

1. Антоненко М. О. Лялькотерапія як один з методів виховання духовних пріоритетів у дитини / М. О. Антоненко // Збірник наукових праць «Простір арт-терапії» Вип. 1 (7). – К. : Арттерапевтична асоціація, 2010. – С. 4–11.
2. Антоненко М. О. Впровадження новітніх засобів навчання у викладанні курсів психологічного спрямування / М. О. Антоненко // Вища освіта України. Дод. 4, т. V (23), – К. : Гнозис, 2010. – С. 19–25.
3. Бабюк І. О. Статеве виховання дітей і підлітків-інвалідів : навч.-метод. посіб. / І. О. Бабюк, Н. Є. Бенюх, А. І. Авраменко. – Донецьк : ДОЦСС, 1998. – 30 с.
4. Вернадский В. И. Письма о высшем образовании в России / В. И. Вернадский // Постметодика. – 2001. – № 5. – С. 3–8.
5. Гармаев А. Ц. Психопатический круг в семье / А. Ц. Гармаев. – Минск : Лучи Софии, 2002. – 320 с.
6. Говорун Т. В. Сексуальність та статеве поведінка в Україні : (Проблеми сьогодення та перспективи) / Т. В. Говорун, Б. М. Ворникю – К., 1995. – 51 с.
7. Кравець В. П. Статеве соціалізація дітей і підлітків: закономірності та гендерні особливості : монографія / В. П. Кравець. – Тернопіль : ТНПУ, 2008. – 476 с.
8. Особистісні кризи студентського віку : зб. наук. статей / за ред. Т. М. Титаренко. – Луцьк : Вежа, 2001. – 110 с.
9. Петрунько О. В. Актуальні проблеми сексуального виховання підлітків / О. В. Петрунько. – К. : ДЦССМ, 2004. – 80 с.
10. Джерела формування сексуальної культури : монографія // Формування сексуальної культури молоді : монографія / авт. О. М. Балакірева та ін. ; за заг. ред. О. О. Яременка. – К. : Укр. ін-т соц. досліджень, 2004.

УДК 159. 922. 761

Ірина Щурик

## ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ Я-КОНЦЕПЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

*У статті проаналізовано психологічні особливості формування Я-концепції підлітків із вадами опорно-рухового апарату та можливості її оптимізації засобами тілесно-орієнтованої терапії.*

**Ключові слова:** Я-концепція, Я-концепція підлітка, самооцінка, вади опорно-рухового апарату, функціональні обмеження, тілесно орієнтована терапія, оптимізація, методи тілесно-орієнтованої терапії.

*This article analyzes the psychological characteristics of the formation of self-concept of adolescents with disabilities of the musculoskeletal system and the possibilities for its optimization by means of body-oriented therapy.*

**Keywords:** self-concept, self-concept teen, self-esteem, defects of the musculoskeletal system, functional limitations, body-oriented therapy, optimization methods of body-oriented therapy.

**Постановка проблеми.** Підлітковий вік є періодом становлення самосвідомості людини. Це період посиленних потреб дітей у спілкуванні з однолітками, що супроводжується емоційною вразливістю, протестом проти встановлених правил і порядків, прагненням до незалежності, самостійності й самоствердження себе як особистості [3].

Підлітковий вік є не простим для здорового підлітка, ще складнішим він є для дитини, у якої є проблеми зі здоров'ям, зокрема вади опорно-рухового апарату. Причинами цих вад можуть бути такі захворювання, як дитячий церебральний параліч, артрогрипоз, поліомієліт, м'язова дистрофія, атрофія, різноманітні травми та вроджені деформації.

Основним дефектом цієї категорії підлітків є різні вади моторної сфери: утруднення під час виконання рухів, пересування, уповільненість, швидка втомлюваність. Дослідження показують, що такі діти часто виявляються безпорадними, пасивними, замкненими, уникають контактів з однолітками, неохоче беруть участь у рухливих і рольових іграх та інших видах колективної діяльності. Обмеження рухової активності дітей, відокремленість від середовища одноліток, надмірна опіка з боку батьків, концентрація уваги на власному дефекті – усе це негативно впливає на становлення Я-концепції підлітка [6]. Без психологічної допомоги такому підлітку важко здолати життєві проблеми дорослішання.

Ключовою ідеєю нашого дослідження є ідея про те, що засоби тілесно орієнтованої терапії можуть стати провідними для психолога-практика в роботі з підлітками з вадами опорно-рухового апарату. Саме методи тілесно-орієнтованої терапії можуть стати незамінними для оптимізації Я-концепції такого підлітка.

