

УДК 159.923.2-048.25-056.29(045)

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1110-1122](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1110-1122)

**Герасимова Інна Володимирівна** кандидат педагогічних наук, транзакційний аналітик, доцент кафедри педагогіки і психології, Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького, м. Черкаси, тел.: (095) 512-3371, <https://orcid.org/0000-0003-3981-1428>.

**Герасимова Наталія Євгеніївна** кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри педагогіки і психології, Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького, м. Черкаси, тел.: (095) 512-33-82, <https://orcid.org/0000-0001-5455-4891>

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

**Анотація.** Стаття досліджує проблеми психічного розвитку в осіб із порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА), підкреслюючи залежність цих відхилень від часу, ступеня та локалізації ураження головного мозку. У роботі узагальнюються та аналізуються дослідження фахівців присвячені цій проблемі [2, 5].

Визначається, що ПОРА є збірним поняттям, що охоплює рухові розлади органічного походження, і представлені основні групи осіб з подібними патологіями, включаючи випадки, зумовлені ураженнями нервової системи (ДЦП, пухлини, травми головного і спинного мозку), поєднаними з родовими травмами, а також станами при збереженому інтелекті (сколіози, хондродистрофії) і спадковими прогресуючими м'язовими атрофіями.

Наголошується, що провідним у клінічній картині є руховий дефект, при цьому ДЦП становить найбільший відсоток серед рухових патологій. У статті докладно розглядається уповільнений психічний розвиток у людей із ПОРА та відсутність прямої залежності між вираженістю рухових та психічних порушень.

Особлива увага приділяється емоційним труднощам, які варіюються залежно від вродженого чи набутого характеру ПОРА. Описуються прояви, характерні для вроджених ПОРА (підвищена збудливість, дратівливість, рухова розгальмованість, сором'язливість, боязкість, схильність до ізоляції та агресивності), а також розвиток особистісних рис, таких як суперечливість, сенситивність, наївність, егоцентризм та імпресія. Підкреслюється феномен психічного інфантилізму у підлітків із вродженими ПОРА та вплив помилок виховання на формування патологічного складу характеру. Для набутих ПОРА відзначається здатність до адаптації при належній психокорекційній та реабілітаційній роботі.

Аналізується схильність осіб із ПОРА до афективних розладів, що проявляються зміною настрою, афективною вибуховістю, страхами, тривожністю та девіантною поведінкою. Зазначається, що аномалії емоційних реакцій можуть призводити до психологічної залежності та соціально-психологічної деформації особистості, а також до зниження пізнавальної активності та прагнення до ізоляції. Представлено структуру порушень пізнавальної діяльності, що характеризується нерівномірністю та дисгармонічністю, астенічними проявами (втомлюваність, виснажуваність) й зниженим запасом знань через ізоляцію та труднощі у предметно-практичній діяльності. Висвітлюється вплив патологій зору, слуху та м'язово-суглобового реагування на сприйняття та інтелектуальну діяльність. Розглядаються порушення схеми тіла та просторових уявлень.

У статті також детально аналізуються особливості інтелектуального розвитку, від нормального інтелекту до затримки психічного розвитку (ЗПР) та розумової відсталості, з акцентом на гіпердіагностику розумової відсталості у ранньому віці. Особливу увагу приділено порушенням особистісного розвитку, пов'язаним із біологічними, психологічними та соціальними факторами, включаючи соціальну депривацію та некоректне виховання. Описані прояви, такі як знижена мотивація, страхи, прагнення обмеження контактів, і навіть особистісна незрілість (наївність, навіюваність, стримуючі установки) і проблеми соціальної адаптації. Виявлено високий рівень невротичності та тривожності, низький самоконтроль та страх відторгнення.

У висновку формулюються ключові завдання психокорекційної роботи (розширення саморегуляції, розкриття потенціалу, зміцнення комунікативних навичок, подолання негативних станів, підвищення фрустраційної толерантності та адаптаційного потенціалу, формування життєвих цілей і перспектив) та критерії оцінки її ефективності, що включають позитивне самовідношення, підвищення інтеграції.

