

## ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОБРАЗУ ТІЛА У ОСІБ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

УДК: 159.922.62-056.29

**Чухрій Інна Володимирівна**

*Кандидат психологічних наук, докторант кафедри ортопедагогіки та реабілітології Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, м. Вінниця (Україна)*

**Анотація.** *Формування образу тіла у молодих людей з вродженими та набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату відрізняється. У молодих людей з вродженими обмеженнями життєдіяльності внаслідок несприятливих соціальних умов, зокрема тривалих негативних переживань їх батьків, а також вроджених психофізичних порушень, образ тіла недорозвинутий і відповідно виникає складність у його сприйнятті. Молоді люди з набутим порушенням функцій опорно-рухового апарату, внаслідок травматичного досвіду, переживають руйнацію тілесного образу, відповідно переживають тривогу, страх, сором та втрату ідентичності.*

**Ключові слова:** *молоді люди з порушенням функцій опорно-рухового апарату, образ тіла, Я-тілесне, розвиток, травма.*

**Постановка проблеми.** Розвиток сприйняття власного тіла, вміння керувати ним, освоєння власним тілом – це необхідні передумови подальшого психічного розвитку та уміння взаємодіяти з зовнішнім світом. Найглибші психічні порушення безпосередньо пов'язані з тілесними відчуттями. Віковий розвиток, а саме вікові періоди супроводжуються внутрішніми та зовнішніми змінами в організмі людини, змінюється ставлення до власної зовнішності та розвивається образ власного тіла.

Наявність у людини обмежень життєдіяльності, зокрема порушень функцій опорно-рухового апарату впливає на формування образу тіла з моменту появи зазначених особливостей. У дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату формування образу тіла відбувається з уповільненням, а у осіб, які отримали травму, що призвела до обмежень життєдіяльності в молодому віці має місце динаміка переживань втрати, посттравматичні стресові розлади та механізми руйнації та відновлення вже сформованого образу тіла.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема формування та розвитку образу тіла розкрита в працях Д. Анзье, П. Блосом, Д. Розенфельда, З.Фрейда та інших. Особливості формування образу тіла у осіб з обмеженнями життєдіяльності та сприйняття власного тіла особами з видимими відмінностями зовнішності описані С. Гилбертом, Г. Кентом, П. Смітом та Ю. Томпсоном. Особливості формування Я-фізичного у осіб з обмеженнями життєдіяльності описані в наукових працях вітчизняних науковців: О.Романенко, Є.Синьової, Ю.Швалба, А.Шевцова.

Водночас **недостатньо уваги** приділено проблемі особливостей розвитку образу тіла у молоді з вродженими та набутими обмеженнями життєдіяльності, зокрема порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Тому **метою** статті є встановлення особливостей формування образу тіла у осіб з вродженим та набутих порушенням функцій опорно-рухового апарату.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Проблема формування образу тіла цікавила багатьох дослідників психологічної галузі, зокрема представниками психоаналітичного напрямку.

З. Фройд запропонував ідеї проєкції образу тіла на його поверхню, та організації лібідо в тілі. Також автор описує розвиток ерогенних зон, їх особливості та місце в формуванні тілесного еґо. Розвиток сексуального

лібідо відбувається в зонах найбільшої концентрації контактів з зовнішнім світом, відповідно, провідне місце належить отворах та їх взаємодії з зовнішнім світом [4; с.199].

Анзье Д. в своїх працях звертає увагу на те, що Фрейд З. обмежує так звану оральну фазу досвідом, що стосується виключно щочно-ковтальної зони та задоволенню від смоктання. Проте не надає важливого значення задоволенню, яке виникає від відчуття внутрішнього наповнення. Анзье Д. зазначає, що в той час, коли рот забезпечує перший досвід диференційованого контакту та поглинання (інкорпорації), відчуття внутрішнього наповнення забезпечує немовляті більш об'ємне та довготриваліше переживання важкості, наповнення, маси. Анзье Д. застосовує поняття еґошкіра для опису образу, який описує мислення дитини на ранніх стадіях розвитку для представлення себе як самості на основі свого сприйняття поверхні тіла [4; с.200].