**Мета** дослідження – дослідити роль і значення засобів тілесно-орієнтованої терапії в оптимізації Я-концепції підлітків із вадами опорно-рухового апарату.

**Завдання:** розкрити психологічні особливості формування «Я-концепції» підлітка з вадами опорно-рухового апарату; здійснити порівняльний аналіз особливостей формування «Я-концепції» здорового підлітка й підлітка з функціональними порушеннями; визначити потенціал засобів тілесно-орієнтованої терапії в оптимізації «Я-концепції» підлітків із функціональними порушеннями.

**Теоретичний аналіз проблеми.** Аналіз досліджень показує, що важкі захворювання можуть призводити до порушення функцій організму в цілому, значно погіршувати координацію рухів та орієнтацію. При цьому розвивається комплекс неповноцінності, що супроводжується тривогою, втратою впевненості в собі та почуття гідності, виникає замкнутість, почуття непотрібності, що особливо загострюється в підлітковому віці [6].

Наше дослідження базується на аналізі праць таких вітчизняних вчених як О.Л.Романова, І.К.Левченко, І.І.Мамайчук, І.В.Кривоніс, О.У.Шаповалова, Е.С.Шильштейн, Н.Л.Литош, В.Й.Бочелюк, А.В.Турубарова, котрі вивчали особливості самосвідомості підлітків з обмеженими фізичними можливостями.

Отже, звуження джерел життєвого досвіду, як зазначають учені, пов'язане із фізичною вадою, впливає на особистісний розвиток підлітків з вадами. Науковці В.Й.Бочелюк, А.В.Турубарова та інші, вивчаючи певні якості особистості підлітків з функціональними порушеннями, дослідили, що в таких дітей часто занижені мотиви навчальної діяльності. Це виявляється в пізнавальній пасивності, нерегулярності виконання навчальних завдань, порушенні

уваги під час сприймання навчального матеріалу. Проте, як наголошують дослідники, пов'язані з хворобою переживання, навпаки, можуть викликати в підлітків намагання переборювати труднощі, напружувати вольові зусилля, проявляти вимогливість до себе, самодисципліну.

Як бачимо з табл. 1, Я-концепція підлітка з функціональними обмеженнями є дисгармонійною та потребує психофізичної корекції. І засоби тілесно-орієнтованої терапії можуть стати незамінними в такій роботі [2].

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика особливостей Я-концепції здорових підлітків та підлітків із вадами опорно-рухового апарату**

<b>Чинники формування Я-концепції</b>	<b>Я-концепція здорового підлітка</b>	<b>Я-концепція підлітка з вадами опорно-рухового апарату</b>
Реальні досягнення у навчанні та позашкільній діяльності (здібності дитини до мистецтва, спорту чи певних наук);	Завдяки своїм можливостям здоровий підліток може брати участь у всіх заходах, спрямованих на розвиток як творчої, так і інтелектуальної складових власної особистості	Ізольованість у зв'язку з недугою підсилюють почуття самотності, що, своєю чергою, призводить до деякої аутизації особистості, невротичних розладів, формування комплексу неповноцінності, знецінення своїх здібностей. З іншого боку, найменші досягнення сприймаються як щось особливе, і тому існує загроза порушення самокритичності до своїх досягнень
Статус дитини серед однолітків, спілкування з однолітками	У спілкуванні здорові підлітки набувають досвід взаємодії з людьми, усвідомлюють себе через порівняння з іншими, розвиваються інтелектуально, самостверджуються	Більшість підлітків позбавлені повноцінного спілкування, наявність фізичних вад може спричиняти мовленнєві дефекти, які порушуватимуть установлення повноцінного комунікативного процесу з однолітками; викликати упереджене ставлення здорових дітей до дітей з обмеженими можливостями. Діти з функціональними обмеженнями сприймаються здоровими однолітками нещасливими, іншими, підозрілими, замкнутими й злими, що породжує неприйняття та ворожість. З'являється напруженість у спілкуванні, нещирість, бажання припинити контакт та інше
Сім'я (умови життя в родині, ставлення батьків до інтересів дитини)	Дитина підтримку, розуміння з боку батьків сприймає як норму. Відстоює свої інтереси, використовуючи власні ресурси	Взаємовідносини в сім'ях, які мають дитину-інваліда, має несприятливий характер, оскільки зазвичай батьки не забезпечують дитині необхідну соціально-психологічну адаптацію до дорослого життя. Дорослішання затримується, підліток залишається пасивним, невпевненим у собі; потребує також любові, підтримки, розуміння від людей, які його постійно оточують. Для задоволення своїх інтересів діти з функціональними обмеженнями потребують ресурсів сім'ї

