

ПСИХОЛОГІЯ ПРОЯВІВ КОМПЛЕКСУ ГАНДИКАПУ: ДЕМОГРАФІЧНИЙ АСПЕКТ

У статті розкриваються та уточнюються поняття "гандикапізм", "комплекс гандикапу". Представлені результати емпіричного дослідження проявів комплексу гандикапу в розрізі демографічного аспекту, отримані за авторською анкетною для діагностики комплексу гандикапу.

Ключові слова: гандикапізм, комплекс гандикапу, людина з особливими потребами, інвалідність.

Постановка проблеми. Збільшення глобальних техногенних катастроф, планетарні кліматичні зміни, зростаюче екологічне забруднення довкілля істотно впливають на загальне здоров'я людства та окремо взятої людини. Радіаційний, хімічний, фізичний (низько- та високочастотне випромінювання, електромагнітні хвилі тощо) впливи на людину призводять до збільшення кількості важких захворювань населення, виникнення нових штамів вірусів, появи невідомих раніше захворювань. Все це впливає на здоров'я майбутніх батьків, що неминуче спричинює ріст вроджених патологій та мутацій у їх потомків. Низка невирішених економічних, військово-політичних, психологічних, медичних проблем у нашій державі підсилює дію цих чинників та призводить до збільшення кількості людей з вадами здоров'я. Зростання чисельності неповносправної частини населення стає проблемою державного рівня, оскільки не помічати їх існування стає неможливо, немислимо їх ізолювати від соціуму. Єдиний правильний вихід – інтегрувати людей з особливими потребами у суспільство, створити умови для їхнього повноцінного життя.

У сучасній науці багато уваги приділяється питанню інвалідності (Л. С. Виготський, О. Р. Лурія, Л. Й. Вассерман, Т. Парсонс, В. В. Радаєв, О. І. Шкаратан, О. Р. Ярська-Смірнова та ін.), росту інвалідизації населення, дослідженню соціально-економічних причин, механізмів та факторів, які детермінують цю проблему. Продовжує розроблятися і вдосконалюватися законодавча база, що містить закони та нормативні акти, метою яких є надання допомоги людям з особливими потребами. Водночас психологія гандикапізму у вітчизняній науковій традиції залишається не розробленою ні в теоретичній, ні в практичній, прикладній площині.

Феномен інвалідності є предметом дослідження багатьох наук соціономічного профілю, насамперед медицини, соціальної роботи, фізичної реабілітації тощо. Кожна з них вивчає окремий ракурс відповідно до своїх фундаментальних методів дослідження. Проблема психологічних аспектів інвалідності – гандикапізм, гандикап, гандикапність (без уживання цих термінів) – вивчалася лише в межах спеціальної психології та педагогіки, де основна увага приділялась психологічному дизонтогенезу та порушенням психічного розвитку, відхиленням від норми психогенези дітей із вродженими або набутими дефектами сенсорної, інтелектуальної, емоційної сфер.

Серед багатьох явищ, які фіксують дискримінацію, наявність упереджень та деструктивних установок, особливо небезпечним є гандикапізм, що характеризується негативним ставленням до людей з обмеженими можливостями.

Саме тому ми здійснили спробу [3] розкрити суто психологічний зміст понять "гандикапізм" та "комплекс гандикапу".

Мета статті полягає у з'ясуванні рівня сформованості комплексу гандикапу в інвалідизованій частині суспільства, яка проживає у різних за чисельністю населених пунктах.

Результати теоретичного дослідження. Р. Корсіні (Corsini) та А. Ауербах (Auerbach) поняття "гандикапізм" тлумачать як заборони стосовно осіб з певними відхиленнями від норми, тобто воно стає, таким чином, різновидом расових і гендерних стереотипів, що існують у нашому суспільстві як у відкритих, індивідуальних й інституціональних, так й у прихованих, латентних формах [2].

Ми погоджуємось із цією думкою та трактуємо поняття "гандикапізм" як суспільне явище, що актуалізується за рахунок негативних уявлень про неповносправних. Такі погляди містяться в суспільній свідомості, а також виявляються на несвідомому рівні як колективне підсвідоме (архаїчні стереотипи), які функціонують за рахунок архетипів.

