

nosology, including intellectual, verbal, autistic disorders was analyzed. Highlighted the practical experience in working with inclusive schools in Ukraine. The article presents an overview of the communication development of children with ASD. A brief analysis of the development of the mental sphere of children of the given age with autistic features in development is presented. The influence of the state and quality of the mental processes on children's behavior is described.

Key words: autism, autistic developmental features, preschool age children, behavior, communication, inclusive education.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.04

УДК: 572.512.5: 616-071.2-053.5

Бесєда В. В., doctorbeseda@gmail.com

АСИММЕТРИИ ТЕЛА ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДПОСЫЛКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ (ЧАСТЬ 2)

В данной статье продолжено рассмотрение вопроса естественных и патологических асимметрий тела у детей раннего и дошкольного возраста. При этом существующие асимметрии, которые оказывают влияние на формирование осанки, были объединены в пять основных блоков: анатомо-физиологический, бытовой, компенсаторный, двигательный, психосоматический. В предыдущей статье были раскрыты варианты асимметрий тела ребёнка в ракурсе первых трёх блоков. Данное исследование направлено на определение причин возникновения асимметрий тела у детей при выполнении определённых физических упражнений, а также как отражение психического состояния, которые могут спровоцировать появление нарушений осанки.

В дальнейших исследованиях предполагается разработать алгоритм комплексного диагностирования асимметрий тела и стато-моторных проявлений у детей данной возрастной группы для повышения эффективности профилактики и коррекции нарушений осанки.

Ключевые слова: дети раннего и дошкольного возраста, физическое развитие, нарушения осанки, асимметрии.

Постановка проблемы. Ухудшение здоровья подрастающего поколения привлекает внимание учёных разных специальностей. При этом нарушения опорно-двигательного аппарата у детей занимают ведущие позиции среди других заболеваний. Нарушения осанки, заболевания позвоночника играют немаловажную роль в возникновении тех или иных отклонений в здоровье детей. Однако, несмотря на многочисленные исследования в этой области, отсутствует единое мнение о причинах развития функциональных нарушений осанки и сколиоза у детей раннего и дошкольного возраста.

Нами была предпринята попытка рассмотрения механизмов возникновения, формирования и развития отклонений осанки у детей в соответствии с онтогенетическими показателями. При этом существующие виды асимметрий, которые оказывают влияние на формирование осанки, были объединены в следующие основные блоки: анатомо-физиологический, бытовой, компенсаторный, двигательный и психосоматический.

В первой части статьи рассматривались асимметрии развития тела ребёнка в ракурсе анатомо-физиологического, бытового и компенсаторного блока, где было обозначено следующее:

- наличие естественных, генетически обусловленных анатомо-физиологических асимметрий в период формирования плода;
- наличие асимметрий тела, как вариант нормального развития человека;
- негативное влияние неблагоприятных родов на формирование компенсаторных механизмов и возникновения патологической осанки;
- роль антропометрических асимметрий, способствующих появлению нарушений осанки;
- возникновение асимметрий в режимных моментах дня ребёнка.

Цель настоящего исследования – предварительно систематизировать асимметрии, которые возникают во время целенаправленной двигательной деятельности ребёнка, а также как отражение его психического состояния.

Задачи исследования:

1 – проаналізувати спеціальну літературу щодо різного роду асиметрій в руховій діяльності дітей раннього і дошкільного віку;

2 – проаналізувати доступну інформацію про тілесні і рухові асиметрії у дітей раннього і дошкільного віку, викликані психогенними причинами;

3 – позначити варіанти виникнення і розвитку порушень осанки у даній категорії дітей на основі одержаної інформації і власних педагогічних спостережень.

Основний матеріал дослідження. Во другій частині статті продовження розгляду проблематики асиметрій тіла дитини, впливаючих на виникнення і формування патологічної осанки. Ітак, після виявлення особливостей, позначених в сформованих нами блоках: анатомо-фізіологічному, побутовому і компенсаторному, слід перейти до розкриття наступних двох – рухового і психосоматичного.