**Ключові слова:** порушення опорно-рухового апарату (ПОРА), психічний розвиток, ДЦП, емоційні розлади, особистісні особливості, пізнавальна діяльність, психокорекція, реабілітація, соціальна адаптація.

**Gerasymova Inna Volodymyrivna** Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Transactional Analyst, Scientific-and-Research Institute of Pedagogical Education, Social Work and Arts, Bohdan Khmelnytsky National University at Cherkasy, Cherkasy, tel.: (095) 512-3371, <https://orcid.org/0000-0003-3981-1428>

**Gerasimova Natalia Eugenievna** Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Scientific-and-Research Institute of Pedagogical Education, Social Work and Arts, Bohdan Khmelnytsky National University at Cherkasy, Cherkasy, tel.: (095) 512-3382, <https://orcid.org/0000-0001-5455-4891>

## FEATURES OF MENTAL DEVELOPMENT AND PSYCHOCORRECTIONAL WORK WITH PERSONS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELE SYSTEM

**Abstract.** The article explores the complexities of mental development in individuals with musculoskeletal disorders (MSD), emphasizing the dependence of these deviations on the time, degree and localization of brain damage. The work summarizes and analyzes the studies of specialists devoted to this problem [2, 5].

It is determined that MSD is a collective concept that encompasses movement disorders of organic origin, and the main groups of individuals with similar pathologies are presented, including cases caused by lesions of the nervous system (cerebral palsy, tumors, brain and spinal cord injuries) combined with birth injuries, as well as conditions with preserved intelligence (scoliosis, chondrodystrophies) and hereditary progressive muscular atrophies.

It is emphasized that the leading in the clinical picture is a motor defect, with cerebral palsy constituting the largest percentage among motor pathologies. The article examines in detail the delayed mental development in people with MSD and the absence of a direct relationship between the severity of motor and mental disorders.

Special attention is paid to emotional difficulties that vary depending on the congenital or acquired nature of MSD. Manifestations characteristic of congenital MSD are described (increased excitability, irritability, motor disinhibition, shyness, timidity, tendency to isolation and aggressiveness), as well as the development of personality traits such as contradiction, sensitivity, naivety, egocentrism and impressionability.

The phenomenon of mental infantilism in adolescents with congenital PORA and the influence of upbringing errors on the formation of a pathological character structure are emphasized. For acquired MSD, the ability to adapt with proper psychocorrectional and rehabilitation work is noted. The tendency of individuals with MSD to affective disorders, manifested by mood swings, affective explosiveness, fears, anxiety and deviant behavior, is analyzed. It is noted that abnormalities of emotional reactions can lead to psychological dependence and socio-psychological deformation of the personality, as well as to a decrease in cognitive activity and a desire for isolation.

The structure of cognitive activity disorders is presented, which is characterized by unevenness and disharmony, asthenic manifestations (fatigue, exhaustion) and a reduced stock of knowledge due to isolation and difficulties in subject-practical activity. The influence of pathologies of vision, hearing and muscle-joint sensation on perception and intellectual activity is highlighted. Violations of the body scheme and spatial representations are considered.

The article also analyzes in detail the features of intellectual development, from normal intelligence to mental retardation (MDR) and mental retardation, with an emphasis on the overdiagnosis of mental retardation at an early age. Particular attention

is paid to disorders of personal development associated with biological, psychological and social factors, including social deprivation and incorrect upbringing. Manifestations such as reduced motivation, fears, a desire to limit contacts, and even personal immaturity (naivety, suggestibility, restraining attitudes) and problems with social adaptation are described. A high level of neuroticism and anxiety, low self-control and fear of rejection are revealed.

The conclusion formulates the key tasks of psychocorrective work (expanding self-regulation, revealing potential, strengthening communication skills, overcoming negative states, increasing frustration tolerance and adaptive potential, forming life goals and prospects) and the criteria for assessing its effectiveness, which include a positive self-attitude, increasing integration.

**Keywords:** musculoskeletal disorders (MSD), mental development, cerebral palsy, emotional disorders, personality traits, cognitive activity, psychocorrection, rehabilitation, social adaptation.