Дослідники М. О. Зорін, П. В. Каменченко, Т. Л. Лактюшина, Т. Р. Михайлова, Б. П. Редько та ін. стверджують, що наявність фізичного дефекту впливає на особистість, зумовлюючи виникнення негативних емоційних станів, зміну певних рис характеру людини. Особистісні зміни під впливом хвороби досліджувались Л. І. Вассерманом, А. Гольдшейдером, О. Р. Лурією, В. М. М'ясищевим,

Л.Л. Рохлінім та ін. Вони вказували, що інвалідизуючий вплив можна вивчати завдяки дослідженню внутрішньої картини хвороби, що відображає суб'єктивне значення наявної вади для особистості, її вплив на усвідомлення свого благополуччя, місця в соціумі та значущості власного "Я".

Категорія "комплекс гандикапу" знаходиться на початковому етапі наукового обґрунтування. З психологічної точки зору це поняття пояснюється як стан, при якому поєднання фізичних, розумових, психологічних та соціальних якостей інвалідизованих ускладнює процес пристосування, не дозволяючи їм досягнути оптимального рівня розвитку і функціонування. Л. С. Виготський [1, с. 73] називав цей феномен "повною недовершеністю або соціальною інвалідністю". Комплекс гандикапу – це індивідуальне, внутрішнє неприйняття себе інвалідизованим, деформований образ "Я" внаслідок негативних впливів соціальних установок. Комплекс гандикапу трактується нами як властивість, новоутворення психіки, що проявляється у зменшенні соціальної активності, обмеженні кола спілкування неповносправного, зміні самооцінки та самоствавлення, яке набуває негативного характеру.

За Д. Л. Ветліб [2], слід відрізнити інвалідність (фізична або психічна вада) від комплексу гандикапу – соціальних і психологічних реакцій на цей стан. Інвалідність не обов'язково передбачає наявність комплексу гандикапу. Неповносправна людина може відчувати свою неповноцінність, несхожість з іншими, меншовартість, що призводить до руйнації її стосунків із суспільством, зменшення соціальної активності, самоізоляції. З іншого боку, інвалідизований може відчувати себе повноцінним членом суспільства, бути соціально адаптованим, мати можливості для самореалізації. Тут інвалідність не є характеристикою, яка зумовлює перебудову "Я-концепції" індивіда, та, зазвичай, не впливає на спосіб її життя й специфіку самоствавлення.

Комплекс гандикапу є властивістю особистості, яка формується під впливом усвідомлення інвалідності, що руйнує життя, не залишаючи в ньому сенсу, та супроводжується негативними переживаннями, деструктивними оцінками себе і соціуму. Комплекс гандикапу є однією зі складових та похідних гандикапізму. Гандикапізм є ґрунтом, який зумовлює в неповносправної особи появу комплексу гандикапу.

Методика та процедура дослідження. З метою емпіричного вивчення рівня вираженості у інвалідизованої людини комплексу гандикапу, його проявів та впливу на життя особистості, ми створили, стандартизували та апробували опитник для визначення комплексу гандикапу [4]. Дослідження проводили у 2012 році у п'яти областях України. Загальна чисельність вибірки склала 800 осіб. Отримані дані представлено в таблиці 1.

Аналіз результатів дослідження. Дані за шкалою "Зніяковілість", що вказують на її високий рівень прояву, свідчать про переважання показників у мешканців обласних центрів (42,7 %) та міст обласного підпорядкування (36,2 %). Ці опитанти відчують себе невпевнено через наявність фізичного дефекту, переймаються тим, як їх сприйме соціум, відчують дискомфорт та тривогу при встановленні контактів з незнайомими людьми, очікують від оточуючих неприйняття. Їхня невпевненість поглиблюється через стереотипізованість уявлень про інвалідизованих, накладання на них стигми, що особливо яскраво проявляється у великих містах, де людина з функціональними обмеженнями сприймається як особа "нижчого гатунку", не здатна вести повноцінне життя, бути корисною суспільству, вносити свій вклад в його розвиток.

Середній рівень властивий значній частині респондентів, які відчують занепокоєння та невпевненість в окремих ситуаціях взаємодії з соціумом, тоді як в суспільстві почуваються в основному комфортно, не відчують стресу та не очікують неприйняття.

