

Эмпирическое исследование комплекса гандикапа

О.А. Ставицкий

кандидат психологических наук, доцент,
Национальный университет
водного хозяйства и
природопользования

В статье представлены результаты эмпирического исследования уровня сформированности компонентов комплекса гандикапа у людей с ограниченными возможностями.

У статті представлено результати емпіричного дослідження рівня сформованості компонентів комплексу гандикапу у людей з обмеженими можливостями.

The article presents the results of an empirical study of the level of formedness of the complex components of handicap in people with disabilities.

Ключевые слова: гандикапизм, гандикап, инвалидность, человек с ограниченными возможностями.

Постановка проблемы

Численность инвалидизированных в Украине за последние 5 лет выросла на 5,5%. Об этом сообщает пресс-служба Счетной палаты Украины. Количество людей-инвалидов трудоспособного возраста превышает 1,5 млн. человек.

«Сейчас мы имеем в Украине 1,9% детей-инвалидов, и по некоторым прогнозам этот процент вырастет до 2,5%», – об этом во время круглого стола «Социальное партнерство ради детей», который состоялся 2 февраля 2008 года в г. Трускавце (Украина), сообщил Министр здравоохранения Украины В. Князевич [1].

По словам председателя Комитета по вопросам здравоохранения Верховного Совета Украины Татьяны Бахтеевой, в Украине сейчас насчитывается 186 тыс. детей-инвалидов, а по данным ЮНИСЕФ прогнозируется возрастание этих показателей до 212 тыс. больных детей и 85 тыс. детей с тяжелой инвалидностью. «В государстве за последние годы заметен большой рост инвалидности среди детей. В частности только детей с ДЦП в Украине более 23 тысяч. В основном инвалидность растет из-за врожденных пороков развития; 20% составляет патология нервной системы», – отметила Т. Бахтеева [1].

К причинам увеличения числа инвалидизированных, относительно Украины,

можно смело отнести такие факторы:

- низкие макро- и микроэкономические показатели социально-экономического развития государства;

- несовершенная законодательная и нормативно-правовая база относительно прав людей с ограниченными возможностями;

- низкий уровень экономического благосостояния населения;

- неэффективная и финансово недоступная для большинства система здравоохранения;

- неблагоприятные экологические факторы.

Высокая динамика роста инвалидности населения Украины за десятилетний период подтверждает зависимость данного явления от социальных факторов [2].

Анализ последних исследований и публикаций

Проблема психологи гандикапизма практически не изучена ни в зарубежной, ни в отечественной психологической науке. Ранее изучение психологических аспектов инвалидности проводилось в рамках специальной психологии, где основное внимание уделялось психологическому дизонтогенезу и видам нарушений психического развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Л.И. Вассерман, Т. Парсонс и другие).

Не решенные ранее части общей проблемы

Невозможно не заметить существования этой проблемы и тех проблем, которые возникают у инвалидизированных при взаимодействии с другими людьми. Вследствие этого мы предприняли попытку исследования возникновения у людей с ограниченными возможностями симптомокомплекса гандикапа и попытались определить понятие «гандикапизм» и «гандикап», раскрыть их содержание с точки зрения психологической науки [3].

Формулирование цели статьи

Целью статьи является выяснение уровня сформированности составляющих комплекса гандикапа у инвалидизированных.

Изложение основного материала исследования

Понятия «гандикап» и «гандикапизм» находятся на начальном этапе научного становления и практически не исследованы. Встречаются разные толкования «гандикапа» (англ. handicaps). Его определяют как спортивные соревнования, гонки, в которых более слабым участникам, с целью увеличения их шансов на успех, предоставляется фора; способ отражения лидерства на предыдущих этапах, который выражается в более раннем выходе на старт на последующих этапах [4].

С собственно психологической точки зрения, это понятие объясняется как состояние, при котором сочетание физических, умственных, психологических и социальных качеств у людей с ограниченными возможностями усложняет процесс приспособления, не позволяя им достичь оптимального уровня развития и функционирования [3]. Соответственно этому, гандикап определяется как психологический комплекс, индивидуальное, внутреннее принятие себя человеком с ограниченными возможностями, деформированным образом «Я» под влиянием функциональных ограничений личности. Ученый Л.С. Выготский называл этот феномен «полным несовершенством или социальной инвалидностью» [5, с. 73].