Руховий блок асиметрій представлений спільною освітньою діяльністю педагога і дитини в таких формах фізичного виховання в дошкільній освітній організації, як: рання гімнастика пробудження, веселі фізкультуринки, горизонтальний пластичний балет, заняття по фізичній культурі, денна гімнастика пробудження, фізкультурні розважки, фізкультурні хвилини, фізкультурні перерви, фізкультурні корекційні етюди, спортивні тренувальні заняття і др.

Звичайно, діти даної вікової категорії при нормальному фізичному розвитку вміють уже багато в руховому плані. Їх рухова діяльність може здійснюватися в умовах перерахованих форм фізичного виховання і варіюватися від виконання фізичних вправ в горизонтальних позах (лежачи, четвереньки) до вправ в ортогональних положеннях (сидячи, стоя). При цьому слід звертати увагу на два типи асиметрій: в статичних початкових позах (позах) на місці і, власне, в час виконання вправ або рухових дій.

Незвичайні, надмірно виражені вигини хребтного стовпа в сагітальній площині (лордоз, кифоз) привертають увагу педагога в будь-якому з положень, які дитина буде приймати: позу лежачи, четвереньки, сидячи або стоя.

Наприклад, в вправі на збереження пози лежачи на спині може спостерігатися наступне: область поперекового лордоза надмірно вигнута вперед (в центральній частині), що може вказувати на поперековий гіперлордоз і, відповідно, лордотическу осанку; збереження асиметричного положення частин тіла (голова нахилена в одну сторону, асиметричне положення шийно-плечових кутів, вигин туловища, перекидання таза і т. п.) може сприяти або констатувати сколіотическе искривлення хребтного стовпа.

В вправі з збереженням пози лежачи на животі звертає увагу наступне: дитина лежить з округлою верхньою частиною спини, т.е. грудний гіперкифоз збережений, що констатує м'язовий дисбаланс і вказує на наявність сутулості або круглої спини. При збереженні надмірно вигнутого поперекового лордоза констатується лордотическа осанка. Крім того, описані вище асиметрії в фронтальній площині можуть спостерігатися і в цій вправі також.

Збереження пози четвереньки з вигнутою корпусом в одну з сторін, вказує на сколіотическе искривлення хребтного стовпа. При цьому можуть спостерігатися наступні ознаки: зміщення голови від середньої лінії тіла, різниця в положенні шийно-плечових кутів, перекидання плечового пояса, різниця в постановці кистей, асиметричне положення таза, різниця постановки коліней дитини. Надмірна випуклість грудного кифоза вказує на круглу спину або сутулість. Надмірно вигнутий поперековий кифоз говорить про нестабільність поперекового відділу хребтного стовпа, провокуючого лордотическу осанку.

При выполнении упражнения в позе сидя с удержанием поднятых вверх рук также может быть информативным. Во фронтальной плоскости может наблюдаться асимметричность в биозвеньях тела: наклон головы в одну из сторон, разная высота кистей, перекося плечевого пояса, дугообразное искривление туловища, перекошенность тазового пояса. Кроме того, при осмотре сверху могут наблюдаться следующие признаки: поворот головы в одну из сторон; смещение одного из плечевых суставов вперёд, а другого назад; разница в положении таза. Здесь следует констатировать сколиотическое искривление позвоночного столба.

При сохранении позы, стоя с закрытыми глазами, будут обращать внимание асимметрии во всех трёх плоскостях: фронтальной, сагиттальной, горизонтальной. Итак, во фронтальной плоскости асимметричность может наблюдаться в следующем: голова наклонена или повернута в одну сторону (сочетание поворота головы в одну сторону и её наклона в другую указывает на наличие кривошеи); перекося надплечий (справа либо слева выше); асимметричное расположение лопаток; разностояние сосков; асимметрия грудной клетки; разная выраженность грудных мышц; дугообразный позвоночник; наличие мышечного валика в поясничном отделе; одна из кистей ниже другой; разница выраженности треугольников талии; перекося таза (ребри подвздошных костей с одной стороны выше, чем с другой); асимметричность складок нижних конечностей; разница в объёме бёдер или голеней; асимметричные стопы. Наличие вышеописанного предполагает наличие или формирование сколиоза.

