями постави *не завжди зрозумілі правила гри, або деталі ігрового сюжету*. Вони спостерігають за іншими дітьми, їхньою поведінкою і рухово-ігровими діями, а потім намагаються часто механічно повторювати ці дії за ними. Іноді вони роблять зовсім не те, що передбачає ігровий сюжет або елементарні правила гри.

7. Діти вказаного контингенту *не завжди правильно реагують на підсумки гри*, які робить педагог у кожному конкретному випадку.

Моторна сфера дітей із ЗПМР і порушеннями постави також має свої специфічні особливості. Педагогічними спостереженнями передбачалось фіксація таких її показників: загальний обсяг денних локомоцій, пропорціональність використання основних рухових режимів протягом дня, особливості застосування вертикалізованих вихідних положень у гравітаційному полі, ступінь цілеспрямованості рухів, ступінь їхньої координованості, злитості тощо. У підсумку було виявлено такі особливості моторики зазначеної категорії дітей:

1. Із-за порушень постави несвідомо ці діти *значно зменшують загальний обсяг денних локомоцій у порівнянні зі своїми здоровими однолітками* (він складає лише 76,8–82,5%). Насамперед, це помітно в реалізації ними природних основних рухів: лежання, повзання, сидіння, стояння, ходіння, лазіння, бігу та стрибків. При цьому діти зосереджуються на більш горизонтованих, низьких рухових режимах: різновидах вправ у положенні лежачи, накарачках, сидячи. Роблять вони це несвідомо, але тим самим розвантажують опорно-руховий апарат (і хребетний стовбур) від зайвих вертикальних гравітаційних навантажень. Для них ці положення виявляються більш комфортними, ніж пози вертикалізовані (довге стояння, ходіння тощо). Ось чому діти намагаються уникати довгих статичних і динамічних вихідних положень із вертикальним розташуванням скелета.

2. Якщо ж діти і приймають такі положення і знаходяться в них деякий час, вони рефлекторно *намагаються знайти додаткову опору для верхніх кінцівок або тулуба*, щоб знизити дискомфортні відчуття і полегшити гравітаційний режим для хребетного стовбура. Для цього вони використовують ручне захоплення предметів, що знаходяться вище умовної лінії плечового поясу, спираються рукою або руками на опору, що знаходиться нижче рівня плечового поясу, притуляються тулубом до вертикальної опори (стіни, колони, стійки, гімнастичної драбини тощо), спираються тазовим поясом на нижню опору, що розташована нижче самого тазу, комбінують ці варіанти.

3. Слід відзначити *зниження обсягу цілеспрямованих рухово-ігрових дій при збільшенні спонтанної моторної активності*. Діти із ЗПМР і порушеннями постави недостатньо часто використовують цілеспрямовану програму рухових дій для вирішення того чи того рухового завдання. В їхніх діях простежується пошукова активність, зумовлена конкретною рухово-ігровою ситуацією – при цьому домінувальне цілепокладання відходить на задній план, перестає бути головним.

4. *Координація рухів у дітей із ЗПМР і порушеннями постави часто буває недостатньою*. Особливо це помітно в динамічних іграх із бігом та частою зміною сюжетних колізій, коли напрям руху треба швидко змінити на протилежний, упоравшись із балістичним імпульсом. Координаційна недостатність помітна також у предметно-маніпулятивній діяльності таких дітей, особливо це помітно в ручних рухових діях із предметами: м'ячами, гімнастичними палицями, обручами, кубиками, скакалкою тощо. Зниження координаційних можливостей особливо помітно у дворучних координаціях із предметами і без них. Недостатніми виявляються необхідна локалізація і автономізація в діях кожної руки, яка свідчить про сформовані міжпівкульні нейронні шляхи. В ідеалі ліва рука має робити один рух, а права при цьому – зовсім інший. Наприклад, ліва рука збирає тенісні м'ячики з підлоги і кладе їх у кошик, а права – при цьому виконує кидки м'ячиків у ціль, що розташована на стіні. У дітей із ЗПМР і порушеннями постави вельми часто (у 45,3–56,8% випадків) спостерігаються своєрідні генералізовані м'язові синергії, коли права рука намагається виконувати те саме, що і ліва рука, що вказує на недосконалість міжпівкульних нейронних координацій.

