

Ставицький О. О., д.психол.н., професор (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ПСИХОЛОГІЯ ПРОЯВІВ КОМПЛЕКСУ ГАНДИКАПУ

Анотація. У статті розкрито та уточнено поняття «гандикапізм» та «комплекс гандикапу». Наведено результати емпіричного дослідження проявів комплексу гандикапу, отримані за авторською анкетною діагностикою комплексу гандикапу. Обґрунтовано, що комплекс гандикапу формується під впливом усвідомлення інвалідності, супроводжується негативними переживаннями, деструктивними оцінками себе і соціуму.

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

Аннотация. В статье раскрыты и уточнены понятия «гандикапизм» и «комплекс гандикапа». Наведены результаты эмпирического исследования проявлений комплекса гандикапа, полученные с использованием авторской анкеты для диагностики комплекса гандикапа. Обосновано, что комплекс гандикапа формируется под влиянием осознания инвалидности, сопровождается негативными переживаниями, деструктивными оценкам себя и социума.

Ключевые слова: гандикапизм, комплекс гандикапа, инвалидность, человек с особыми потребностями.

Annotation. The article reveals and clarifies the concept of «handicapism» and «handicap complex». The results of empirical study of the handicap complex manifestations obtained with author's questionnaire for the diagnosis of handicap complex are submitted. It is substantiated that the handicap complex is influenced by disability awareness, accompanied by negative emotions, destructive estimations of oneself and a society.

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

Інвалідизована людина існує у суспільстві (сім'ї, навчальній, трудовій групі тощо), вона спілкується із родичами, друзями, знайомими, з представниками медицини, сфери обслуговування тощо. А враховуючи те, що в Україні кожна десята людина має статус інваліда та тенденція щодо росту цього показника – невтішна (враховуючи економічну, соціальну, політичну і військову ситуацію), не помічати проблему соціально-психологічної взаємодії членів суспільства з інвалідами стає неможливим.

Серед багатьох явищ, які фіксують дискримінацію, наявність упереджень та деструктивних установок щодо таких людей, особливо небезпечним є

гандикапізм, що характеризується негативним ставленням окремих членів суспільства до осіб з обмеженими можливостями

Проблема психологічних аспектів інвалідності: гандикапізм, комплекс гандикапу, гандикапність (без вживання цих термінів) вивчалася лише в межах спеціальної психології та педагогіки, де основна увага приділялася психологічному дизонтогенезу та видам порушень психічного розвитку, відхиленням від норми психічного розвитку дітей з вродженими або набутими дефектами сенсорної, інтелектуальної, емоційної сфер.

У сучасних наукових публікаціях питання росту інвалідизації населення, соціально-економічних причин, механізмів та факторів, які детермінують цю проблему досліджували Л. С. Виготський, О. Р. Лурія, Л. Й. Вассерман, Т. Парсонс, В. В. Радаєв, О. І. Шкаратан, О. Р. Ярьска-Смірнова та ін.

Водночас продовжує розроблятися і вдосконалюватися законодавча база, що містить закони та нормативні акти, метою яких є надання допомоги людям з особливими потребами. Однак психологія гандикапізму у вітчизняній науковій традиції залишається не розробленою ні в теоретичній, ні в практичній, прикладній площині.

Саме тому нами розкрити суто психологічний зміст понять «гандикапізм» та «комплекс гандикапу» [1].

Враховуючи наведене метою цієї статті є з'ясування рівня сформованості комплексу гандикапу в інвалідизованій частині суспільства.

Відомі вчені Р. Корсіні (Raymond Corsini) та А. Ауэрбах (Auerbach) поняття «гандикапізм» тлумачать як забобони стосовно осіб з певними відхиленнями від норми, тобто він стає, таким чином, різновидом расових та 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 поняття «гандикапізм», трактуємо 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 П. В. Каменченко, М. О. Зорін, Т. Р. Михайлова, Б. П. Редько, Т. Л. Лактюшина 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 А. Гольдшейдером, О. Р. Лурією, Л. І. Вассерманом, Л. Л. Рохліним, В. М. М'ясищевим та ін. Вони обґрунтували, 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 їх пристосування, не дозволяючи їм досягнути оптимального рівня розвитку і функціонування. Л. С. Виготський називав цей феномен «повною недовершеною або соціальною інвалідністю» [3, с. 73].