За теорією Д. Анзье тілесне еґо проходить такі стадії:

Тілесне перед-Я у новонародженого. Тілесне перед-Я наділене здатністю регулювати, за допомогою досвіду тілесних та психічних функцій (що виникає завдяки генетичному кодові та внутрішньоутробному розвитку), розпізнавання невербальних шумів та звуків та впізнання внутрішніх фонологічних відмінностей, що стосуються оточуючого дитини мовлення, здатного передавати сигнали оточенню (спочатку мімікою та криком, можливо

запахом, потім поглядом та положенням тіла, потім жестами та звукам). Тілесне перед-Я попередник почуття особистої ідентичності та почуття реальності, що характеризує Я-психічне [1; с.66].

Спільна шкіра немовляти та матері. Материнське піклування «оточує» немовля зовнішньою оболонкою. Подвійний зворотній зв'язок призводить до конституційного інтерфейса, з одного боку якого знаходиться мати з іншого дитина. Спільна шкіра утримує їх в спільності, проте симетрично, що вказує на майбутню сепарацію. Спільна шкіра, перемикає їх, забезпечуючи між двома партнерами комунікацію без посередника, взаємну емпатію, адгезивну ідентифікацію: унікальний екран, резонуючий з відчуттями, афектами, ментальними образами, життєвими ритмами обох.

До утворення фантазму про спільну шкіру в психіці новонародженого домінує внутрішньоутробний фантазм, який заперечує народження; - фантазм взаємної інклюзії, первинного нарцистичного злиття, в якому дитина в більшому чи меншому ступені приваблює свою мати, спустошену внаслідок народження плоду, який вона виносила; фантазм, який в подальшому відживлюється любовним досвідом, відповідно до якого, кожен з двох, тримаючи в обіймах іншого, окутує його немов оболонкою. Аутистична оболонка вказує на схильність до внутрішньоутробного фантазму і про неможливість перейти до фантазму

про спільну шкіру. Внаслідок цього порушення (що може виникати через збій в генетичній програмі, дефективність зворотнього зв'язку з оточенням або нездатність до фантазматизації) немовля за допомогою передчасної та патологічної реакції негативної самоорганізації уникає функціонування в відкритій системі, захищається в аутистичній оболонці та відходить в закриту систему, систему яйця, яка не замкнена.

Народження дитини з особливостями в розвитку, зокрема з дитячим церебральним паралічем, є для батьків тим поштовхом, що викликає процеси «переживання горя». Селигман М., Дарлинг Р., Фюр Г. зазначають, що процеси горювання виникають через втрату бажаної, ідеальної, омріяної, здорової дитини [5,6,9]. Так як втрата «дитини мрії» та народження дитини з порушеннями здоров'я (дитини, яку батьки бояться) відбуваються одночасно, то немає часу, щоб до кінця зрозуміти та змиритися. Переважна більшість батьків тривалий час перебувають на перших стадіях переживання втрати, які характеризуються запереченням реальної ситуації, емоційною дезорганізацією, шоком та переважанням містичного мислення [8,9,10]. Зазначенні особливості в перші дні захищають свідомість від надзвичайної тривоги, але згодом ці переживання є несприятливим і для батьків і для дитини.

З вищезазначеного, можна припустити, що мати, яка переживає складні переживання

стосовно народження дитини з порушеннями здоров'я, емоційно не пов'язана з дитиною, піклування не містить необхідних компонентів, що сприяють розвитку прив'язаності, також необхідно пам'ятати про наявність психофізичних порушень у самої дитини з дитячим церебральним паралічем, які ускладнюють процес розвитку, зокрема психоемоційного. Можна припустити, що діти з порушеннями психофізичного розвитку можуть перебувати в аутистичній оболонці (відповідно до теорії Д.Анзье), що перешкоджатиме переходу до фантазму про спільну шкіру. І лише при умові, що стан матері стабілізується, або якщо про дитину піклуватимуться ті члени сім'ї, які емоційно більш стійкіші, можливий поступовий перехід до фантазму «спільна шкіра».

3. Наступний етап вимагає зтирання утвореної спільної шкіри та визнання того, що кожен має власну шкіру та власне Я, що не відбувається без опору та болі. Починає діяти фантазм про вирвану шкіру, про вкрадену шкіру, мертву шкіру, про шкіру-вбивцю (Отруйний плащ Геракла).

Якщо страхи, пов'язані з цими фантазмами, вдається подолати, дитина отримує Я-шкіру [1; с.69].