Таблиця 1

Особливості сприйняття людиною з фізичними обмеженнями власної інвалідизації в залежності від місця проживання респондентів за опитником дослідження комплексу гандикапу (%)

Ш	Високий рівень				Середній рівень				Низький рівень			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	42,7	36,2	29,4	22,6	42	43	44,3	44,7	15,4	20,7	26,3	32,7
2	18,4	10,5	7,3	14,2	53,2	52	49,3	53,6	28,4	37,4	43,4	32,2
3	44,2	40,7	34,7	39,4	42,4	38,6	39,7	38	13,4	20,7	25,6	22,5
4	22,3	16,2	13,3	19,4	56,3	47,6	44,3	50,3	21,4	36,2	42,4	30,3
5	15,6	11,3	8,7	6,5	66	66,5	63,6	59,3	18,4	22,2	27,7	34,2
6	29,3	25,6	18,7	15,3	41,3	39	40,8	39,3	29,4	35,3	40,5	45,4
7	17,5	13,2	9,8	6,5	60	57,2	54,5	53	22,4	29,6	35,7	40,4

Де: 1 – обласний центр; 2 – місто обласного підпорядкування; 3 – СМТ, 4 – село; 1 – шкала "Зніяковілість"; 2 – шкала "Депресія"; 3 – шкала "Тривога"; 4 – шкала "Страх"; 5 – шкала "Відраза до себе"; 6 – шкала "Неприйняття себе"; 7 – шкала "Самоізоляція".

Низький рівень притаманний більшою мірою жителям сіл (32,7 %) та селищ міського типу (26,3 %), які не відчувають збентеження та тривоги при взаємодії зі здоровими людьми, оскільки орієнтовані на отримання з їх сторони підтримки та розуміння. Такі респонденти звикли до того, що оточуючі позитивно до них ставляться, не прагнуть відгородитися від них, оскільки не відносять до "чужої" групи, а сприймають як членів свого мікросоціуму. Цьому сприяють більш тісні стосунки між мешканцями сіл та маленьких міст, де люди знають один одного та прагнуть підтримати людей які цього потребують, зокрема інвалідизованих.

За шкалою "Депресія" високий рівень проявляється у мешканців обласних центрів (18,4 %) та сіл (14,2 %). Показники жителів обласних центрів пояснюються тим, що людина з обмеженими можливостями відчуває неприйняття соціуму, який сприймає її як неповноцінну людину. Це призводить до значного зниження самооцінки, втрати самоповаги, руйнування позитивної "Я-концепції". В особистості знижується мотивація до прояву соціальної активності, вона втрачає віру в себе та починає песимістично сприймати своє майбутнє, не бачить можливостей для самореалізації. Це в свою чергу призводить до переважаючих астенічних емоцій, фрустрації та появи депресії.

Мешканці сіл також важко переживають факт інвалідизації, оскільки для них це пов'язано з обмеженням функціональних можливостей, втратою фізичної сили та витривалості, що є необхідним для життя в селі, оскільки умови проживання в ньому передбачають виконання важкої фізичної праці, значні фізичні навантаження. Таким чином, набуття дефекту в значній мірі змінює життя особистості, змушує її змінити сферу своєї активності.

Середній рівень притаманний частині опитаних, що відчувають стан депресії при впливі стресових умов, при неприйнятті оточуючих, ворожому ставленні.

Низький рівень проявляється в мешканців селищ міського типу (43,4 %) та міст обласного підпорядкування (37,4 %). Такі опитані не схильні до відчуття депресивних станів, у них переважають стеничні емоції, позитивний погляд на майбутнє, віра у власні сили. Вони не вважають себе неповноцінними людьми, не акцентують увагу на фізичному дефекті, переконані в тому, що можуть самореалізуватися в суспільстві, проявити свої здібності та можливості.

Дані за шкалою "Тривога" свідчать про переважаючий високого рівня в мешканців обласних центрів (44,2 %). Вони відчувають занепокоєння та неспокій при спілкуванні зі здоровими людьми, оскільки очікують від них неприйняття, зневаги та зверхнього ставлення. Це призводить до прагнення обмежити контакти з соціумом, неможливості особистості знайти сферу для самовираження, зумовлює появу негативних емоційних станів.

Середній рівень проявляється в більшості респондентів, що відчувають тривогу в окремих ситуаціях соціальної взаємодії, коли оточуючі демонструють щодо них антипатію та ворожість, не хочуть приймати у свою групу.

Низький рівень в найбільшій мірі притаманний мешканцям селищ міського типу (25,6 %), які почуваються в соціумі спокійно та впевнено, не відчувають тривоги при взаємодії зі здоровими людьми, здатні до активного встановлення контактів, вільно проявляють себе в різних сферах соціального життя.