В сагиттальной плоскости обращает внимание наличие следующих признаков: голова выдвинута вперёд от срединной линии тела; плечи выстоят вперёд; впалая грудь; спина округлая в грудном отделе позвоночника (грудной гиперкифоз); ноги полусогнуты в коленных суставах. Данные симптомы указывают на кифотичную, сутулую осанку. С другой стороны, при наличии следующего: выпячен живот; чрезмерный изгиб в поясничном отделе позвоночника; рекурвация коленных суставов указывают на лордотическую, вогнутую осанку.

Относительно сколиотических искривлений можно констатировать следующее: в ползании на животе, ползании на четвереньках, перемещении в позе сидя, передвижении стоя (ходьба, лазание, бег, прыжки) следует обращать внимание на превалирование правых или левых конечностей, наклон туловища в правую или левую сторону. При этом данные признаки должны повторяться каждый раз и быть стабильно выраженными.

Описание всех движений, которые используются при различных формах физического воспитания, достаточно объёмно, поэтому имеет смысл ограничиться несколькими примерами.

Особое внимание привлекают асимметрии при выполнении ребёнком последовательных переворотов со спины на живот в положении лёжа и, наоборот, с живота на спину. К примеру, ребёнок выполняет перевороты только в одну сторону, а при переворотах в другую сторону возникает ограничение. При этом может наблюдаться стабильный изгиб корпуса только в одну сторону (в правую или в левую), что характеризует мышечный дисбаланс в туловище. Кроме того, ребёнок не может осуществить перевороты по прямой траектории, а постоянно переворачивается по округлой траектории. Все эти признаки предполагают формирование сколиотического искривления позвоночника.

При разворотах ребёнка в позе лёжа на спине или животе в первую очередь обращает внимание то, какой стороне он отдаёт предпочтение в данном виде двигательного действия, имеется ли стабильность в этом выборе, асимметричность изгиба позвоночника вправо либо влево, что также может способствовать формированию сколиотической дуги.

При манипуляциях с предметами ребёнок, естественно, будет отдавать предпочтение правым или левым конечностям. Однако превалирование левых конечностей должно вызывать некоторую озабоченность, если оно не имеет генетической природы. Здесь следует

предположить угнетение структур центральной или периферической нервной системы по типу правостороннего гемипареза.

В таком виде упражнений, как отжимания в положении упора лёжа, асимметричные постановка кистей, разница в положении надплечий, постоянно выраженный изгиб туловища в одну из сторон (вправо либо влево) во фронтальной плоскости, поднимание туловища с преобладанием одной части туловища, асимметричное положение таза и т. д. могут также провоцировать асимметричную осанку и способствовать формированию сколиоза.

Во время передвижения в упоре лёжа по типу упражнения «Тележка» может наблюдаться перекося шейно-плечевых углов, разная постановка кистей, изгиб туловища в одну из сторон (вправо или влево). Это также приводит к мышечному дисбалансу и нарушению геометрии корпуса тела, что впоследствии приводит к сколиозу.

При ползании по-пластунски с заданной педагогом траекторией по прямой линии ребёнок выполняет с некоторым отклонением и ползёт по круговой траектории стабильно в одну сторону (в правую или в левую). Это однозначно указывает на формирование сколиотической осанки.

Ползание на четвереньках по кругу вместо заданной прямой траектории указывает на асимметричные действия конечностями и содействует развитию сколиотического изгиба позвоночного столба.

Сидение и передвижение в позе сидя с наклоном корпуса вправо или влево также указывает на дисбаланс мышечного корсета туловища, что может способствовать развитию сколиоза.

В стоянии и ходьбе может проявляться нарушение общей геометрии тела, что чаще всего выражается в перекося верхней или нижней части туловища (плечевого пояса и/или таза) в одну сторону и в нерациональной, неустойчивой походке.

