

каси : Черкаський дер. університет ім. Б. Хмельницького, 2011. – С. 107–115.

2. Кон И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. – М. : Психологическая служба, 2001. – 456 с.

3. Максимова Н.Ю. Основы детской психологии: [учебное пособие] / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина, В.М. Пискун. – К. : НПЦ Перспектива, 2001. – 432 с.

4. Пэррет Л. Подросток и его проблемы / Л. Пэррет. – СПб, 2002. – 249 с.

5. Реан А.А. Психология адаптации личности : [науч.-учеб. пособие] / А.А. Реан, А.Р. Кудашов, А.А. Баранов. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.

6. Словарь практического психолога / С.Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1997. – 584 с.

7. Чебыкин А.Я. Проблема эмоциональной устойчивости / А.Я. Чебыкин // Психическая напряженность в трудовой деятельности : сб. науч. тр. – М. : 2009. – С. 197–216.

УДК 159.923

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ГАНДИКАПНОСТІ (ЗА МОДИФІКОВАНОЮ МЕТОДИКОЮ «НЕЗАВЕРШЕНІ РЕЧЕННЯ»)

Ставицький О.О., д. психол. н.,  
професор кафедри психології

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені С.Я. Дем'янчука*

У статті розкриваються та уточнюються поняття «гандикапізм», «гандикап» та «гандикапність». Показані результати емпіричного дослідження проявів гандикапності отримані за модифікованою методикою «Незавершені речення».

**Ключові слова:** гандикапізм, гандикап, гандикапність, інвалідність.

В статье раскрываются и уточняются понятия «гандикапизм», «гандикап» и «гандикапность». Показаны результаты эмпирического исследования проявлений гандикапности, полученные с помощью модифицированной методики «Незаконченные предложения».

**Ключевые слова:** гандикапизм, гандикап, гандикапность, инвалидность.

Stavytskyy O.O. EMPIRICAL STUDIES MANIFESTATIONS HANDICAPPING (MODIFIED METHOD FOR “INCOMPLETE SENTENCES”)

The article reveals and specifies the concepts of “handicaps”, “handicap” and “handicapping”. Showing the results of empirical research displays handicapping obtained by a modified method of “Incomplete sentence”.

**Key words:** handicaps, handicap, handicapping, disability.

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

Річ у тім, що 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, військову ситуацію), не помічати наявну

соціально-психологічну взаємодію членів суспільства з інвалідизованою його частиною стає неможливо. Саме тому ми здійснили спробу [2] розкрити суто психологічний зміст понять «гандикап», «гандикапізм» та ввели нове поняття «гандикапність».

Враховуючи це, метою статті є з'ясування рівня сформованості рис гандикапності стосовно інвалідизованої частини суспільства.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Теоретична частина. Р. Корсіні (Raymond 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 [1].

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), яке функціонує за рахунок архетипів.

У процесі дослідження, поряд із терміном «гандикапізм», ми виділяємо поняття «гандикапність», розглядаючи його як характерологічну рису особистості.

Аналізуючи всі описані в психологічній науці риси характеру, ми побачили, що ставлення до людей з інвалідністю розкривається через такі характерологічні терміни, як жорстокість, інтолерантність, байдужість, черствість, агресивність тощо. Ці та інші поняття використовуються і для характеристики людей, які цілком здорові та не відносяться до категорії неповносправних. Коли ми говоримо про доброту, акуратність, чесність тощо, ми з самого терміну чітко розуміємо предмет (об'єкт), до якого висловлюємо своє ставлення. Терміну, який виражає ставлення ж до людей з обмеженими можливостями, не існує. Тобто ставлення якимось виражається, а описується через загальні поняття, власної назви така риса характеру не має. Саме тому ми, вивчаючи гандикапізм як категорію, що охоплює велику багатогранність взаємовідносин, які пов'язані з соціумом, людьми та інвалідами, запропонували власний термін, який конкретизує ставлення саме до людей з інвалідністю – гандикапність. Таким чином, коли ми говоримо, що індивід є носієм гандикапності, то чітко розуміємо, що це є негативне ставлення до людей з певними вадами, а не до будь-кого іншого.

Отже, гандикапність – це індивідуально-психологічна властивість, яка виявляється в поведінці, емоційних станах та експресивних реакціях щодо людей з вадами фізичного або психічного розвитку. Тобто, з огляду на індивідуальний прояв соціальної установки гандикапізму, гандикапність – це риса характеру [2, с. 34–35].