За шкалою "Страх" високий рівень переважає у мешканців обласного центру (22,3 %) та сіл (19,4 %). Жителі обласного центру відчувають занепокоєння та тривогу через те, що соціум прагне відгородитися від них, не сприймає як повноцінних людей, ставиться до них як до тягаря. Це породжує в особистості відчуття власної непотрібності, меншовартості, песимістичний погляд на майбутнє, відчуття безцільності власного життя. Така людина боїться, що не зможе знайти себе в житті, проявити себе та реалізуватися в соціумі, відчуває страх самотності та ізоляції.

Мешканці сіл відчувають страх, що виникає через нездатність виконувати фізичні навантаження, боїться не впоратись зі своїми обов'язками, стати тягарем для близьких людей. Страх підтримується також відсутністю в селах спеціальних архітектурних умов, що сприяли б вільному пересуванню інвалідизованих тощо. Людина з особливими потребами залишається відрізаною від суспільства, що обмежує її можливості до самореалізації.

Середній рівень притаманний респондентам, які відчувають страх та занепокоєння в стресогенних ситуаціях, стикаючись з нерозумінням та неприйняттям з боку оточуючих, тоді як у стабільних умовах почуваються впевнено.

Низький рівень властивий мешканцям селищ міського типу (42,4 %) та міст обласного підпорядкування (36,2 %), які не відчувають тривоги та страху при взаємодії з оточуючими, з оптимізмом дивляться в майбутнє, впевнені у своїх силах та вірять в те, що зможуть самореалізуватися в суспільстві.

За шкалою "Відраза до себе" високий рівень проявляється в більшій мірі у жителів обласних центрів (15,6 %) та міст обласного підпорядкування (11,3 %), які не приймають себе через наявність інвалідизуючого дефекту, сприймають себе як неповноцінну людину, яка ні на що не здатна. Таке ставлення до себе поглиблюється через стигматизованість образу неповносправного, сприйняття його як людини обмеженої, що є тягарем для суспільства, не може вести повноцінне життя, приречена на самотність, ізоляцію, існування за рахунок дотацій від держави. Неприйняття людини з особливими

потребами особливо яскраво проявляється у великих містах, оскільки люди там схильні до психологічного дистанціювання від осіб, які не схожі на групову більшість за певними ознаками, однією з яких є зовнішній вигляд людини, наявність у неї фізичної вади. Соціум відмежовується від таких людей, поглиблює психологічну дистанцію між собою та ними, не дозволяє їм стати повноцінною частиною суспільства.

Середній рівень притаманний респондентам, у яких негативне ставлення до себе виникає тоді, коли оточуючі акцентують увагу на їх фізичній ваді, підкреслюють їх неповноцінність, насміхаються через несхожість на інших.

Низький рівень властивий мешканцям сіл (34,2 %) та селищ міського типу (27,7 %), які зазвичай приділяють менше уваги своїй зовнішності, та відповідно не так важко переживають появу фізичного дефекту, як мешканці великих міст, для яких фізична краса є дуже важливим критерієм, у відповідності з яким формується самооцінка та самоствавлення. Натомість жителі сіл більшу увагу звертають на те, як поява інвалідизуючого дефекту позначиться на продуктивності їх праці, чи зможуть вони виконувати звичну для себе діяльність. Позитивне самоствавлення респондентів, що проживають в селах та в СМТ підтримує також ставлення до них оточуючих, які не прагнуть відгородитися від них, проявляють розуміння та співчуття, прагнуть підтримати.

Показники за шкалою "Неприйняття себе", що вказують на її високий рівень, переважають у мешканців обласних центрів (29,3 %) та міст обласного підпорядкування (25,6 %), яким притаманна низька самооцінка, негативне самоствавлення, що часто призводить до формування комплексу неповноцінності, змушує особистість соромитись фізичного дефекту, уникає спілкування з оточуючими, боїться отримати їх негативну оцінку, почути насмішки.

Середній рівень властивий частині опитаних, яким притаманне амбівалентне самоствавлення, яке при дії несприятливих факторів провокує неприйняття себе, тобто переважаючими стають негативні характеристики, людина виділяє в собі більше недоліків ніж переваг, що руйнує її самоповагу, ускладнює побудову взаємозв'язків із соціумом.