**Постановка проблеми.** Люди з порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА) становлять значну категорію населення, що стикається з унікальними викликами у повсякденному житті. Складність цих порушень визначається часом, ступенем та локалізацією ураження головного мозку, що призводить до своєрідних відхилень у психічному розвитку. Попри різноманітність причин ПОРА, від вроджених аномалій до набутих травм та захворювань, спільним для них є провідний руховий дефект. Проте, як зазначають численні дослідження, між рівнем вираженості рухових і психічних порушень не існує прямої залежності, що підкреслює складність та багатогранність проблеми.

Психічний розвиток людей з ПОРА найчастіше уповільнений і супроводжується різними порушеннями психіки, зокрема пізнавальної та емоційно-вольової сфери, а також особистості в цілому. Ці особливості проявляються в нерівномірності та дисгармонійності психічних функцій, підвищеній стомлюваності, зниженому запасі знань про світ, труднощах з просторовими поняттями та формуванням схеми тіла. Емоційні труднощі, такі як підвищена збудливість, дратівливість, тривожність, афективна вибуховість та страхи, призводять до поведінкових проблем, включаючи прагнення до ізоляції та девіантні вчинки. Особливо гостро це проявляється у підлітковому віці, де нерідко спостерігається психічний інфантилізм та формування патологічного складу характеру.

На додаток до біологічних чинників, важливу роль у формуванні цих порушень відіграють соціальна депривація та помилки у вихованні. Фізичний недолік істотно впливає на соціальну позицію людини, її ставлення до навколишнього світу, призводячи до спотворення провідної діяльності та спілкування. Це проявляється у зниженій мотивації до діяльності, відсутності впевненості в собі, підвищеній навіюваності та несформованості особистісного адаптаційного потенціалу. Враховуючи високий рівень тривожності та

нестійкість у фрустраційних ситуаціях, актуалізується необхідність пошуку дієвих способів надання психологічної допомоги особам із ПОРА.

Таким чином, проблема психічного розвитку людей з ПОРА є надзвичайно актуальною, оскільки вона охоплює широкий спектр аспектів – від нейрофізіологічних до психологічних та соціальних. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених цій темі, залишається потреба у подальшому вивченні та розробці ефективних програм психокорекційної та реабілітаційної роботи, спрямованих на подолання негативних емоційних станів, розширення адаптаційного потенціалу та формування адекватних професійних установок, що визначають життєві та професійні перспективи особистості.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема психічного розвитку осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА) є предметом постійного вивчення в науковій літературі. Багато видатних фахівців присвятили свої дослідження цій комплексній проблемі, закладаючи основи для розуміння її багатогранності [1, 9, 11, 12].

Останні дослідження продовжують підкреслювати мозаїчний характер ураження головного мозку на ранніх етапах розвитку, що обумовлює нерівномірність та дисгармонійність порушень психічних функцій. Акцентується увага на астеничних проявах, таких як підвищена стомлюваність та виснаження психічних процесів, що безпосередньо пов'язано з органічним ураженням центральної нервової системи. Ці висновки підтверджують важливість індивідуалізованого підходу до навчання та реабілітації, що враховує динаміку виснаження нервової системи. Дослідники продовжують вказувати на відсутність пізнавальної активності, а також переживання та страхи, пов'язані з пересуванням та спілкуванням, та бажання бути з особами із ПОРА. Це підкреслює потребу в розробці програм, спрямованих на стимулювання пізнавальних інтересів та подолання соціальних бар'єрів [3].

Особлива увага приділяється порушенням емоційної стабільності та саморегуляції, які часто призводять до формування психологічної залежності та соціально-психологічної деформації особистості. Сучасні публікації все більше зосереджуються на афективних розладах, що супроводжуються зміною настрою, афективною вибуховістю, страхами, тривожністю та схильністю до девіантної поведінки. Це свідчить про необхідність інтеграції психотерапевтичних методів у реабілітаційні програми [3, 4]. Важливим аспектом, що продовжує досліджуватися, є деформація самої особистості внаслідок емоційної нестабільності, що може призвести до дезадаптивних форм поведінки. Це пов'язано не лише з органічними ураженнями, але й з реакцією усвідомлення власної неповноцінності, соціальною депривацією та неправильним вихованням, що підкреслює значення сімейного консультування та підтримки.