Практична частина. З метою емпіричного вивчення рівня сформованості гандикапності у членів суспільства ми розробили комплексну систему діагностики цього явища за допомогою ряду методів. У статті ми зупинимось лише на одній із них: модифікована методика «Незавершені речення».

В основу розробки методики був покладений принцип проекції, зокрема асоціативний метод. Методика складається з 60 речень, які складаються з декількох слів, та мають незавершену форму. Обстежуваному пропонується завершити їх на свій розсуд, керуючись емоціями та думками, які викликає стимульний матеріал. Речен-

ня сформульовані таким чином, щоб стимулювати обстежуваного давати відповіді, відповідно до явища, яке досліджується.

При здійсненні якісного аналізу даних методики дозволяє виявити ряд особистісних рис та емоційних станів, що виникають при взаємодії з інвалідизованими людьми, а саме: гнів, відраза, презирство, страх, сором, ворожість, тривога, егоїзм, прагнення до домінування, антипатія, інтолерантність, упередження, нерозвинена емпатія, депресивні стани.

Кількісний аналіз даних здійснюється у відповідності з ключем, та дозволяє виявити, є ставлення людини до неповносправних позитивним, негативним чи невизначеним. Також за допомогою даної методики можна спрогнозувати, чи буде опитант поводити себе агресивно при взаємодії з інвалідизованими й визначити, в якій формі буде ця агресія проявлятися.

Результати дослідження особливостей ставлення до інвалідизованих, а також проявів гандикапності щодо них дозволили побудувати таблицю 1.

Високий рівень прояву депресії, що виникає внаслідок взаємодії респондента з інвалідизованим, притаманний 4,3 % респондентам. Такі опитанти сприймають контакт з людиною з обмеженими можливостями як психотравмуючу ситуацію, оскільки переносять на себе емоційний стан неповносправного, його переживання, чому сприяє високий рівень емпатії та задіяння механізму ідентифікації. Депресивні стани та пригнічення виникають через страх обстежуваного опинитись на місці інвалідизованого, оскільки вони розуміють, що жодна людина не застрахована від важкої хвороби чи автокатастрофи, що призведе до втрати працездатності та стане причиною появи фізичного дефекту. Для прикладу можна навести такі висловлювання опитуваних: «Спілкування з інвалідом викликає депресію, коли я ставлю себе на його місце, відчуваю, як йому важко», «Коли я думаю про інваліда, у мене викликає депресію те, що я можу опинитися на його місці».

Низький рівень депресії, що провокується взаємодією з інвалідизованим притаманний 24,7 % опитантам, які рідко відчувають зміну психічного стану при спілкуванні з людиною з обмеженими фізичними можливостями та сприймають таку ситуацію, як буденну, звичну для себе. Такі респонденти або не проявляють емпатії до інвалідизованого та не здатні досягнути його емоційного стану, або ж сприймають його як повноцінну особистість, що не потребує жалості, оскільки є добре адаптованою та самореалізованою в соціумі. Для прикладу наведемо таке висловлювання: «Я зберігаю спокій у процесі взаємодії з інвалідом».

Таблиця 1

№	Шкали	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
1.	Депресія	4,3	71	24,7
2.	Гнів	7,4	57,2	35,4
3.	Відраза	9,4	53	37,5
4.	Презирство	8,3	57	34,8
5.	Страх	17,3	60	22,7
6.	Ворожість	10,3	72,5	17,2
7.	Тривога	18,2	65	16,7
8.	Егоїзм	4,2	76,2	19,6
9.	Прагнення до домінування	7,3	76	16,7
10.	Антипатія	11,4	70	18,5
11.	Інтолерантність	9,5	74,8	15,7
12.	Упередження	28,3	61,2	10,5
13.	Нерозвинена емпатія	8,7	76	15,4

За шкалою «Гнів» високий рівень проявляється у 7,4% опитантів, які негативно реагують на контакт з інвалідизованим та проявляють ворожість до нього. Неповносправний сприймається такими респондентами як людина нав'язлива, лінива, яка не хоче сама працювати та вважає, що здорові люди й держава повинні її забезпечувати. Прикладом можуть служити такі висловлювання: «Дивно, чому інвалід просить милостиню замість того, щоб знайти роботу», «Гніватись на інваліда – природно, бо це людина яка живе за рахунок здорового суспільства, не намагаючись забезпечити себе сама». Низький рівень за цією шкалою проявляється у 35,4% досліджуваних, які вважають, що гніватись на інвалідизованого непотрібно в будь-яких ситуаціях, оскільки ця людина пережила сильну психотравму та кожного дня долає перешкоди, виконуючи дії, які в здорової людини не викликають жодних труднощів. Тому емоційну нестриманість, бурхливість емоційних проявів та нестабільність емоційних станів такої людині, на думку респондентів, можна пробачити. Наприклад: «Гнів до інваліда – явище неприйнятне в цивілізованому суспільстві».