Розвиток дитини в суспільстві	Підліток завойовує соціальний простір залежно від своїх можливостей і потреб, отримує досвід як позитивний, так і негативний, вчиться жити в суспільстві	Наявність фізичних вад часто вимагає перебування дитини в спеціалізованих школах-інтернатах, де потреба в повноцінному спілкуванні з однолітками та цікавими для них дорослими не задовольняється. Причиною їх соціальної обмеженості є неможливість вільно переміщуватися (неприспособленість громадського транспорту, недостатнє фінансування спеціальних засобів пересування таких дітей та ін.), що призводить до деякої аутизації особистості, невротичних розладів, почуття неповноцінності, які сприяють формуванню дисгармонійної самосвідомості й ускладнюють процес соціальної адаптації
Зовнішні дані (привабливість, фізичний розвиток)	Фізично здорові підлітки мають вищу самооцінку, краще адаптуються в суспільстві й краще володіють навичками міжособистісних взаємин. Зовнішньо привабливі підлітки викликають позитивне ставлення до себе; їх вважають чуйними, доброзичливими, розумними	Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення, мовні дефекти обмежують і деформують процес спілкування підлітка з однолітками, зменшують кількість товаришів та друзів. Фізичні патології, які спричинюють інвалідність, змінюють соціально-психологічну ситуацію розвитку підлітка

Тілесно-орієнтована терапія є порівняно молодим і перспективним напрямом сучасної психології. Вона орієнтована на усвідомлення й «звільнення» тіла, пізнання його біологічних і соціально зумовлених реакцій, повернення до власного тіла й відкриття в собі первинних імпульсів, роботу через зміну тіла зі станами свідомості, досягнення цілісності в реагуванні та проживанні цього моменту тощо [5].

Науковці, що займаються вивченням ролі тілесно-орієнтованої терапії в покращенні психічного здоров'я людини, наголошують, що саме методи тілесно-орієнтованої терапії дозволяють оптимізувати когнітивний, емоційний та афективний компоненти Я-концепції підлітка з вадами опорно-рухового апарату, знизити його рівень тривожності, підвищити стійкість до стресу, розвинути навички протистояння в конфліктних ситуаціях; розвинути енергетичні здібності, чутливість, увагу; навчитися краще розуміти й відчувати границі як у тілесному, так і в соціальному аспектах; підвищити самооцінку, вилучити психологічні травми, зрозуміти перешкоди минулого, усвідомити нові цінності, які будуть гармонійно впливати на особистість такої дитини [2].

Як зазначає дослідниця Е.Воробйова, щоразу, все більшої актуальності набуває створення програм із комплексного психологічного супроводу підлітків. Традиційно вчені виокремлюють два основні напрями подолання відхилень психічного здоров'я дітей: когнітивні методи, які зазвичай спрямовані

на подолання труднощів засвоєння знань, і методи рухової (психомоторної) корекції, які, на нашу думку, здійснюють вагомий корекційний вплив на оптимізацію Я-концепції підлітків із функціональними обмеженнями.

Таким чином, тілесно-орієнтована терапія успішно працює з таким комплексом проблем підліткового віку, як труднощі особистісного росту й розвитку, переживання підліткової кризи, стресів, а також неврози, страхи, депресії, хронічна втома, фізична й психічна напруга, порушення сну, складнощі у взаєминах з однолітками, які в такому віці є найважливішою сферою діяльності; невпевненість у собі, незадоволеність собою та дорослими, проблеми, пов'язані з пошуком себе, сенсу життя та інше [5]. Отже, гармонізуються реальне Я таких дітей, тобто їхнє уявлення про себе, ідеальне Я та динамічне Я, до якого вона прагне. У зв'язку із цим актуальною є проблема навчання підлітків з обмеженнями основ саморегуляції свого психічного стану та поведінки з метою оптимізації власної психічної активності та всіх складових їхньої Я-концепції. Як наголошував О.М.Леонтьєв, «психіка не просто проявляється у діях, а дії формують психіку. Адже саме рух здійснює той практичний зв'язок людини з навколишнім світом, який лежить в основі розвитку психічних процесів. Рух, поєднуючи людину з предметним світом, збагачує чуттєве відображення його людиною...» [2].