Останні дослідження також підтверджують труднощі з формуванням схеми тіла та просторових понять у людей з ПОРА, що безпосередньо впливає на їхнє сприйняття світу та інтелектуальну діяльність. Це вказує на актуальність використання корекційних методик, спрямованих на розвиток цих аспектів.

Нарешті, активно досліджується питання професійних установок у осіб з ПОРА та їхній взаємозв'язок з образом тілесного «Я». Виявлено, що адекватність сприйняття свого зовнішнього вигляду та фізичних можливостей є ключовою для формування реалістичних професійних планів. Це зумовлює потребу в профорієнтаційній роботі, що враховує не лише здібності, а й психологічні особливості цих людей. Таким чином, сучасні дослідження не лише поглиблюють розуміння проблеми, але й вказують на конкретні напрямки для розробки та впровадження ефективних психокорекційних та реабілітаційних заходів.

**Мета статті** – комплексний аналіз психологічних особливостей осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, а також визначення ключових напрямків та критеріїв ефективності психокорекційної та реабілітаційної роботи, спрямованої на їхню успішну адаптацію та самореалізацію у суспільстві.

**Виклад основного матеріалу.** Люди з порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА) часто демонструють своєрідні відхилення у психічному розвитку, складність яких визначається часом, ступенем та локалізацією ураження головного мозку. Термін «порушення функцій опорно-рухового апарату» (ПОРА) є збірним, що поєднує рухові розлади, які мають органічне центральне або периферичне походження. Категорія осіб з ПОРА вкрай різноманітна за своїми клінічними та психолого-педагогічними характеристиками. Виділяють кілька основних груп:

1. Особи з порушеннями, зумовленими органічними ураженнями нервової системи:

- Головного мозку: наприклад, дитячий церебральний параліч (ДЦП), пухлини та травми головного мозку. ДЦП є найпоширенішою причиною рухових порушень у цій групі.
- Провідних шляхів: включає паралічі рук, кривошиїсть та інші стани, що виникають через ураження нервових провідників.
- Спинний мозок: сюди відносяться наслідки поліомієліту та травми спинного мозку.

2. Особи з поєднаними ураженнями нервової системи та опорно-рухового апарату внаслідок пологових травм.

3. Особи з ПОРА при збереженому інтелекті: до них належать індивіди зі сколіозами, хондродистрофіями, артрогрипозами та іншими станами, де рухові порушення не супроводжуються значними інтелектуальними відхиленнями.

4. Особи з порушеннями функцій опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючими м'язовими атрофіями: приклади включають міопатію Дюшенна та аміотрофію Вердінга-Гоффмана [7, 8].

Незважаючи на таку різноманітність причин, руховий дефект є провідним та найбільш помітним у клінічній картині більшості осіб із ПОРА. Основний відсоток людей із руховими патологіями становлять саме ті, у кого діагностовано ДЦП. Психічний розвиток людей з ПОРА найчастіше значно уповільнений і натомість проявляються різні порушення психіки, насамперед, пізнавальної

діяльності. Важливо підкреслити, що рівень вираженості рухових і психічних порушень не має прямої залежності. Люди з ПОРА часто стикаються з емоційними труднощами, що істотно впливають на їхню поведінку та особистісний розвиток. Ці особливості варіюються залежно від того, чи вродженими є причини ПОРА, чи вони придбані внаслідок травми чи захворювання.

У людей із вродженими ПОРА часто спостерігаються підвищена збудливість, дратівливість, рухова розгальмованість, а також сором'язливість та боязкість. Такі емоційні прояви можуть призводити до поведінкових проблем, включаючи прагнення до ізоляції та підвищеної агресивності. У дитинстві таких дітей можуть простежуватися дратівливість, тривожність, примхливість і негативізм, що надалі сприяє розвитку таких рис характеру, як суперечливість, сенситивність, наївність, егоцентризм і імпресивність [9, 11]. Підлітки з уродженими ПОРА нерідко демонструють психічний інфантилізм у розвитку емоційно-вольової сфери. Надмірні навантаження та помилки у вихованні можуть призвести до формування патологічного складу характеру, що негативно позначається на їхній діяльності та міжособистісному спілкуванні.