Учитывая некоторые различия в понимании понятия «ограниченные возможности», следует отличать инвалидность – физическое или психическое несовершенство, которое нарушает функционирование индивидуума, от гандикапа – определенного комплекса социальных и психологических реакций на это инвалидизированное состояние.

Инвалидность не обязательно предполагает комплекс гандикапа. Человек с ограниченными возможностями может ощущать свою неполноценность, непохожесть на других, несовершенство, что приводит к разрушению его отношений с обществом, уменьшению социальной активности, самоизоляции.

С другой стороны, человек с ограниченными возможностями может чувствовать себя полноценным членом общества, быть социально адаптированным и иметь возможности для самореализации. В этом случае инвалидность не является определяющим состоянием, влияющим на характерологические особенности, которое обуславливает перестройку «Я-концепции» человека, и обычно не влияет на образ его жизни и специфику самоотношения [6].

Понятие «гандикапизм» Р. Корсини и А. Ауэрбах [7] рассматривают как предрасудки в отношении лиц с определенными отклонениями от нормы, таким образом, они становятся разновидностью расовых и гендерных стереотипов, существующих в нашем обществе как в открытых, индивидуальных и институциональных, так и в скрытых, латентных формах.

Мы согласны с этим мнением и понятие «гандикапизм» интерпретируем как общественное явление, которое актуализируется за счет негативных представлений об инвалидах. Такие взгляды содержатся в общественном сознании, а также выражаются на бессознательном уровне как коллективное бессознательное (архаические стереотипы), которые функционируют за счет архетипов.

С целью исследования заявленной проблемы в основу нашего психодиагностического инструментария был поло-

жен тест «Автопортрет» (Е.С. Романова, О.Ф. Потемкина) с интерпретацией Р. Бернса (США, Институт человеческого развития, г. Сиэтл). Проективный тест «Автопортрет» применяется для диагностики бессознательных эмоциональных компонентов личности (самооценка, актуальное состояние, невротические реакции тревожности, страхи, агрессивность). Изображая себя, человек воспроизводит основные черты собственных телесных потребностей и внутренних конфликтов. Богатая проекция личностной динамики, проявляется в рисунке, открывает для метода возможность анализа достоинств и конструктивных потенций, так же как и анализа нарушений [8, с. 145-163].

Методика позволяет исследовать восприятие респондентом собственного физического недостатка на подсознательном уровне, выявляет специфику отношения личности к себе и ее взаимоотношений с социумом (рис. 1).

По шкале «Самооценка» высокий уровень показателей свойственен 20,7% респондентам, которые акцентируют внимание на своих положительных чертах, верят

в собственные силы и способности, считают, что смогут достичь в жизни всего. Такие испытуемые не акцентируют внимание на собственном физическом недостатке, не воспринимают его как препятствие для самореализации и свободного самовыражения в социуме.

Средний уровень по всем шкалам колеблется от 40 до 54% и свойственен тем испытуемым, самооценка которых основывается на различных представлениях о собственной личности, сочетая в равном соотношении положительные и отрицательные качества. У таких респондентов элементы комплекса гандикапа проявляются редко и обычно в нестандартных ситуациях. Поэтому детально анализировать этот уровень по каждой шкале нет необходимости, остановимся лишь на крайних проявлениях комплекса гандикапа.