Девід Розенфельд в своїй книзі «Душа, розум та психоаналітик» описує психотерапію з пацієнтом, який страждав від порушення образу власної шкіри, та програвав в стосунках з аналітиком ту частину немовлячого періоду, в яких зазначені розлади починалися.

На сесіях він згадував казку «Осячча шкіра». Він відчував себе позбавленим шкіри, порівнюючи свої відчуття з відчуттям краба, який втратив панцир, побоюючись, що стане амебою, або слизнем. Д.Розенфельд виявив механізм впевненості клієнта в тому, що він зможе зануритися в об'єкт, для того, щоб жити в шкірі когось іншого [4; с.200].

Після утворення Я-шкіри (власного Я) відбувається інтенсивний розвиток тілесного Я. Наприклад в періоді раннього дитинства розвиток тілесного Я пов'язаний з дослідженням можливостей власного тіла. На думку Гілберта С. та Томпсона Ю. незадоволення тілом може виникати при наявності критичних зауважень або принижень з боку батьків та неприйняття однолітками [3 ; с.89].

У дітей з дитячим церебральним паралічем є складності з дослідженням простору, через порушення функцій опорно-рухового апарату, деякі діти позбавлені здатності пересуватися, що впливає на утворення залежності та зневіри в власні сили та можливості. Через переважаючу гіперопіку з боку батьків не формується автономність (Е. Еріксон) та переважають інфантильні форми поведінки [7]. Виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку переважно матері, так як батьки, зазвичай відсторонені, або ж покидають родину, не витримавши складностей. Батько – це об'єкт, який надає дитині приклад несембіотичних стосунків з матір'ю, стосунків між двома відокремленими об'єктами.

Стосунки з батьком – це прообраз соціальної взаємодії. Мабуть, саме в ранньому дитинстві утворюються труднощі в соціальній взаємодії, які притаманні великій кількості молодих людей з порушенням функцій опорно-рухового апарату.

В ранньому дитинстві починає формуватися самосвідомість, це пов'язано з розвитком Я-концепцій в трирічному віці. Я-фізичне, як усвідомлення свого тіла пов'язане з свідомою руховою активністю та оцінкою цієї активності дорослими. В дитячому періоді розвитку відбувається статеві ідентифікація з представником (батьком або матір'ю) своєї статі. Нажаль, більшість батьків дітей з психофізичними обмеженнями саме в цей період можуть переживати стадію «агресії» (відповідно до динаміки переживання горя) і виявляти злість у ставленні до дитини, чим пригнічувати її і до того ускладнений розвиток.

В початковій фазі підліткового періоду (типового розвитку) уявлення про зовнішність фрагментоване, сконцентроване на частинах тіла: вухах, ногах, носі та інших. Певні частини тіла здаються підлітку занадто тонкими, великими, короткими або довгими. Підлітки вважають, що оточення помічає зазначені особливості. Потім в процесі дорослішання фрагментоване уявлення про себе зливається у цілісний образ. Проте у деяких підлітків є ризик збереження фрагментованого уявлення.

Також важливим аспектом підлітково-

го розвитку є продовження формування статевої ідентичності. Пітер Блос, у книзі «Психоаналіз підліткового віку», розрізняє психоаналіз дівчинки-підлітка та підлітка-хлопчика. Підлітків цікавлять зміни, які відбуваються з їхнім тілом і Пітер Блос рекомендує, щоб терапію підлітка проводив терапевт тієї самої статі, що й пацієнт. В психоаналізі хлопчика має місце страх кастрації, а дівчинки заздрість до пенісу. В підлітковому періоді важливе місце займає ставлення до власних статевих органів як важливих складових образу власного тіла.

Дослідження О. Романенко вказують на те, що у підлітків з дитячим церебральним паралічем образ тіла не розвивається, їх мало цікавить власна зовнішність, вони її ігнорують. Натомість активно розвиваються суспільно значимі якості: моральність, відповідальність, виконання правил поведінки. Тобто, Супер-его поглинає усвідомлення образу тіла, усвідомлення власної статевої ідентичності, що в подальшому (в молодому віці) може знаходити вихід в сексуальних фантазіях, переважно перверсійного характеру, або ж в відсутності, слабкості статевої ідентифікації. Іноді батьки підлітків з дитячим церебральним паралічем описують їх, або зображають при проведенні проєктивних методик, з відсутністю статі, без жіночих, або чоловічих ознак.