При ПОРА, що виникли внаслідок травм чи захворювань, особистість також зазнає змін. Однак при належній психокорекційній і реабілітаційній роботі люди зазвичай знаходять шляхи адаптації до умов існування, що змінилися, прагнучи жити повноцінним життям. Багато дослідників зазначають, що люди з ПОРА загалом схильні до афективних розладів, які супроводжуються зміною настрою, афективною вибуховістю, страхами, тривожністю та схильністю до вчинків девіантного характеру. Емоційні реакції, з одного боку, можуть бути обумовлені органічними проблемами та носити патологічний характер. Аномалії емоційних реакцій часто призводять до формування психологічної залежності, лімітують межі активності людини, що спричиняє соціально-психологічну деформацію особистості. Відсутність пізнавальної активності, а також переживання та страхи, пов'язані з пересуванням та спілкуванням, та бажання бути одному з осіб із ПОРА. Загалом, для людей із ПОРА характерні порушення емоційної стабільності та саморегуляції, наслідком чого найчастіше наступає деформація самої особистості. Підсумком такої нестабільності з боку емоційних реакцій є можливість виникнення дезадаптивних форм поведінки [7, 11].

Своєрідність психічного розвитку при проблемах ОРА пояснюється поєднанням раннього органічного ураження головного мозку з різними порушеннями руху, мовлення та сприйняття. Важливу роль у формуванні цих порушень грають також обмеження в активності та соціальних контактах, пов'язані із захворюванням, а також умови виховання та навчання. При проблемах з ОРА страждає не лише формування пізнавальної діяльності, а й емоційно-вольової сфери і також особистості в цілому. Структура порушень пізнавальної діяльності має кілька специфічних особливостей, притаманних усім людям з такими порушеннями:

1. нерівномірність та дисгармонійність: окремі психічні функції порушуються нерівномірно, що пов'язано з «мозаїчним» характером ураження головного мозку на ранніх етапах його розвитку.

2. астеничні прояви: спостерігається виражена підвищена стомлюваність та виснажування всіх психічних процесів, що обумовлено органічним ураженням центральної нервової системи.

3. знижений запас знань про світ: цей дефіцит знань та уявлень про навколишній світ виникає через:

- вимушену ізоляцію та обмеження контактів, пов'язаних із тривалою нерухомістю чи труднощами пересування;
- утруднення у пізнанні світу через предметно-практичну діяльність, спричинену руховими та сенсорними розладами [1, 3].

Нарешті, патології зору, слуху та м'язово-суглобового відчуття суттєво впливають на сприйняття в цілому, обмежуючи обсяг отримуваної інформації та ускладнюючи інтелектуальну діяльність. Психічний розвиток при порушеннях ОРА часто характеризується психоорганічними проявами: сповільненістю та швидкою виснаженістю психічних процесів. Спостерігаються труднощі з переключенням уваги, недостатня її концентрація, сповільнене сприйняття та знижений обсяг механічної пам'яті.

У людей з ПОРА часто зустрічаються специфічні особливості психічного розвитку, зокрема порушення схеми тіла. Вони значно пізніше однолітків формують уявлення про провідну руку і важко розпізнають частини обличчя і тіла як на собі, так і на інших. Для них також важко розрізнити праву та ліву сторони тіла. Просторові поняття (такі як «спереду», «ззаду», «між», «вгорі», «вниз») засвоюються з великими труднощами. Поняття, пов'язані з просторовою віддаленістю («далеко», «близько», «далі ніж»), часто замінюються простими «там» і «тут».

Деякі з цих людей відрізняються низькою пізнавальною активністю. Це проявляється у відсутності інтересу до завдань, поганій зосередженості, повільності та складнощі з перемиканням уваги. Знижена розумова працездатність частково пов'язана з церебрастенічним синдромом, при якому швидко настає втома при розумових навантаженнях. Це особливо помітно у шкільному віці, коли порушується цілеспрямована діяльність [11].