За шкалою «Відраза» високий рівень притаманний 9,4% респондентам, які сприймають інвалідизованого як людину глибоко неповноцінну, спілкуватися з якої непотрібно, а контактувати – недоречно, оскільки це особа «другого ґатунку». Взаємодія з інвалідом викликає огиду та неприйняття, а фізична вада сприймається як відштовхуючий фактор. Особистість не може перебороти почуття відрази, що виникає при спогляданні зовнішнього вигляду людини з особливими потребами, її фі-

зичних недоліків. Для прикладу наведемо такі висловлювання: «Я відчуваю відразу, коли інвалід підходить до мене, демонструючи свої вади», «Інвалід викликає відразу, якщо не намагається приховати свої фізичні недоліки». Низький рівень притаманний 37,5% опитуваним, які не відчувають відрази до інвалідизованого та сприймають фізичну ваду лише як одну з його особливостей. Такі респонденти вважають, що наявність фізичного дефекту не може впливати на вироблення ставлення до людини з особливими потребами, оскільки пріоритетними у формуванні образу особистості є її внутрішні якості.

За шкалою «Презирство» високий рівень характерний для 8,3% респондентів, які вважають, що інвалідизований заслуговує на зневагу, сам винен в тому, що опинився в скрутному становищі, оскільки вчасно не взяв своє життя під контроль. Неповносправний сприймається як людина неповноцінна, з низьким рівнем інтелекту та освіченості, безвольна та неадекватна. Наприклад, висловлювання: «Інвалід заслуговує на презирство, якщо опустився до низького рівня існування». Низький рівень за цією шкалою характерний для 34,8% опитаних, які не відчувають презирства до інвалідизованого, навіть якщо спостерігають за ним в несприятливих ситуаціях. Деструктивні дії інваліда пояснюються впливом психотравми, яку йому довелося пережити, складністю адаптації до умов життя в здоровому соціумі, який не пристосований до потреб людини з обмеженими можливостями та не готовий прийняти її як свого повноцінного члена.

Показники за шкалою «Страх» вказують на наявність високого рівня у 17,3% рес-



пондентів, в яких ситуація взаємодії з інвалідизованим провокує появу негативних емоцій та переживань, зниження настрою, призводить до стану фрустрації. Страх виникає через те, що опитанти ставлять себе на місце інваліда, відчувають як важко йому живеться, що провокує боязнь опинитися на їхньому місці, заразитися від них невиліковною хворобою чи потрапити в таку ситуацію, що призведе до інвалідизації. Саме наявність страху особливо негативно впливає на мотивацію до встановлення контактів з людиною з функціональними обмеженнями та формування ставлення до неї. Прикладом можуть служити такі висловлювання: «Коли я дивлюся на інваліда, то боюсь, що опинюся на його місці», «Я відчуваю страх, коли інвалід розповідає про те, як змінилося його життя після набуття вади». Низький рівень вираження реакції страху характерний для 22,7% опитуваних, які не відчувають тривоги та побоювань при встановленні контактів з неповносправним, оскільки сприймають його як повноцінну особистість, здатну про себе подбати.

За шкалою «Ворожість» високий рівень притаманний 10,3% респондентам, які проявляють щодо інвалідизованого агресію та використовують деструктивні форми взаємодії. Такі опитанти вважають, що людина з обмеженими можливостями не заслуговує на повагу та позитивне ставлення, оскільки відрізняється від здорових людей за інтелектуальним та культурним рівнем, не здатна про себе подбати та живе на дотацію від держави. Наприклад, висловлювання: «Щоб викликати у мене ворожість, інвалід повинен звернутися з проханням». Низький рівень за цією шкалою притаманний 17,2% респондентам, для яких прояви ворожості до інвалідизованого не характерні. Такі опитанти переконані, що проявляти агресію стосовно людини з особливими потребами недопустимо у будь-якому випадку, незалежно від того, як поводить він себе. Вони виправдовують деструктивну поведінку інваліда тим стресом та депресивним станом, який він відчуває, долаючи труднощі, зумовлені наявністю інвалідизуючого дефекту.