Таким чином до початку зрілості у молодих людей з вродженим порушенням функцій опорно-рухового апарату образ власного

тіла недостатньо сформований, що відбувається через вродженні особливості та ускладнення контактів в соціальному середовищі, провідне місце в якому посідають батьківські ставлення. Молоді люди з набутими (в молодому віці) порушеннями функцій опорно-рухового апарату, також мають ряд проблем з прийняттям власного тілесного образу.

Проблеми з якими зустрічаються люди з помітними зовнішніми відмінностями у молодому віці, переважно стосуються складностей в соціальних контактах, негативному самоприйнятті та емоціях. Досліджуючи емоційні стани молодих людей з помітними зовнішніми відмінностями Томпсон Ю., Кент Г. та Сміт П. відзначили високу розповсюдженість тривоги, різних видів депресії, «межевих станів» та «неврозів». До того ж молодим людям притаманні негативне самоприйняття та негативні рівні самооцінки, що пов'язані з реакцією оточуючих людей на їх зовнішність. Мосс Т. і Карр Т. стверджували, що коли самооцінка зовнішності домінує, то людина використовує для інтерпретації незрозумілих переживань саме фізичні недоліки.

Люди у яких фізичний недолік з'явився в зрілому періоді життя, зазвичай вказують на переживання втрати старої ідентичності. Це почуття переживають люди які перенесли травму, або ж хірургічне втручання. Нездатність усвідомлювати власне Я, або примушена зміна зовнішності, яку ми звикли пропону-

вати світу, призводять до глибокого порушення уявлень людини про себе. Бредбури Е. в своїх працях акцентує увагу на процесах горювання, які подібні з переживаннями втрати, що вміщують у собі заперечення, гнів, дистрес, тривогу та депресію. Саме внаслідок зазначених особливостей відбувається процес поступової адаптації.

Велике значення в роботі з людьми з помітними зовнішніми відмінностями посідають переживання «сорому». Гілберт П. описав сором як реакцію, яка виникла внаслідок усвідомлення того, що людина втратила статус та знецінена в очах інших. Негативне уявлення про саму себе визначається як «внутрішній сором». Переживання, що інші люди сприймають людину як непривабливу та дискредитовану, визначаються як «зовнішній сором». Сором передбачає приниження, незважаючи на те, що і зовнішній, і внутрішній сором іноді можуть бути складовою частиною переживань людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, проблема сорому як основного переживання є недоведеною.

Б.Кілборі зазначав, що сором може викликати біль та страждання. Для того, щоб уникати болю, деякі люди створюють в фантазіях певну невидимість. Проте відчуття невидимості формує переконання, що власні почуття не мають значення та їх неможливо відтворити. Як тільки людина стає



«невидимою», то ізольованість та тривога стають нестерпними - це порушує людську гідність. Тоді людина стає залежною від очікуваної, пережитої та вигаданої сліпоти оточуючих, яка необхідна для того щоб сховати свою невидимість [2].

Фізичні відмінності можуть впливати на соціальну взаємодію, а саме: складності в контактах з незнайомими людьми, знайомство з новими людьми та встановленні нових дружніх стосунків. Люди з наявними відмінностями у зовнішності не хочуть бути об'єктами небажаної уваги та зазвичай прагнуть до усамітнення та анонімності.

Соціальні контакти молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату характеризуються такими особливостями: неприродні реакції з боку оточення можуть призвести до виникнення негативних відповідних аверсійних емоційних реакцій, неадаптивних розумових процесів (призвести до соціальної тривоги та страху негативної соціальної оцінки з боку оточення), до несприятливого ставлення до самого себе (зниженої самооцінки, заниженому тілесному образу) та реакції уникання. Негативні переживання в соціальних ситуаціях можуть викликати занепокоєння тим, який вплив зовнішні фізичні відмінності спричиняють на інших людей та думки про те, що негативні реакції будуть виникати в більшості соціальних ситуацій [3; с.125 -130 ].