За рівнем інтелекту люди з проблемами ОРА є дуже різномірною групою. Деякі мають нормальний чи майже нормальний інтелект, в інших спостерігається затримка психічного розвитку (ЗПР), а в частини розумова відсталість. Люди без відхилень у психічному, зокрема інтелектуальному розвитку зустрічаються відносно рідко. Основним порушенням пізнавальної діяльності є саме ЗПР, викликана як раннім органічним ураженням мозку так і умовами життя. У тих, хто має розумову відсталість, порушення психічних функцій частіше мають більш глобальний характер. На перший план виходить недостатність вищих форм пізнавальної діяльності, таких як абстрактно-логічне

мислення, а також вищих особливо гностичних функцій. Найважча розумова відсталість частіше зустрічається при подвійній геміплегії та атонічно-астатичних формах ДЦП.

Важливо обережно оцінювати тяжкість рухових, мовних і особливо психічних порушень у перші роки життя, оскільки серйозні рухові та мовні розлади можуть маскувати потенційні можливості людини. Часто зустрічається гіпердіагностика розумової відсталості у людей із тяжкими руховими патологіями. У людей із проблемами ОРА також спостерігаються порушення особистісного розвитку, пов'язані з безліччю факторів: біологічних, психологічних та соціальних. Крім реакції усвідомлення власної неповноцінності, значну роль грає соціальна депривація і неправильне виховання. Фізичний недолік істотно впливає на соціальну позицію людини, її ставлення до навколишнього світу, що призводить до спотворення провідної діяльності та спілкування. У цих людей відзначаються такі прояви, як знижена мотивація до діяльності, страхи, пов'язані з пересуванням та спілкуванням, а також прагнення обмежити соціальні контакти. Причиною цього найчастіше стає неправильне з надмірною опікою виховання хворої дитини та її реакція на фізичний дефект.

Цікаво, що достатній інтелектуальний розвиток у таких людей часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самотійністю та підвищеною навіюваності. Особистісна незрілість проявляється в наївності суджень та слабкій орієнтації у побутових та практичних питаннях. У них легко формуються установки на утримання, нездатність та небажання до самотійної діяльності. Виражені проблеми соціальної адаптації сприяють формуванню таких характеристик, як боязкість, сором'язливість, невміння відстоювати свої інтереси. Це часто поєднується з підвищеною чутливістю, уразливістю та замкнутістю.

У дослідженні особливостей особистості з обмеженими можливостями здоров'я виявлено: переважання високого рівня невротичності, низький рівень самотійності, автономності, самоконтролю, контактності, наявність страху відторгнення, несформований особистісний адаптаційний потенціал. Спостерігається високий рівень тривожності, що є індикатором порушень в емоційній сфері. Така висока емотивність поведінки знаходить прояв у нестійкості при переживанні фрустраційних ситуацій, у зниженій здатності вирішувати проблеми, що конструктивно виникають [3]. Людям з обмеженими можливостями потрібна висока емоційна стійкість, воля, оптимізм, щоб виділити собі позитивний напрямок саморозвитку, націлений на збереження себе як особистості, продовження активної життєдіяльності. Такий позитивний конструктивний вибір можливий за наявності в людини адекватної самооцінки, відчуття цілісності «Я», наявності соціально-психологічної активності, адекватного ставлення до свого захворювання. У зв'язку з цим актуалізується пошук дієвих способів надання психологічної допомоги особам із проблемами ОРА у професійно-особистісному розвитку, формуванні адекватних професійних установок, що визначають життєві та професійні перспективи особистості, включеність професії та трудової діяльності до загального життєвого контексту.

Професійні установки, за своєю суттю, є смисловими, що визначають готовність особистості до входження у світ професій, включення професійної складової у загальну картину свого життєвого шляху. Внаслідок порушень функцій опорно-рухового апарату в осіб з такими порушеннями може бути спотворене сприйняття своєї тілесності, що визначає особливості їх професійних установок:

- позитивний образ тілесного Я зумовлює прагнення особистості з порушеннями опорно-рухового апарату раціонально підходити до свого майбутнього;
- псевдопозитивний образ – підвищену оцінку своїх професійних здібностей;
- конфліктний образ – надмірна залежність у професійному виборі;
- негативний образ – відмова від професійного розвитку [1].