5. Також треба відзначити *проблеми із злітністю рухів*. Як відомо, злиті, закінчені рухи характеризують високий рівень рухової підготованості. В цьому випадку загальний руховий акт має свій початок, розвиток і завершення, коли кожна попередня фаза руху плавно і логічно перетікає у наступну фазу. У дітей вказаної категорії рухи недостатньо злиті – в них простежується переривчастість, своєрідна дискретність.

6. У процесі педагогічних спостережень було виявлена *недостатню раціональність рухових дій*. Раціональними слід признати рухи, за допомогою яких дитина досягає поставленої цілі, витрачаючи при цьому мінімум простору, часу й енергії. У дітей із ЗПМР і порушеннями постави рухові дії відбуваються за не зовсім раціональними просторовими, часовими й енергетичними показниками. Щодо *просторового* аспекту, то траєкторії пересувань дітей вельми архаїчні, не мають необхідного цілеспрямованого напрямку, на 16,4–23,8% довші, ніж траєкторії раціональні ($L + \Delta L$). Для самих рухів характерними є розмашистість, занадто велика амплітуда рухів у суглобах кінцівок. Довжина кроку при ходьбі та бігу також не відповідає оптимальним показникам і часто є меншою, ніж потрібно.

У дітей раннього віку із ЗПМР і порушеннями постави у сагітальній площині на прикладі сутулуватої постави спостерігається збільшений у порівнянні зі здоровими однолітками гальмівний шлях після прискорень у ходьбі та бігу, бо в них скорочена і зменшена поверхнева фронтальна лінія (ПФЛ), що заважає дитині після прискорення ефективно і своєчасно зупинитися. Неприродно зміщений уперед центр ваги стимулює продовження інерційного руху вперед навіть тоді, коли це не потрібно, що подекуди стає небезпечним, якщо прискорення виконувалось у напрямку стінки, стійки, або іншої вертикальної конструкції.

Щодо дітей із сколіотичним викривленням хребетного стовбура, слід зазначити, що у них часто (до 34,5–47,8%) порушено вміння ефективно балансувати, тобто зберігати динамічну рівновагу. Зміщений у фронтальній площині центр ваги постійно проковує перекидний момент у бік зміщення і цей момент підсилюється після прискорень, махів та інших балістичних рухів тулубом або кінцівками. Діти раннього віку із ЗПМР і порушеннями постави у фронтальній площині частіше падають у процесі динамічних рухливих ігор. А це формує у них негативне ставлення до таких ігор, бажання запобігти в них активної участі. Формується сомато-психічний ланцюжок, коли із-за порушення постави у фронтальній площині у дитини погіршується функція динамічної рівноваги, вона часто втрачає стійкість тіла і падає – це з часом відбивається на негативному ставленні таких дітей, взагалі до рухово-ігрової діяльності.

Якщо говорити про *часові* показники, то, насамперед, звертає на себе увагу зайвий час на виконання того чи того руху ($T+\Delta T$), тобто дитина виконує рухову дію на 15,3–27,5% повільніше, ніж її здорові однолітки. Темп виконання циклічних рухів уповільнений і відстає від аналогічного у здорових дітей раннього віку. Якщо говорити про варіанти відпочинку, то діти із ЗПМР і порушеннями постави найчастіше відпочивають від рухово-ігрової активності в середньому на 2,3–4,7 разів за 30 хв. При цьому слід зазначити, що тривалість пауз, які беруть діти зазначеного контингенту на 12,9 – 18,6% довша, ніж у їхніх здорових однолітків.

Педагогічні спостереження за *енергетичними* показниками рухово-ігрової діяльності виявили такі специфічні тенденції: втомлюваність дітей із ЗПМР була значно більшою і це було віддзеркалено в таких посередніх ознаках, як зайві почервоніння обличчя, пітливість; негативний емоційний супровід вправління, переривчасте аритмічне дихання, небажання робити вправу, або її виконання у півсили, неякісне вправління тощо.