Низький рівень переважає у респондентів, що проживають в селах (45,4 %) та селищах міського типу (40,5 %). Вони зберігають позитивне самоствавлення навіть при дії несприятливих факторів, вірять у власні можливості та здібності, акцентують увагу на своїх перевагах не зосереджуючись на фізичній ваді.

За шкалою "Самоізоляція" високий рівень притаманний мешканцям обласних центрів (17,5 %) та міст обласного підпорядкування (13,2 %), які, відчувачи неприйняття соціуму, прагнуть обмежити свої контакти з ним, звужуючи коло спілкування до родичів та близьких друзів. Широкі соціальні контакти сприймаються як загрозові, оскільки від оточуючих очікуються прояви дискримінації, стигматизації, неприйняття та нерозуміння.

Середній рівень властивий респондентам, які обмежують сферу своєї активності спілкуванням з окремими групами людей, від яких не очікується демонстрація ворожості, осуду та підкреслення їх неповноцінності.

Низький рівень проявляється у 40,4 % жителів сіл та 35,7 % мешканців селищ міського типу. Такі респонденти проявляють високу соціальну активність, вільно спілкуються в групі незнайомих людей, не відчужують себе неповноцінними чи гіршими за інших.

Висновки та перспективи подальшого дослідження. Аналіз відмінностей в залежності від місця проживання інвалідизованого дозволив виявити, що комплекс гандикапу більшою мірою проявляється у мешканців обласних центрів та міст обласного підпорядкування, що пов'язано з гіршим ставленням до них оточуючих та соціуму у порівнянні з селами, де людина з особливими потребами сприймається як повноцінний член суспільства, якому надається підтримка. Неповносправний відчуває від оточуючих розуміння та емпатійне ставлення, не страждає від того, що соціум прагне відмежуватися від нього, сприймаючи як людину "іншу". Таким чином, зі збільшенням чисельності населеного пункту збільшуються шанси інвалідизованої людини стати носієм комплексу гандикапу.

Перспективи подальших розвідок цього питання ми вбачаємо у дослідженні вікових, статевих, освітніх та інших аспектів у проявах комплексу гандикапу.

Використані джерела

1. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии /Л. С. Выготский ; [сост., авт. вступит. ст. и библиогр. Т. М. Лифанова; авт. коммент. М. А. Степанова]. – М., 1995. – С. 71 – 77.
2. Корсини Р. Энциклопедия психологии / Р. Корсини, А. Ауэрбах [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://enc-dic.com/enc_psy/Gandikap-6053.html. – Название с экрана. Дата обращения 01.08.2008.

3. Ставицький О. О. Гандикапізм: психологічний аналіз : [монографія] / О. О. Ставицький. – Рівне: Принт Хаус, 2013. – 352 с.
4. Ставицький О. О. Психологія проявів гандикапізму та їх регуляція: дис... на здобуття наук. ступеня доктора психол. наук : спец. 19.00.01 "Загальна психологія. Історія психології" / О. О. Ставицький. – К., 2014. – 595 с.

Stavitskyi O.

PSYCHOLOGY OF HANDICAP COMPLEX MANIFESTATIONS: THE DEMOGRAPHIC ASPECT

Among the many events that record the discrimination, the existence of prejudice and destructive attitudes, especially dangerous is a handicaps which is characterized by negative attitudes towards people with disabilities.

The aim of this paper is to clarify the level of handicap complex formation among the disabled part of society that lives in various human settlements.

Category "handicap complex" is at an early stage of scientific substantiation. This concept is explained as a state when a combination of physical, mental, psychological and social qualities of the disabled complicates the process of adaptation, not allowing them to achieve the optimal level of development and functioning.

Handicap complex is more evident among residents of regional centers and towns of regional subordination, which is concerned with worse attitudes of others and society as compared to villages where a person with special needs is perceived as a full member of society. A disabled person feels understanding and empathic attitude from others, he or she does not suffer from the fact that society tends to dissociate itself from him or her, as he or she is perceived as someone "other." Thus, the more number of people in a human settlement the more chances of a disabled person to get a handicap complex.

Prospects for further research of this issue are seen in the study of age, sex, educational and other aspects of the handicap complex manifestations.

The concepts of "handicaps" and "handicap complex" are revealed and clarified in the article. The results of the empirical study of handicap complex manifestations in terms of demographic aspect received from the author's questionnaire for the diagnosis of handicap complex are presented.

Key words: handicaps, handicap complex, people with special needs, disability.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2014