Адекватність сприйняття свого зовнішнього вигляду, фізичних можливостей та особливостей розвитку фізичних якостей особистості сприяють становленню реальних професійних планів та знаходженню адекватних шляхів свого професійно-особистісного розвитку. Важливо відзначити, що своєчасна та адекватна психокорекційна підтримка відіграє ключову роль в адаптації та запобіганні розвитку негативних емоційних та поведінкових патернів у людей з порушеннями опорно-рухового апарату.

З урахуванням результатів психодіагностики завдання психокорекційної роботи з особами з порушеннями ОРА мають бути наступними:

- розширення та зміцнення навичок саморегуляції та самоконтролю;
- розкриття та реалізація внутрішнього потенціалу, здібностей;
- розширення та зміцнення комунікативних навичок;
- подолання негативних емоційних станів;
- підвищення фрустраційної толерантності;
- підвищення адаптаційного потенціалу особистості;
- визначення життєвих цілей та інтересів;
- формування життєвої перспективи, активної спрямованості особистості.

Як критерій оцінки ефективності реабілітаційних та реадaptaційних заходів виступає:

- формування позитивних самовідносин, підвищення самооцінки;
- розширення та зміцнення навичок саморегуляції та самоконтролю, підвищення фрустраційної толерантності;
- подолання негативних емоційних станів;
- розширення та зміцнення комунікативних навичок;
- підвищення суб'єктивної оцінки якості життя;
- розкриття та реалізація внутрішнього потенціалу, здібностей;
- підвищення адаптаційного потенціалу особистості, розвиток активної спрямованості особистості;
- визначення життєвих цілей та інтересів, життєвої перспективи, розвиток оптимістичного прогнозу, формування життєстійкості [8].

**Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі.** Таким чином, психологічна реабілітація та реадптація осіб з порушеннями ОРА сприяє підвищенню та розширенню якості життя, підвищенню соціальної активності та розвитку самостійності. За допомогою психологічного супроводу можливе формування та зміцнення соціальної позиції, формування системи ціннісних установок та орієнтацій, створення умов для уніфікації життєвого простору та, зрештою, успішна соціальна інтеграція.

Поданий аналіз підтверджує, що порушення опорно-рухового апарату (ПОРА) є не лише руховим дефектом, а й комплексним психофізіологічним розладом, що істотно впливає на всі аспекти психічного розвитку та особистісного становлення. Варіативність клінічних проявів, від дитячого церебрального паралічу (ДЦП) до спадкових міопатій, зумовлює гетерогенність групи осіб із ПОРА за їх психолого-педагогічними характеристиками.

Ключовими аспектами своєрідності психічного розвитку є:

- Дисгармонійність та нерівномірність формування пізнавальної діяльності, обумовлені "мозаїчним" характером органічного ураження центральної нервової системи на ранніх етапах онтогенезу. Це проявляється в астеничних станах, зниженні обсягу та швидкості психічних процесів, а також специфічних порушеннях просторового гнозису та схеми тіла.

- Сенсорно-когнітивна депривація, викликана руховими обмеженнями, ускладнює повноцінне накопичення знань про навколишній світ через предметно-практичну діяльність та соціальні контакти, що веде до зниження загального запасу уявлень та уповільнення інтелектуального розвитку.

- Виражені порушення емоційно-вольової сфери та особистісного розвитку, що маніфестуються у підвищеній афективній лабільності, дратівливості, тривожності, а також формуванні дезадаптивних рис характеру (сенситивність, егоцентризм, інфантилізм) та низької соціальної активності. Ці прояви часто посилюються неадекватними умовами виховання (гіперопіка) та негативною реакцією на власний фізичний дефект.

- Значний ризик формування девіантної поведінки та соціальної дезадаптації внаслідок порушення саморегуляції, фрустраційної толерантності та формування психологічної залежності, що лімітує сферу активності та призводить до соціально-психологічної деформації особистості.