У 32,4% обследуемых проявляется низкая самооценка, основанная на неспособности личности выделить свои сильные стороны и преимущества. Такие испытуемые сосредотачиваются лишь на своих отрицательных качествах, акцентируют внимание на наличии инвалидирующих

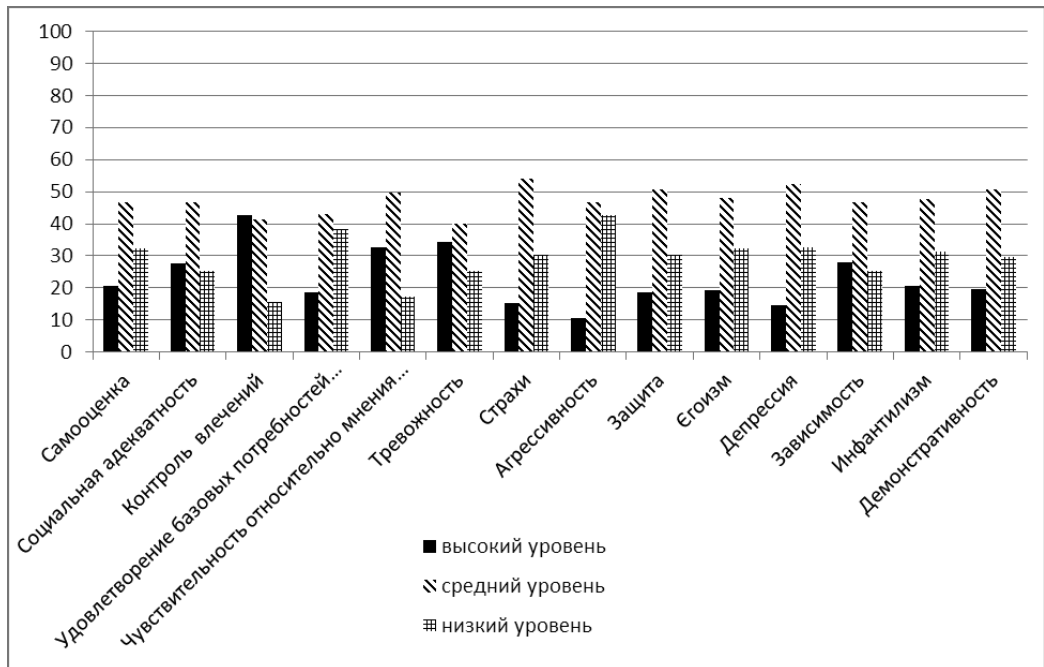


Рис. 1. Уровни выраженности составляющих комплекса гандикапа (%)

недостатков, рассматривают их как источник всех трудностей, возникающих на жизненном пути личности.

По шкале «Социальная адекватность» высокие показатели характерны 27,6% опрошенных, которые способны объективно воспринять социальную среду в которой они находятся и оценить отношение к себе социума. Такие респонденты обращают внимание на то, как их воспринимает общество и легко определяют нюансы этого отношения, чувствуя неприятие, жалость, превосходство или эмпатию по отношению к себе.

Низкий уровень свойственен 25,4% обследуемых, которые демонстрируют низкую социальную адекватность, проявляют неспособность почувствовать отношение к себе окружающих, оценить их мотивацию к установлению контакта с ними. Такие испытуемые ведут себя в социуме неадекватно, склонны к проявлениям агрессии в отношении окружающих, или же используют назойливые формы контакта.

Показатели по шкале «Контроль над влечениями», указывающие на высокий ее уровень, наблюдаются у 42,6% респондентов, которые способны к самоконтролю своих эмоциональных состояний, рациональному поведению и обдуманному поступкам. Такие испытуемые склонны к контролю над своими инстинктами и импульсами.

Низкий уровень характерен для 15,8% испытуемых, которым трудно контролировать себя, свои импульсы и желания. Они склонны к иррациональным поступкам, не обдумывают последствия своих действий.

По шкале «Удовлетворенность базовых потребностей и влечений» высокий уровень проявляется у 18,5% испытуемых, которые чувствуют себя комфортно, довольны жизнью и тем, насколько им удалось реализовать себя в различных сферах общественного бытия. Такие респонденты смогли адаптироваться к жизни с инвалидирующим дефектом и не воспринимают его как препятствие для удовлетворения потребностей.

Низкий уровень характерен 38,6% респондентов, которые чувствуют свою бес-

помощность и неполноценность, осознают, что в их жизни все происходит не так, как им хотелось, и соответственно все сопровождается депрессивными состояниями и фрустрацией.