Комплекс гандикапу – це індивідуальне, внутрішнє неприйняття себе інвалідизованим, деформований образ «Я» внаслідок негативних впливів соціальних установок. Тому, комплекс гандикапу трактується нами як властивість, новоутворення психіки, що проявляється у зменшенні соціальної активності, обмеженні кола спілкування неповносправного, зміні самооцінки та самоставлення, яке набуває негативного характеру.

За Д. Л. Ветліб [2], слід відрізнити інвалідність (фізичну або психічну ваду) 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, і, зазвичай, не впливає на спосіб її життя й специфіку самоставлення.

З метою емпіричного вивчення рівня вираженості у інвалідизованій людині комплексу гандикапу, його проявів та впливу на життя особистості, ми створили та апробували анкету для визначення комплексу гандикапу [4]. Отримані результати представлені в табл. 1.

Проведений аналіз результатів опитування, засвідчує, що за шкалою «Зніяковілість» високий рівень притаманний 32,7 % опитаним, які відчують психологічний дискомфорт через наявність фізичної вади, соромляться при спілкуванні з незнайомими людьми, відчують себе неповноцінними. Такі респонденти почуваються невпевнено, коли знаходяться у великій групі людей, сприймають свій соціальний статус як низький, через що у них виникають комплекси, почуття меншовартості.

Середній рівень за цією шкалою притаманний 43,8 % опитаним, які почуваються невпевнено в окремих ситуаціях взаємодії з соціумом, відчують зніяковілість коли опиняються в центрі уваги групи, при спілкуванні з представниками протилежної статі, при необхідності встановити контакт з незнайомими людьми тощо.

У 23,5 % досліджуваних переважає низький рівень «Зніяковілісті», що вказує на те, що вони не відчують дискомфорту при спілкуванні зі здоровими людьми, вільно почуваються, не акцентують увагу на власній ваді та відчують себе повноцінними людьми.

Таблиця 1

Особливості сприйняття людиною з фізичними обмеженнями власної інвалідизації (%)

Шкали \ Рівні	Високий	Середній	Низький
Зніяковілість	32,7	43,8	23,5
Депресія	12,7	51,7	35,6
Тривога	39,6	40	20,3
Страх	17,6	49,7	32,7
Відраза до себе	10,5	63,8	25,7
Неприйняття себе	22,4	40	37,6
Самоізоляція	11,7	56	32,3

За шкалою «Депресія» високий рівень притаманний 12,7 % опитаним, які важко переживають факт інвалідизації, не можуть змиритися з тим, що набули фізичну ваду. В таких респондентів переважають астеничні емоції, вони постійно знаходяться в пригніченому стані, спілкуються з обмеженим колом людей, проявляють соціальну пасивність. Їм притаманне негативне ставлення до себе, схильність до самозвинувачування.

Середній рівень «Депресії» властивий 51,7 % обстеженим, які час від часу відчують фрустрацію через власну інвалідність, страждають від депресивних станів, що виникають після деструктивних проявів з боку соціуму, неприйняття інваліда оточуючими, підкреслення його меншовартості.

Низький рівень цього показника притаманний 35,6 % опитаним, які не схильні до появи депресивних станів, примирились з набуттям фізичної вади та ведуть активний спосіб життя, не намагаючись відгородитись від соціуму. Такі респонденти сприймають себе як повноцінну людину, з широкими можливостями, вірять в краще майбутнє, демонструють здатність до самореалізації в різних сферах суспільного життя.