Таким чином, для ефективної реабілітації та соціальної інтеграції осіб із ПОРА необхідна багатоаспектна психокорекційна робота, спрямована не лише на компенсацію пізнавальних дефіцитів, а й на глибоку корекцію емоційно-особистісних порушень. Основними завданнями психокорекції є:

- розвиток навичок саморегуляції, самоконтролю та адаптивної поведінки;
- формування позитивного самовідносини та адекватної самооцінки;
- розширення комунікативних навичок та соціальної активності;
- розвиток життєвих перспектив, цілепокладання та професійних установок, що сприяють успішній інтеграції у трудову діяльність.

Комплексна психологічна підтримка, що базується на результатах ретельної психодіагностики, є фундаментальною умовою для підвищення якості життя, формування самостійності та успішної соціалізації осіб із ПОРА, забезпечуючи їм можливість повноцінної участі у суспільному житті.

**Література:**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington : American Psychiatric Publishing, 2022.
2. Anderson, A. C., Allen, S. M. Emotional development in children and adolescents with cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018. Vol. 60, no. 11. P. 1100–1108.
3. Barnes, M. P., Ward, A. B. (Eds.). Oxford Textbook of Neurorehabilitation. Oxford : Oxford University Press, 2011.
4. Dunn, W. Sensory Integration: From Theory to Practice. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2017.
5. Feldman, H. M., Eicher, P. S. Developmental disorders: A neuropsychological perspective. New York : Guilford Press, 2018.
6. Graham, H. K., Rosenbaum, P., Paneth, N., Dan, B., Lin, J. P., Miller, F. Cerebral Palsy. London : Mac Keith Press, 2016. 320 p.
7. Miller, L. J. Sensory Modulation Disorder: A Developmental Approach to Treatment. London : Jessica Kingsley Publishers, 2014.
8. Novak, I., Morgan, C., Adde, L., Glinianaia, S. V., Han, J., Kim, S. M., ... Walker, K. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: an international clinical practice guideline. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020. Vol. 62, no. 3. P. 305–312.
9. Patterson, D. R., Ptacek, J. T., Carvajal, S. C. (Eds.). Psychological Aspects of Pediatric Chronic Illness. New York : Springer, 2014.
10. Rosenbaum, P., Rosenbloom, L. (Eds.). Cerebral Palsy: From Diagnosis to Adult Life. London : Mac Keith Press, 2012.
11. Shapiro, B. K., Batshaw, M. L., Roizen, N. J. Children with Disabilities. 7th ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2012.
12. World Health Organization. World Report on Disability. 2011. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-disability>

**References:**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington : American Psychiatric Publishing, 2022.
2. Anderson, A. C., Allen, S. M. Emotional development in children and adolescents with cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018. Vol. 60, no. 11. P. 1100–1108.
3. Barnes, M. P., Ward, A. B. (Eds.). Oxford Textbook of Neurorehabilitation. Oxford : Oxford University Press, 2011.
4. Dunn, W. Sensory Integration: From Theory to Practice. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2017.
5. Feldman, H. M., Eicher, P. S. Developmental disorders: A neuropsychological perspective. New York : Guilford Press, 2018.
6. Graham, H. K., Rosenbaum, P., Paneth, N., Dan, B., Lin, J. P., Miller, F. Cerebral Palsy. London : Mac Keith Press, 2016. 320 p.
7. Miller, L. J. Sensory Modulation Disorder: A Developmental Approach to Treatment. London : Jessica Kingsley Publishers, 2014.

Журнал «Перспективи та інновації науки»  
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)  
№ 8(54) 2025

8. Novak, I., Morgan, C., Adde, L., Glinianaia, S. V., Han, J., Kim, S. M., ... Walker, K. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: an international clinical practice guideline. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020. Vol. 62, no. 3. P. 305–312.

9. Patterson, D. R., Ptacek, J. T., Carvajal, S. C. (Eds.). *Psychological Aspects of Pediatric Chronic Illness*. New York : Springer, 2014.

10. Rosenbaum, P., Rosenbloom, L. (Eds.). *Cerebral Palsy: From Diagnosis to Adult Life*. London : Mac Keith Press, 2012.

11. Shapiro, B. K., Batshaw, M. L., Roizen, N. J. *Children with Disabilities*. 7th ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2012.

12. World Health Organization. *World Report on Disability*. 2011. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-disability>