### Висновки і перспективи подальших

### розвідок у даному напрямі.

Молоді люди з вродженими та набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату мають складності в прийнятті власного тілесного образу, і відповідно цілий ряд несприятливих симптомів. У молодих людей з вродженими обмеженнями життєдіяльності утворилася складність у сприйнятті образу тіла, внаслідок несприятливих умов його формування, можна припустити, що образ тіла недорозвинений. Також можливо припустити, що образ тіла може формуватися нецілісний з відсутніми частинами, або ж до компонентного складу образу тіла належать протези та візок, які займають місце відсутніх, або недорозвинених органів. Зазначені особливості вказують на необхідність раннього психотерапевтичного втручання, до того ж, психотерапія потрібна не тільки дітям з порушенням психофізичного розвитку, але й їх батькам. Молоді люди з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату можуть переживати руйнацію тілесного образу, відповідно тривогу, страх, сором та втрату ідентичності, що також потребує особистісної психотерапії.

### Перелік використаних джерел:

1. Анзье, Дидье Я-кожа [текст]/ Дидье Анзье; пер. С фр. Под. науч. Ред.. С.Ф.Сироткина, М.Л.Мельниковой. – Ижевск: ERGO, 2011. – XXXIV, 302с.
2. Килборн Б. Исчезающие люди: стыд и внешний облик/ Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2007. – 269с. (Библиотека психоанализа).
3. Рамси Н., Харкорд Д. Психология внешности / Пер.

С англ. – СПб.: Питер, 2009. – 256с.: ил. – (Серия «Мастера психологи»); 89. ; с.89].

4. *Розенфельд Д.* Душа, разум и психоаналитик: создание психоаналитического сессинга с пациентами с психотическими аспектами личности: пер. с англ. / Дэвид Розенфельд. – Харьков, Планета-Принт, 2015. – 268с.

5. *Селигман М., Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с. – (Серия «Особый ребёнок»).

6. *Фюр Г.* «Запрещенное» горе / Г. Фюр. – Мн.: Вараксин А.Н., 2008. – 78с.

7. *Erikson E.* The problem of ego identity. In G. Pollock (Ed.), *Pivotal papers on identification*. Madison, CT: International Universities Press, 1993. – 230 p.

8. *Freud S.* Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 1917, London, Hogarth Press, 1957, 243-258.

9. *Hornby G.* (1994). *Counselling in child disability: Skills for working with parents*. London: Chapman and Hall ; с – 20.

10. *Seligman M.* (Ed.). (1991). *The family with a handicapped child* (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon.

#### References (Transliteration):

1. *Anz'e, Did'e YA-kozha* [tekst]/ Did'e Anz'e; per. S fr. Pod. nauch. Red.. S.F.Sirotkina, M.L.Mel'nikovoj. – Izhevsk: ERGO, 2011. – XXXIV, 302s.

2. *Kilbori B.* Ischezayushchie lyudi: styd i vneshnij oblik/ Per. s angl. – М.: «Kogito-Centr», 2007. – 269s. (Biblioteka psihoanaliza).

3. *Ramsi N., Harkord D.* Psihologiya vneshnosti / Per. S angl. – СПб.: Piter, 2009. – 256с.: ил. – (Seriya «Mastera psihologi»); 89. ; s.89].

4. *Rozenfel'd D.* Dusha, razum i psihoanalitik: sozdanie psihoanaliticheskogo settinga s pacientami s psihoticheskimi aspektami lichnosti: per. s angl. / Devid Rozenfel'd. – Har'kov, Planeta-Print, 2015. – 268s.

5. *Seligman M., Darling R.* Obychnye sem'i, osobye deti: [per. s angl.] / Seligman M., Darling R. – М.: Terevinf, 2007. – 368 с. – (Seriya «Osobyj rebyonok»).

6. *Fyur G.* «Zapreshchennoe» gore / G. Fyur. – Мн.: Varaksin A.N., 2008. – 78с.

7. *Erikson E.* The problem of ego identity. In G. Pollock (Ed.), *Pivotal papers on identification*. Madison, CT: International Universities Press, 1993. – 230 p.

8. *Freud S.* Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 1917, London, Hogarth Press, 1957, 243-258.

9. *Hornby G.* (1994). *Counselling in child disability: Skills for working with parents*. London: Chapman and Hall ; s – 20.

10. *Seligman M.* (Ed.). (1991). *The family with a handicapped child* (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon.