За шкалою «Тривога» високий рівень проявляли 39,6 % досліджуваних, які невпевнено почувають себе при взаємодії зі здоровими людьми, бояться, що соціум їх не прийме, буде насміхатися та знущатися над ними. Такі респонденти очікують з боку суспільства проявів дискримінації та ворожості, сприймають його як небезпечне середовище. Часто така позиція призводить до того, що людина з особливими потребами обмежує коло свого спілкування лише родичами, близькими друзями та іншими неповносправними, сприймаючи здорових людей негативно.

Середній рівень «Тривоги» спостерігається в 40 % досліджуваних, яким властиве відчуття тривоги в ситуаціях нестандартного спілкування зі здоровими людьми, коли від них вимагається засвоєння нових соціальних ролей. Такі респонденти відчують підвищення тривожності при входженні

в нову групу, розширенні сфери соціальних контактів, оскільки невпевнені в тому, як їх сприймуть інші люди.

Низький рівень «Тривоги» переважає у 20,2 % опитаних, які не відчувають хвилювання через наявність фізичного дефекту, впевнено почувають себе в різних ситуаціях взаємодії, вважають себе повноцінними особистостями, що мають такі ж можливості самореалізуватися, як і здорові люди.

Аналіз даних отриманих за шкалою «Страх», дозволив визначити, що 17,6 % респондентам притаманний його високий рівень. Ці опитані знаходяться під впливом негативних переживань та емоцій, не знають, як їм жити далі, сповнені відчаю та страху перед майбутнім. Життя розцінюється ними як марне, наповнене смутком та тривогою. Через нав'язливий страх ці люди прагнуть уникати контактів з оточуючими, хоча страждають від самотності. Таким людям важко самостійно прийняти рішення щодо подальшого свого життя, вони намагаються перекласти відповідальність за себе на членів своєї родини.

Середній рівень «Страху» властивий 49,7 % опитаним, які відчувають боязнь встановлення нових контактів, хоча зі знайомими людьми почуваються впевнено та комфортно. Їх невпевненість породжена тим, що вони вважають себе гіршими за здорових людей, не вірять у власні сили та можливості, акцентують увагу на фізичній ваді та не помічають своїх позитивних якостей та сильних сторін.

У 32,7 % досліджуваних переважає низький рівень за цією шкалою, що вказує на те, що їм притаманна впевненість, комфортне самопочуття як в товаристві, так і поза ним. Такі респонденти не бояться встановлювати контакти, проявляти соціальну активність та ініціативність у взаємодії. Фізична вада для них не є тим фактором, у відповідності з яким будується «Я-концепція» та їх самооцінка, а сприймається ними лише як одна з індивідуальних особливостей.

За шкалою «Відраза до себе» високий рівень характерний для 10,5 % обстежуваних, які страждають від заниженої самооцінки, негативного самоставлення та зосередженості на своїй інвалідизуючій ваді. Вони не приймають себе, вважають що є нікчемними і неповноцінними людьми, яких нема за що любити та поважати, переконані в тому, що оточуючі терплять їх лише через почуття обов'язку. Такі респонденти вважають себе тягарем для рідних та що вони не можуть принести оточуючим і суспільству в цілому ніякої користі, повністю зосереджені на власній фізичній ваді. В них не вистачає внутрішніх ресурсів щоб помітити свої позитивні якості, реалізувати свій потенціал та проявити соціальну активність. Ці опитані сприймають своє життя як пусте та безглузде, а себе – як людей нікому не потрібних, що може спровокувати появу в них суїцидальних думок, а деколи і спроб.

Середній рівень «Відрази до себе» властивий 63,8 % обстеженим, в яких неприйняття себе актуалізується при несприятливому збігу обставин, при виникненні раптових труднощів та перешкод на шляху до досягнення цілі. Самооцінка таких респондентів є нестійкою та легко знижується під впливом негативних висловлювань оточуючих, їх неприйняття.

Низький рівень «Відрази до себе» проявився у 25,7 % опитаних, яким властиве сприйняття себе, стабільна самооцінка та позитивне ставлення до себе. Вони не звертають увагу на прояви ворожості та антипатії з боку здорових людей, оскільки вірять в себе, переконані в тому що зможуть досягти всього, чого забажають, з оптимізмом сприймають власне майбутнє.