Висновки. Підсумками виконаного дослідження, є такі висновки:

1. Взагалі діти із затримкою психомоторного розвитку мають різні види психічного і соматичного дизонтогенезу, що негативно відбивається на їхній навчальній успішності та соціальній адаптації.

2. У дітей раннього віку із ЗПМР і порушеннями постави в процесі педагогічних спостережень було виявлено такі особливості їхнього психічного статусу по відношенню до здорових однолітків: знижена рухово-ігрова активність, зменшена участь у якості лідера в колективних рухливих іграх; недостатність мовленнєвого спілкування із однолітками, емоційна нестабільність, реагування на зміну сюжетних колізій гри у таких дітей відстає за часом від подібних реакцій у здорових однолітків і буває неадекватним; їм бувають не зрозумілі правила гри, або деталі ігрового сюжету; не завжди правильно реагують на підсумки гри, які робить педагог у кожному конкретному випадку.

3. Відносно моторної сфери у дітей із ЗПМР і порушеннями постави було виявлено такі специфічні особливості: зменшений загальний обсяг денних локомоцій у порівнянні зі здоровими однолітками; такі діти віддають перевагу горизонтальним основним руховим режимам (лежанню, повзанню, сидінню), уникаючи вертикалізованих гравітаційних вихідних положень; а якщо діти вказаного контингенту і приймають такі положення, то рефлекторно намагаються знайти додаткову опору для верхніх кінцівок або тулуба; зниження обсягу цілеспрямованих рухово-ігрових дій при збільшенні спонтанної моторної активності; координація рухів у дітей із ЗПМР і порушеннями постави часто буває недостатньою; також треба відзначити проблеми із злитістю рухів; виявлена недостатня раціональність рухових дій у таких дітей за всіма параметрами (просторовим, часовим і енергетичним).

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі вбачаємо у вивченні психосоматичних і сомато-психічних взаємозв'язків та впливів на загальний розвиток дітей раннього віку із ЗПМР і порушеннями постави.

Література

Голощапов А. В. Зарубежные методы профилактики и коррекции задержек психического развития у детей. Метод ритмической стимуляции Х. Бломберга и нейрофизиологической интеграции неонатальных рефлексов С. Г. Блайт. *Психологическое сопровождение образования: теория и практика: сб. статей по материалам VI Международной науч.-практ. конф., Йошкар-Ола, 24-26 декабря 2015 г.* Йошкар-Ола: АНО ВПО "Межрегиональный открытый социальный институт", 2016. С. 103–108.

Журба Л. Т., Мاستюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 272 с.

Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2013. 392 с.

Крайнюков С. В. Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: дис. канд. псих. наук: 19.00.04. СПб., 2015. 220 с.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 144 с.

Приходько О. Г. Коррекционно-педагогическая работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Системный подход к разработке индивидуальных программ обучения и развития детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья / под ред. Е. А. Стребелевой, А. В. Закрепиной. Москва: 2006. С. 41-43.

Сергеева О. А. (Ed). Проблема психологической готовности к школь-ному обучению детей с задержкой психического развития. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2015. Т. 5, № 5. С. 712.

Тарасун В. В. Аутологія. Монографія. К.: «МП Леся», 2014. 580 с.

Peculiarities of the mental and motility state of the children suffering from mental retardation and postural disorders

Biesieda Volodymyr²

National Pedagogical Dragomanov University, Kyiv, Ukraine

Nowadays, there are numerous scientific reviews and studies devoted to the problem of psychomotor retardation of children of different ages. Though, a comprehensive solution of how to identify psychophysical characteristics demonstrated by this category of small children suffering from postural disorders has not made yet.

The goal of our research was to identify features of the mental and motility state of small children suffering from psychomotor retardation and postural disorders.