При лазании по лестнице ребёнок может задействовать только либо правые, либо левые конечности в качестве ведущих, рука – захватывающая, нога – опорно-выпрямительная, что предполагает перетягивание-усиление мышц противоположной стороны туловища и, как следствие, формирование сколиотического искривления позвоночника.

Психосоматический блок асимметрий проявляется в состояниях наличия хронического или преходящего стрессового воздействия на ребёнка и носит психогенный характер.

Большинство заболеваний берут начало в раннем детстве. При этом жалобы ребенка, на которые родители не обращают внимания, могут впоследствии трансформироваться в тяжелое заболевание. Исходя из высказываний Берна, практически вся человеческая деятельность является отражением некоторого жизненного сценария, запрограммированным в раннем детстве. Сначала сценарий пишется невербально, а затем вербально относительно соответствия требованиям родителей к ребёнку по отношению к образованию, спорту, религии, увлечений и т.п. Соответственно родители и социум оказывают влияние на психическое здоровье ребёнка, приводя к заболеваниям и расстройствам, появляющимся при непосредственном или косвенном воздействии эмоционального напряжения. Особенно опасны повторные затяжные отрицательные эмоции, так как они могут вызвать патологические состояния – неврозы, психопатии, заболевания внутренних органов, нарушения деятельности опорно-мышечного аппарата [2]. В данном случае естественным является отражение внутренних проблем в виде телесных психологических проявлений, где осанка – это основная поза, выражающая психоэмоциональное состояние ребёнка и представляющая определённый вид психосоматических расстройств.

Большинство научных изысканий посвящено психосоматическим расстройствам у взрослых. Однако некоторые учёные обращают внимание на их наличие у детей. Психосоматические расстройства представляют собой не что иное, как **интенсивные телесные проявления психологических проблем** (выделено мной. – В.В.), которые обычно существуют на протяжении длительного времени. Соответственно специфика этих расстройств лишь отчасти определяется конкретным диагнозом, т. е. нозологической принадлежностью. В не меньшей степени она зависит и от характера самой психологической проблемы, и от личностных особенностей ее носителя. Поэтому и телесные проявления психосоматических расстройств, как правило, не замыкаются в тесных рамках отдельного диагноза – можно говорить лишь о ведущих проявлениях, соответствующих определенной болезни. В то же время, как правило, присутствуют и другие психосоматические симптомы, свойственные другим диагностическим единицам, хотя и менее выраженные. Кроме того, различные психосоматические симптомы целесообразно рассматривать не в рамках отдельных заболеваний (**нозоцентрический подход**), а в виде отдельных соматических проявлений (**симптомоцентрический подход**) (в обоих случаях выделено мной. – В.В.) [7].

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и **рассматривается целостно**. По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят [6] так называемые **функциональные синдромы**. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с неопределенными жалобами на деятельность сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания или мочеполовой системы. При этом какие-либо **органические изменения, как правило, не обнаруживаются**. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки **эмоционального напряжения** без характерных черт и обозначил их **органными неврозами** [1].

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить **симптомы телесные** (выделено мной. – В.В.), являющиеся на физиологическом уровне следствием реакции напряжения, а на психологическом – тревоги и фрустрации. При этом В. Икскуль указывает, что психосоматические нарушения внутренних органов представляют собой неадаптивные проявления стрессовой готовности [7]:

- болевые ощущения связаны с мышечным напряжением;
- они (психосоматические нарушения внутренних органов) сочетаются с повышенной болевой чувствительностью (гиперестезией);
- некоторые психосоматические жалобы имеют смешанный, регрессионный характер, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы;
- физиологически это выражается в возврате нервной системы в «детское» состояние, психологически – воспроизведение на бессознательном уровне раннего детского опыта.