За шкалою «Неприйняття себе» високий рівень властивий 22,4 % респондентам, які вважають фізичну ваду основним фактором за яким потрібно вибудовувати ставлення до себе, оскільки саме на неї в найбільшій мірі звертають увагу оточуючі. Негативне самоставлення зумовлюється нездатністю сформувати ними об'єктивний образ «Я», побачити свої позитивні риси та переваги. Звуження самосвідомості, зосередженість особистості на інвалідизуючому дефекті не дозволяє прийняти ними себе та виробити позитивне ставлення до себе.

Середній рівень «Неприйняття себе» спостерігається у 40 % респондентів, яким притаманне нестійке амбівалентне самоставлення, тобто в їх уявленнях про себе поєднуються позитивні та негативні характеристики які часто не узгоджуються між собою. При цьому незначного поштовху з боку оточуючих буває достатньо, щоб актуалізувати негативні уявлення про себе та викликати неприйняття себе.

Низький рівень «Неприйняття себе» демонстрували 37,6 % опитаних, яким притаманне позитивне самоставлення, здатність виділяти у власній особистості значну кількість переваг у порівнянні з недоліками. Такі досліджувані зберігають самоприйняття та самоповагу не зважаючи на вплив зовнішніх факторів, що робить їх самооцінку стабільною та сприятливою для особистісного розвитку і самореалізації.

Показники за шкалою «Самоізоляція», що вказують на її високий рівень проявляли 11,7 % опитаних. Їм притаманна схильність обмежувати контакти з оточуючими, прагнення уникати соціальних контактів, оскільки від соціуму вони очікують неприйняття, ворожості та проявів антипатії. Такі респонденти спілкуються лише з родичами та близькими друзями, від яких негативне ставлення не очікується, іноді починають контактувати з іншими інвалідизованими, оскільки вважають що ті добре зрозуміють їх проблеми та переживання, оскільки самі знаходяться в такому ж положенні.

Середній рівень «Самоізоляції» було виявлено у 56 % опитаних, які встановлюють взаємодію з соціумом, однак при несприятливих обставинах схильні обмежувати сферу своїх соціальних контактів, замикатися в собі, оскільки від суспільства очікуються прояви дискримінації, неприйняття та

нерозуміння. Негативна реакція здорових людей на ситуацію взаємодії з людиною, що має функціональні обмеження значно знижує її мотивацію до інтеграції в соціум, погіршує його адаптаційні здібності, викликає в неї прагнення ізолюватися.

У 32,3 % респондентів проявляється низький рівень за цією шкалою, що свідчить про їх відкритість новому соціальному досвіду, бажання проявляти соціальну активність, мотивацію до встановлення контактів зі здоровими людьми. Такі люди комфортно почувають себе в товаристві, не прагнуть до самоізоляції.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження за всією вибіркою можна зробити висновок, що найбільш високі результати отримані за шкалою «Зніяковілість», тобто значна кількість людей з фізичними обмеженнями відчуває себе невпевнено та дискомфортно при взаємодії з соціумом, не може через це проявити себе та самореалізуватися. Високими є також показники за шкалою «Тривога», що свідчить про переважання в інвалідизованих відчуття занепокоєння та збентеженості у спілкуванні зі здоровими людьми, оскільки від них очікується вороже ставлення, неприйняття та цькування.

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

1. Ставицький О. О. Гандикапізм: психологічний аналіз : [монографія] / О. О. Ставицький. – Рівне : Принт Хаус, 2013. – 352 с.
2. Корсини Р. Энциклопедия психологии [Электронный ресурс] / Р. Корсини, А. Ауэрбах. – Режим доступа : http://enc-dic.com/enc_psy/Gandikap-6053.html. – Название с экрана. Дата обращения 01.08.2008.
3. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский; [сост., авт. вступит. ст. и библиогр. Т. М. Лифанова; авт. комент. М. А. Степанова]. – М., 1995. – С. 71–77.
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.

Рецензент: д.психол.н., професор Н. О. Михальчук.