#### *Chukhrri Inna*

*Phd. of Psychology, doctorate student of Ortopedagogic and Rehabilitation Department in M. P. Dragomanov National Pedagogical University, Vinnytsia (Ukraine)*

### FEATURES OF THE BODY IMAGE DEVELOPMENT AMONG PEOPLE WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS

#### ABSTRACT

The human being has certain limitation of life activity, in particular the functions of the musculoskeletal system disorders, which affects on the formation of body image with the appearance of these features. The formation of body image among children with the musculoskeletal system disorders occurs with the slowdown, and people who have been injured, which led to the functional disabilities at young age, have a dynamics of loss experiences, post-traumatic stress disorders and mechanisms of destruction and restoration of already formed body image.

The problem of formation and development of the body image in the works of D. Anz'ier, P. Blossom, D. Rozenfeld, Z. Freid and oth-



ers is disclosed. The peculiarities of the formation of the body image among people with functional disabilities and the perception of their own body by people with visible appearance differences by S. Gilbert, G. Kent, P. Smith and Y. Thompson are described. The features of the formation of I-physical among people with functional disabilities in the scientific works of domestic scientists: O. Romanenko, Ye. Sinyova, Yu. Shvalb, A. Shevtsov. are described.

Young people with congenital or acquired musculoskeletal system disorders have difficulties in creation of their own body image and, accordingly, a number of unfavorable symptoms. Young people with congenital musculoskeletal system disorders formed the complexity with the perception of the body image, due to unfavourable conditions of its formation, it can be assumed that body image is underdeveloped. It is also possible to assume that body image can be non-holistic with missing parts or the component composition of body image include prostheses and wheelchair that occupy the place of missing or underdeveloped organs. These features point to the need for early psychotherapeutic intervention, besides, psychotherapy is required not only for children with the psycho-physical development disorders, but also their parents. Young people with acquired musculoskeletal system disorders may experience the destruction of the body image, anxiety, fear, shame and loss of identity, which also requires personal psychotherapy.

**Key words:** young people with musculoskeletal disorders, body image, body ego, development, trauma.

### **Чухрій Інна**

*Кандидат психологічних наук, докторант кафедри ортопедагогіки і реабілітології Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, г. Вінниця (Україна)*

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБРАЗА ТЕЛА У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Аннотация.** Наличие у человека ограниченной жизнедеятельности, в том числе нарушений функций опорно-двигательного аппарата влияет на формирование образа тела с момента появления указанных особенностей. У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата формирования образа тела происходит с замедлением, а у лиц, получивших травму, которая привела к ограничениям жизнедеятельности в молодом возрасте имеет место динамика переживаний потери, посттравматические стрессовые расстройства и механизмы разрушения и восстановления уже сложившегося образа тела.

Проблема формирования и развития образа тела раскрыта в трудах Д. Анзье, П. Блоса, Д. Розенфельда, З. Фрейда и других. Особенности формирования образа тела у лиц с ограничениями жизнедеятельности и восприятия собственного тела лиц с видимыми отличиями внешности описаны С. Гилбертом, Г. Кентом, П. Смитом и Ю. Томпсоном. Особенности формирования Я-физического у лиц

с ограничениями жизнедеятельности описаны в научных трудах отечественных ученых: О. Романенко, Е. Синьовой, Ю. Швалба, А. Шевцова.

Молодые люди с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата имеют сложности в принятии собственного телесного образа, и соответственно целый ряд неблагоприятных симптомов. У молодых людей с врожденными ограничениями жизнедеятельности образовалась сложность в восприятии образа тела, вследствие неблагоприятных условий его формирования, можно предположить, что образ тела недоразвит. Также, возможно предположить, что образ тела может формироваться нецелостный с отсутствующими частями, или же к компонентного состава образа тела принадлежат протезы, которые занимают место отсутствующих или недоразвитых органов. Указанные особенности указывают на необходимость раннего психотерапевтического вмешательства, к тому же, психотерапия нужна не только детям с нарушением психофизического развития, но и их родителям.

Молодые люди с приобретенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата могут переживать разрушение телесного образа, соответственно тревогу, страх, стыд и потерю идентичности, что также требует личной психотерапии.

**Ключевые слова:** молодые люди с нарушением функций опорно-двигательного

аппарата, образ тела, Я-телесное, развитие, травма.

Дата отримання статті: 17.10.2017

Дата рекомендації до друку: 22.10.2017