Проявления психосоматических расстройств, имеющих отчасти образно-символическое значение (**«язык тела»**) (выделено мной. – В.В.), являются также действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противопоставления подсознательных фрагментов психики подавлению со стороны сознательной цензуры. Тем самым подобные конверсионные и диссоциативные механизмы психосоматических нарушений отражают внутреннюю двойственность, противоречивость человеческой психики. В клинической психологии существует даже точка зрения, что любое хроническое соматическое (неинфекционное) заболевание начинается с эпизода **личностной диссоциации** (выделено мной. – В.В.), хотя бы кратковременного [7]. Иными словами, сначала возникает (или обостряется) внутренний конфликт или противостояние сознательной и бессознательной части личности, который проявляется в их диссоциации, а затем он находит выход (разрядку психологического напряжения) в проявлении психосоматических символов [7].

Имеет смысл обозначить общие варианты телесных проявлений стресса в виде болевых ощущений и нарушениях мышечного тонуса. Следует отметить, что чаще всего возникают такие болевые ощущения:

- а) боль в области сердца, возникающая вне связи с физической нагрузкой и имитирующая стенокардию. Не случайно подобные функциональные **кардиалгии** (выделено мной. – В.В.), боли в

области сердца психогенного характера описываются интуитивно-образным выражением «принимать близко к сердцу»;

б) боли в области шеи и головы, особенно затылочной области, или боли мигренозного характера, охватывающие половину головы. Реже проявляются боли в височной области или в области лица, имитирующие невралгию тройничного нерва;

в) боль в области живота, имитирующая заболевание органов пищеварения.

г) боли в спине (в пояснице, в межлопаточной области) расцениваются как проявления остеохондроза позвоночника, либо провоцируют действительные обострения этого болезненного процесса. Нередко повышение тонуса околопозвоночных мышц сочетается с «застойным» напряжением мышц конечностей, приводя к отдаленным, так называемым мышечно-тоническим проявлениям остеохондроза позвоночника. При этом появление болей в верхней части спины психологически часто бывает связано со сдерживаемой агрессивностью [5], с застойным напряжением мышц плечевого пояса (регрессионный механизм – осуществляемые ребенком манипуляции с внешними объектами). Боли же в нижней части спины нередко сопровождают переживание отсутствия помощи и поддержки (регрессионный механизм связан с возрастом, в котором ребенок начинает самостоятельно сидеть, вначале благодаря внешней поддержке);

д) боли в тазовой области (и внизу живота) нередко сопровождают разнообразные сексуальные неврозы, особенно у женщин. В последнем случае они часто протекают под «маской» так называемого предменструального синдрома или альгоменореи (если связаны с месячным циклом) либо хронических заболеваний матки и придатков (аднекситов);

е) боли в костях и суставах (когда-то подобные боли носили название «невроза суставов») – это боли ноющего или ломящего характера, нестойкие, мигрирующие, чаще не связанные с физической нагрузкой, но обостряющиеся на высоте негативных эмоциональных переживаний или беспокоящие преимущественно по ночам (в период «господства» подсознательных психических механизмов). Они могут протекать под «масками» ревматизма, остеоартроза, у женщин в возрасте менопаузы – климактерического остеопороза.

Еще одной стороной хронического, застойного напряжения мышц является повышенная возбудимость нервно-мышечного аппарата («нервно-мышечная гипертензия» по Э. Джекобсону) и как следствие – повышенная готовность мышц к сокращению. Отсюда и мышечные подергивания (тики), появляющиеся или усиливающиеся в моменты душевного волнения, и болезненные судороги мышц (часто икроножных, как телесное отражение состояния, которое на психологическом уровне описывается как недостаточное «заземление»).

Следует отметить, что осанка или поза, формирующая осанку в дальнейшей жизни, непосредственно влияет на психофизиологические показатели ребёнка и, в то же время, состояние психики может отражаться на его осанке.

По мнению М. Е. Сандомирского, заболевания позвоночника отражают «пассивную раздражённость» жизненной ситуации и вследствие этих переживаний ребёнок как бы ощущает физическое давление жизненных обстоятельств [7].