Данные получены по шкале «Чувствительность к общественному мнению», указывающие на ее высокий уровень, были обнаружены у 32,7% испытуемых, которые особенно уязвимы к критике в свой адрес, неприятию и выражению негативного отношения к себе со стороны социума. Даже незначительное замечание или необдуманное слово окружающих способно вызвать у таких испытуемых депрессию, привести к снижению самооценки и спровоцировать желание изолироваться от здоровых людей.

Низкий уровень характерен для 17,3% испытуемых, которые мало внимания обращают на то, что о них думает социум. При оценке себя такие респонденты руководствуются лишь собственными представлениями о себе, их самооценка является устойчивой и не попадает под внешние влияния.

Показатели по шкале «Тревожность», указывающие на высокий ее уровень, наблюдаются в 34,3% исследуемых, которые чувствуют себя неуверенно в обществе здоровых людей, испытывают дискомфорт при необходимости поддерживать с ними контакты. Они убеждены в том, что окружающие сосредоточены именно на их физическом дефекте, воспринимая их как людей второсортных, неспособных быть полноценными членами общества.

Низкий уровень проявления этой характеристики свойственен 25,6% испытуемых. Они характеризуются низкой тревожностью, являются уверенными в себе, хорошо адаптированными и приспособленными к жизни в здоровом обществе. Такие люди демонстрируют социальную активность.

По шкале «Страхи» высокий уровень характерен 15,4% респондентов, страдающих от навязчивых страхов, имеющих различную природу. Среди них можно выделить страх одиночества, изолированности, полной беспомощности и т.п. Люди с огра-

ниченными возможностями бояться быть неприемлемыми в социуме, почувствовать с его стороны отвращение и гнев.

Низкий уровень показателей этого признака характерен 30,3% испытуемых, не страдающим от чувства страха. Они чувствуют себя уверенно и комфортно, с оптимизмом воспринимают будущее, верят в то, что им удастся реализовать свои мечты, проявить себя в полной мере.

Высокие показатели по шкале «Агрессивность» свойственны 10,5% опрошенных. Для них деструктивное поведение является механизмом защиты от предвзятого отношения окружающих, которые не принимают инвалидизированных, подчеркивая их неполноценность, относясь к ним свысока. Такие респонденты не ожидают от окружающих принятия и положительного отношения и используют конфликтную форму поведения как вариант выражения своей позиции.

Низкий уровень наблюдается у 42,8% респондентов, которые не подвержены конфликтному взаимодействию. Они стремятся построить с окружающими гармоничные отношения, сглаживают существующие противоречия и не реагируют на провокации.

По шкале «Защита» высокий уровень свойственен 18,7% испытуемых, которые склонны к использованию защитной позиции при взаимодействии с окружающими. Такие респонденты воспринимают общество как враждебную среду, которая не способна понять и принять инвалидизированных, подвергает их дискриминации и стигматизации. Таким образом, защитная позиция рассматривается личностью как необходимое условие существования в здоровом социуме.

Низкий уровень характерен 30,6% респондентов, которые не считают социум опасным для своей самооценки. Они ожидают от окружающих понимания, сочувствия и эмпатии, рассчитывают на помощь и взаимопонимание здоровых людей.

Показатели по шкале «Эгоизм», указывающие на ее высокий уровень, свойственны 19,4% опрошенных. Они сосредото-

чены только на собственных проблемах и переживаниях, акцентируют внимание на своей болезни и не способны воспринимать информацию, касающуюся непосредственно их самих. Их эгоцентризм ярко проявляется в процессе общения, создавая препятствия на пути к взаимопониманию.

У 32,3% респондентов наблюдается низкий уровень по этой шкале. Личность больше ориентируется на проблемы и переживания других людей, чем на свои собственные. Такой человек способен оказать поддержку нуждающимся, несмотря на то, что сам находится в затруднительном положении.

По шкале «Депрессия» высокий уровень проявляется у 14,6% обследуемых, которые часто находятся в состоянии фрустрации, испытывают тревогу, подвержены преобладанию астенических эмоций. Они тяжело переживают факт инвалидизации.

Низкий уровень характерен для 32,8% испытуемых, которые не склонны к депрессиям. Они легко смогли адаптироваться к новым условиям жизни и найти способы самореализации в социуме.