Так, В.Й.Бочелюк та інші зазначають, що засоби тілесно-орієнтованої терапії забезпечують набуття нових рухових умінь і навичок, зумовлених потребою дитини компенсувати дефект, що не підлягає корекції та відновленню. Креативні (художньо-музичні, тілесно-орієнтовані практики: психосоматична саморегуляція, ритмопластика, танцетерапія тощо) види тілесно-орієнтованої терапії мають на меті задоволення потреби підлітків із вадами в самоактуалізації, творчому розвитку, самовираженні через рух, музику, образ та спрямовані на отримання задоволення від активності. А це, у свою чергу, позитивно впливає на формування власного образу фізичного Я дитини, тобто уявлення про свій тілесний образ, порівняння та оцінювання власних фізичних даних [1].

Психологічна дія засобів тілесно-орієнтованої терапії полегшує компенсацію фізичних, психічних і соціальних змін підлітка з функціональними обмеженнями; підвищує психоемоційну стійкість, виявляє резервні можливості організму, підвищує комунікативну активність, самооцінку підлітків з вадами, а, це у свою чергу, гармонізує їхню Я-концепцію.

Отже, можна дійти таких **висновків**:

1. Усвідомлення підлітком власних фізичних вад, неповноцінності призводить до того, що дитина концентрується на своїх недоліках і не помічає власних позитивних рис й сильних сторін свого Я. Спілкуючись з однолітками й дорослими, дитина акцентує свою увагу саме на негативних оцінках та висловлюваннях, а позитивні оцінки знецінюються. Інвалідизуючий чинник автоматично активізує порівняння дитиною себе зі здоровими однолітками й робить її Я-концепцію більш проблемною, внутрішньо суперечливою, дисгармонійною [3].

2. Існують певні відмінності формування Я-концепції здорового підлітка та підлітка з вадами. Такими відмінностями є розвиток у зв'язку з фізичними

дефектами негативного самоствалення, неприйняття власного Я, зниження самоповаги, самоінтересу; спостерігається глобальне незадоволення хворої дитини собою, підвищений рівень агресивності. Перш за все зазнає змін емоційно-оцінна складова Я-концепції, яка відображає ставлення хворої дитини до себе, свого захворювання й виявляється в зниженні аутосимпатії, підвищеному самозвинуваченні. Крім незручностей у виконанні життєвих функцій, пов'язаних з інвалідизуючим порушенням, підлітки гостро переживають те, яке враження їхній зовнішній вигляд справляє на здорових оточуючих, оскільки зовнішній вигляд є дуже важливим для підлітків.

3. Установлено, що тілесно-орієнтована терапія має високий терапевтичний потенціал у роботі з підлітками з вадами опорно-рухового апарату, зокрема допомагає підлітку встановити контакт із власним тілом, зняти тілесну напругу, розвивати невербальні компоненти спілкування з метою покращення психічного здоров'я під час взаємодії з іншими людьми. Така терапія сприяє формуванню власного образу фізичного Я – як уявлення про свій тілесний образ. Методи тілесно-орієнтованої терапії дозволяють оптимізувати когнітивний, емоційний та афективний компоненти Я-концепції підлітків з вадами опорно-рухового апарату, знизити їхній рівень тривожності, підвищити стійкість до стресу, розвинути навички протистояння в конфліктних ситуаціях; розвинути енергетичні здібності, чутливість, увагу та інше.

1. Воробйова Е. А. Роль и место телесно-ориентированных методов в работе с детьми / Е. А. Воробйова // Междисциплинарные проблемы психологии телесности : материалы межвед. науч.-практ. конф. – М., 2004.
2. Купрєєва О. І. Психологічні аспекти ампутації кінцівок у осіб середнього віку / О. І. Купрєєва // Соціальна політика і соціальна робота. – 2002. – № 3, 4. – С. 132–140.
3. Моя дитина – інвалід [Електронний ресурс] // Сайт львівських матусь. – Режим доступу : <http://lvivmama.com.ua/moya-ditina-invalid.html>.
4. Снігульська В. Всеукраїнський круглий стіл «Психолого-соціально-педагогічні аспекти інклюзивної освіти: «за і проти» / В. Снігульська // Соціальний педагог. – 2010. – № 4. – С. 7–14.
5. Ходикіна Ю. Ю. Особливості тілесно-орієнтованої психотерапії / Ю. Ю. Ходкіна // Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції [«Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід»], (18–19 жовт. 2013 р.). – Х. : ХНПУ, 2013. – 403 с.
6. Щурик І. М. Особливості формування Я-концепції підлітків з вродженими та набутими вадами опорно-рухового апарату / І. М. Щурик // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка. – 2013. – Т. 1, вип. 7, ч. 2. – С. 579–585.