С течением времени повторяющиеся стереотипы в движениях и позах тела дополняются условно-рефлекторными связями и, как результат, приобретают определённую функциональную автономию, а после способствуют выработке индивидуальной осанки. При этом недостаточность или избыточность вегетативного обеспечения в связи с гипо- или гиперфункцией вегетативной нервной системы вторично нарушает поведение человека и прежде всего в ситуации психического напряжения [2].

Относительно психосоматики патологии позвоночника Н. Ю. Литвинова указывает следующее: проблемы в шейном отделе позвоночника связаны с самоутверждением; грудной отдел позвоночника отражает настроение человека – печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться; возникновение проблем в поясничном отделе позвоночника связано с непереносимостью временных жизненных трудностей [4].

Относительно детей с особенностями можно выделить следующие особенности поведенческих

реакцій: сонливість; медлительність; заторможеність в моторикі; порушення комунікативних здібностей; затруднення в речевому контакті; неуверенність в своїх силах і можливостях; нестійке уваження; знижена самооцінка. Все це виражається в двигальних особливостях, що знаходить первоочергове проявлення в порушеннях осанки по типу сутулості. Крім того, голова опущена, спостерігається однообразність двигальних дій, виражена зажатість жестів і скудність мимики [3].

Резюмуючи вищесказанне можна прийти до висновку, що формування осанки у дітей напряму пов'язано з взаємодіями і стосунками в першу чергу в соціумі, де стосунки в сім'ї грають першостепенну роль. Так, горделивість передполагає формування шейного гіперлордоза; прихованість, печаль, відчайняння можуть сприяти виникненню сутулості; наявність важких життєвих труднощів сприяє розвитку проблем на рівні поясниці; відсутність гармонії дитячо-родительських стосунків в сім'ях провокують появу сколіоза.

Висновки. Підводячи ітоги означеному вище, можна сказати наступне:

- найбільше впливання на формування двигальних стереотипів і на осанку в тому числі сприяють фізичні вправи;
- при виконанні різного роду вправ можуть спостерігатися відхилення в формуванні м'язового корсета туловища, супроводжувані м'язовим дисбалансом і патологічними асиметриями;
- психологічний фактор може, в деяких випадках, бути основним в формуванні і розвитку осанки дитини;
- природні і патологічні асиметрії у дітей раннього і дошкільного віку в спеціальній літературі відображені недостатньо;
- діагностику двигального статусу малюків в даний віковий період проводиться на рівні передположення. Для того щоб прийти до остаточного висновку, потрібно деякий час і більш точні, інструментальні методи.

Перспективи дальніших досліджень. В дальніших дослідженнях передполагається розробити алгоритм комплексного діагностування асиметрій тіла і стато-моторних проявлень у дітей даної вікової групи для підвищення ефективності профілактики і корекції порушень осанки.

Список использованных источников:

1. Александр, Ф. (2002). Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс.
2. Антропов Ю. Ф. & Шевченко, Ю. С. (2000). Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА.
3. Колишкін, О. В. (2013). Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб. Суми: Університетська книга.
4. Литвинова, Н. Ю. (2009). Основы психосоматики (учеб. пособие: Ч. 2). Владимир: Издательство Владимирского государственного университета.
5. Лоуэн, А. (2000). Психология тела: биоэнергетический анализ тела / Пер. с англ. С. Коледа. М.: Институт Общегуманитарных Исследований.
6. Малкина-Пых, И. Г. (2004). Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо.
7. Сандомирский, М. Е. (2005). Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М: Независимая фирма «Класс».

References

1. Aleksander, F. (2002). Psy`xosomaty`cheskaya medy`cy`na. Pryn`cy`py y` prakty`cheskoe pry`meneny`e. / Per. s angl. S. Mogy`levskogo. M.: Y`zd-vo EKSMO-Press [in Russian].
2. Antropov Yu. F. & Shevchenko, Yu. S. (2000). Psy`xosomaty`chsky`e rasstrojstva y` patology`chsky`e pry`vychnye dejstvy`ya u detej y` podrostkov. M.: Y`zdatel`stvo Y`nsty`tuta Psy`xoterapy`y, Y`zdatel`stvo NGMA [in Russian].