Данные, полученные по шкале «Зависимость», указывающие на ее высокий уровень, свойственны 27,8% опрошенных, страдающих от чувства неполноценности. Они считают, что ни на что не способны, перекладывают ответственность за свою жизнь на знакомых и родственников. Такие респонденты подчеркивают свою беспомощность, боятся проявить самостоятельность, характеризуются неуверенностью в себе.

Низкий уровень обнаружен у 25,4% опрошенных. Для них характерен интернальный локус контроля. Такие инвалидизированные не считают себя зависимыми от окружающих, не любят просить о помощи, пытаются максимально приблизить свою жизнь к жизни здоровых людей.

По шкале «Инфантилизм» высокий уровень проявляется у 20,6% респондентов, которые не способны брать ответственность за свои действия и поступки, полностью рассчитывают на помощь окружающих, характеризуются склонностью к иррациональным действиям.

Низкий уровень этого показателя наблюдается у 31,4% респондентов, которые не демонстрируют инфантильное поведение, склонны к взвешенным и целенаправленным действиям. Они планируют свою деятельность, подчиняя ее главной цели.

Высокие показатели по шкале «Демонстративность» определены у 19,5% обследуемых, которые используют такую модель поведения в качестве компенсации неуверенности в себе. Такие респонденты не стремятся скрыть свой физический недостаток, пытаются разными способами привлечь к себе внимание, иногда сознательно выставляя на показ инвалидизирующий дефект. Таким образом, личность преодолевает свои комплексы, избавляется от чувства изолированности и страха быть принятой.

Низкий уровень характерен для 29,7% испытуемых, которым не свойственна демонстративность. Они не желают выделиться среди других, наоборот, стремятся слиться с другими людьми, быть незаметными.

Выводы

Следует отметить, что результаты проведенного исследования дают возможность констатировать несколько важных положений:

1. Для около 50% инвалидизированной части населения характерен средний уровень выраженности комплекса гандикапа.

Литература

1. Всемирный доклад об инвалидности [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/summary_ru. – Название с экрана. Дата обращения 02.08.2008.
2. Державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2005 року. – К. : Академ-прес, 2005.
3. *Ставицький О.О.* Психологія гандикапізму : монографія / О.О. Ставицький. – Рівне : Принт Хаус, 2011. – 376 с.
4. Википедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Гандикап>. – Название с экрана. Дата обращения 02.08.2008.
5. *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.
6. *Ставицький О.О.* Гандикапізм в системі споріднених понять / О.О. Ставицький // Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації. № 3. Університет «Україна». – Київ, 2011. – С. 98-103.
7. *Корсини Р.* Энциклопедия психологии [Электронный ресурс] / Р. Корсини, А. Ауербах. – Режим доступа : http://enc-dic.com/enc_psy/Gandikap-6053.html. – Название с экрана. Дата обращения 01.08.2008.
8. *Романова Е.С.* Графические методы в психологической диагностике / Е.С. Романова, С.Ф. Потемкина. – М. : Дидактов, 1992. – С. 145-163.

2. Высокий уровень сформированности комплекса гандикапа характерен примерно для 20% людей с ограниченными возможностями. Однако, выявлены три составляющие этого комплекса, показатели которых превышают обозначенный рубеж. Это контроль влечений, чувствительность относительно мнения окружающих и тревожность.

3. Низкий уровень сформированности комплекса гандикапа обнаружен примерно у 30% людей с ограниченными возможностями. Лишь две составляющие характеристики этого явления превышают «норму»: удовлетворение базовых потребностей, влечений и агрессивность. Это легко объясняется фактом реальной невозможности удовлетворения всех потребностей, что детерминировано наличием порока. Агрессивность же является производной от невозможности реализации первой позиции.

Следует отметить, что полученные результаты исследованного явления проективной методикой «Автопортрет» положительно коррелируют с другими методами исследования, которые нами использовались при работе над проблемой.

Перспективу исследования относительно рассматриваемой проблемы видим в дальнейшем анализе изучаемого явления с учетом возраста обследуемых, их образования, места жительства, профессии.