Summarising the research performed, these conclusions have been made:

The children demonstrating psychomotor retardation have different types of mental and somatic dysontogenesis, which negatively affects their academic performance and social adaptation;

in the process of pedagogical observations, the small children suffering from psychomotor retardation and postural disorders demonstrate certain mental features in comparison with their healthy as follows: reduced motor-game activity, reduced participation as a leader in collective active games; lack of speech communication with peers, emotional instability, the children constituting this category fail to respond to changes in plot collisions of a game in time, in contradistinction to their healthy peers; their responses happen to be inadequate; they do not understand the rules of a game, or details of the game plot; do not always respond correctly to the results of the game commented by their teacher in each particular case;

this category of children demonstrates specific peculiarities of their motor development: a reduced total volume of their daily locomotion compared to their healthy peers; these children prefer horizontal basic motor modes (lying, crawling, sitting), avoiding vertical gravitational starting positions; in case these children take vertical positions, they reflexively try to find additional support for the upper extremities or corpora; a reduced amount of purposeful motor-game actions with increased spontaneous motor activities; the movements of the children suffering from psychomotor retardation and postural disorders are often insufficiently coordinated by them; the problems causing fusion of movements should also be noted; insufficient rationality of motor actions performed by these children according to all the parameters (space-, time- and energy-related) is revealed.

The prospects of further research in this area are seen in the study of physical, psycho-somatic and mental relationships alongside their impact on the overall development of small children suffering from mental retardation and postural disorders.

Keywords: *small children, psyche, motility, psychomotor retardation, postural disorders.*

References

Goloshhapov, A.V. (2016). Zarubezhnyye metody profilaktiki i korektsii zaderzhek psikhicheskogo razvitiya u detey. Metod ritmicheskoy stimulyatsii KH. Blomberga i neyrofiziologicheskoy integratsii neonatal'nykh reflektsov S. G. Blayt. [Foreign methods of prevention and correction of mental retardation in children. Method of rhythmic stimulation H. Blomberg and neurophysiological integration of neonatal reflexes SG Blyt]. *Psikhologicheskoye soprovozhdeniye obrazova-niya: teoriya i praktika: sb. statey po materialam VI Mezhdunarodnoy nauch.-prakt. konf., Yoshkar-Ola, 24-26 dekabrya 2015 g. – Psychological support of education: theory and practice: collection of articles. articles on the materials of the VI International scientific-practical. Conf., Yoshkar-Ola, December 24-26, 2015.* Yoshkar-Ola: ANO VPO "Interregional Open Social Institute", 2016. pp. 103–108. [in Russian].

Kolyshkin, O.V. (2013). *Vstup do specialnosti «Korekcijna osvita». [Introduction to the specialty "Correctional education"]*. Sumy: Universytet-s'ka knyha [in Ukrainian].

Kraynyukov, S.V. (2015). *Kartina mira podrostkov s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [World picture of adolescents with diseases of the musculoskeletal system]. Candidate's thesis.* SPb. [in Russian].

² PhD in Pedagogy, Doctoral Student at the National Pedagogical Dragomanov University

Lebedinskiy, V.V. (2003). *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste [Mental development disorders in childhood]*. Moscow: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya» [in Russian].

Prikhod'ko, O.G. (2006). *Korreksionno-pedagogicheskaya rabota s det'mi s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata. Sistemnyy podkhod k razrabotke individual'nykh programm obucheniya i razvitiya detey rannego i doskol'nogo vozrasta s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Correctional and pedagogical work with children with musculoskeletal disorders. A systematic approach to the development of individual training and development programs for children of early and preschool age with disabilities]*. Moscow [in Russian].

Sergeyeva, O.A. (2015). Problema psikhologicheskoy gotovnosti k shkol'-nomu obucheniyu detey s zaderzhkoy psikhicheskogo razvitiya [The problem of psychological readiness for school education of children with mental retardation]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy – Bulletin of medical Internet conferences*. Vol. 5, No. 5.P. 712. [in Russian].

Tarasun, V.V. (2014). *Autologiya [Autolohiya]*. Kyiv: «MP Lesya» [in Ukrainian].

Zhurba, L.T. & Mastyukova, E.M. (1981). *Narusheniye psikhomotornogo razvitiya detey pervogo goda zhizni [Violation of psychomotor development in children of the first year of life]*. Moscow: Medicine [in Russian].

Accepted: November 13, 2020