3. Koly'shkin, O. V. (2013). Vstup do special'nosti «Korekcijna osvita»: navch. posib. Sumy: Universytets'ka kny'ga [in Ukrainian].
4. Ly'tvy'nova, N. Yu. (2009). Osnovy psy'xosomaty'ky' (ucheb. posoby'e: Ch. 2). Vlady'my'r: Y'zdatel'stvo Vlady'my'nskogo gosudarstvennogo uny'versy'teta [in Russian].
5. Лоуэн, А. (2000). Psy'xology'ya tela: by'ozenergety'chesky'j analy'z tela / Per. s angl. S. Koleda. M.: Y'nstytut Obshhegumany'tarnyx Y'ssledovany'j [in Russian].
6. Malky'na-Pyx, Y'. G. (2004). Psy'xosomaty'ka: Spravochny'k prakty'cheskogo psy'xologa. M.: Y'zd-vo Eksmo [in Russian].
7. Sandomy'rsky'j, M. E. (2005). Psy'xosomaty'ka y' telesnaya psy'xoterapy'ya: Prakty'cheskoe rukovodstvo. M: Nezavy'sy'maya fy'rma «Klass» [in Russian].

Бєсєда В. В. Асиметрії тіла дитини раннього і дошкільного віку як передумови порушень постави (частина 2).

У даній статті продовжено розгляд питання природних і патологічних асиметрій тіла у дітей раннього та дошкільного віку. При цьому існуючі асиметрії, які впливають на формування постави, були об'єднані в п'ять основних блоків: анатомо-фізіологічний, побутовий, компенсаторний, руховий, психосоматичний. У попередній статті були розкриті варіанти асиметрій тіла дитини в ракурсі перших трьох блоків. Дане дослідження спрямоване на виявлення причин виникнення асиметрій тіла у дітей при виконанні певних фізичних вправ, а також як відображення психічного стану, які можуть спровокувати появу порушень постави.

У подальших дослідженнях передбачається розробити алгоритм комплексного діагностування асиметрій тіла і стато-моторних проявів у дітей даної вікової групи для підвищення ефективності профілактики і корекції порушень постави.

Ключові слова: діти раннього віку, діти дошкільного віку, фізичний розвиток, порушення постави, асиметрії.

Biesieda V. V. Body asymmetries of early and preschool age as precondition to posture disorders (part 2).

In modern conditions, there are tendencies to increase the number of children with disorders of the musculoskeletal system, which attracts the attention of scholars of various specialties. At the same time, posture disorders in young children and preschool children occupy a leading position among other diseases.

This article continues to address the issue of the presence of natural and the occurrence of pathological body asymmetries in children of early and preschool age. At the same time, the existing asymmetries that influence the formation of posture were combined into five main blocks: anatomical and physiological, household, compensatory, motor, psychosomatic. In the previous article, variants of the child's body asymmetries were revealed from the perspective of the first three blocks.

This study aims to determine the causes of body asymmetries in children when performing certain physical exercises, as well as a reflection of a mental condition that can trigger the appearance of postural disorders. After conducting a detailed analysis of the special literature and, based on our own observations, the following was revealed: providing physical exercises has the greatest impact on the formation of motor stereotypes and including posture; when performing purposeful motor actions, deviations in the formation of the muscular corset of the body, accompanied by muscle imbalance and the occurrence of pathological asymmetries, can be observed; the psychological factor may, in some cases, be a major factor in the formation and development of the child's posture; questions of natural and pathological asymmetries in children of early and preschool age are not adequately reflected in the special literature; diagnosis of the motor status of babies in a given age period is carried out at the level of assumptions, and for the final conclusion it will take some time and more accurate instrumental techniques.

In further studies, it is proposed to develop an algorithm for complex diagnosis of body asymmetries, static positions and motor manifestations in children of this age group in order to increase the effectiveness of prevention and correction of postural disorders.

Key words: children of early and preschool age, physical development, posture disorders, asymmetries.