Дані, отримані при аналізі шкали «Тривога», вказують на те, що високий рівень притаманний 18,2% респондентам, які в ситуації взаємодії з інвалідизованим відчувають значний психологічний дискомфорт, збентеження та неспокій. Опитанти не знають, як взаємодіяти з такою людиною, бояться її образити чи викликати неадекватну реакцію. Іншою причиною виникнення тривоги є страх опинитися на місці інвалідизованого, що виникає в процесі ідентифікації з ним. Низький рівень тривожності характерний

для 16,7% опитуваних, які при взаємодії з інвалідом відчувають себе цілком впевнено та комфортно. Такі респонденти сприймають людину з фізичними обмеженнями як звичайну особистість, орієнтуючись на її психологічні особливості, а не на дефект.

Показники за шкалою «Егоїзм» вказують на наявність високого рівня у 4,2% досліджуваних, які залишаються байдужими до переживань та проблем інвалідизованих. Їх не цікавлять труднощі, з якими стикається людина з функціональними обмеженнями, її думки та емоції. Наприклад, висловлювання: «Мене не хвилюють проблеми інваліда тому, що я не інвалід». Низький рівень характерний для 19,6% респондентів, які не схильні до прояву егоїзму щодо інвалідизованих та демонструють високу готовність до надання їм допомоги та підтримки навіть за рахунок власних психологічних чи матеріальних затрат.

За шкалою «Прагнення до домінування» високий рівень притаманний 7,3% опитантам, які вважають себе кращими за інвалідизованих, оскільки сприймають їх як людей неповноцінних, наділених багатьма негативними особливостями. В них часто виникає свідоме чи підсвідоме прагнення самоствердитись за рахунок людини з обмеженими можливостями, підкреслюючи її недоліки, ображаючи та принижуючи її. Наприклад, висловлювання: «Інваліди ніколи не зможуть адаптуватися в суспільстві тому, що є неповноцінними». Низький рівень за цією шкалою проявляється у 16,7% респондентів, які сприймають інвалідизованого як повноцінну особистість та будують стосунки з ним за принципом рівності. Увага акцентується не на фізичній ваді, а на особистісних рисах людини.

Показники за шкалою «Антипатія» вказують на те, що 11,4% опитантів мають високий рівень за цією ознакою. Такі респонденти відчувають щодо інвалідизованого неприязнь та ворожість, оскільки він наділяється такими рисами, як нав'язливість, слабкість волі, неадекватність, пасивність. Антипатія може виражатись у прихованій формі, за рахунок уникнення спілкування та ігнорування неповносправного, або ж в активній формі, за рахунок прояву агресії до нього. Наприклад, висловлювання: «Інваліди не заслуговують на симпатію, оскільки є неповноцінними». Низький рівень проявляється у 18,5% опитуваних, які відчувають симпатію до інвалідизованого, демонструють позитивне ставлення до нього та схвально оцінюють його особистісні якості, зокрема силу волі, наполегливість та рішучість.

За шкалою «Інтолерантність» високий рівень притаманний 9,5% респондентам,



які проявляють нетерпимість до інвалідизованого, схильні до його дискримінації та неприйняття. У свідомості таких опитуваних сформована значна кількість негативних уявлень про людину з обмеженими можливостями, що виникають через вплив стереотипів. Наприклад, такі твердження: «Терпимо ставитись до інвалідів просто неможливо, тому що це люди неповноцінні, неадекватні та недієздатні», «Людина, що проявляє толерантність у ставленні до інвалідів, не цінує сама себе». Низький рівень за цією шкалою характерний для 15,7% опитуваних, для яких нормою є толерантне ставлення до інвалідизованого, прийняття його як особистості, акцентування уваги на його психологічних рисах, а не на наявній ваді.

За шкалою «Упередження» високий рівень притаманний 28,3% респондентам, які схильні до стереотипізації образу інвалідизованого, неадекватного його сприйняття та неможливості виробити об'єктивний образ людини з функціональними обмеженнями. Наприклад, твердження: «Щоб не викликати упереджене ставлення, інваліди повинні прагнути бути такими ж, як і здорові люди». Низький рівень за цією шкалою характерний для 10,5% опитаних, які здатні адекватно оцінити інвалідизованого, виробити позитивне ставлення до нього, пізнати його індивідуальні характеристики та особистісні властивості.

За шкалою «Нерозвинена емпатія» високий рівень притаманний 8,7% опитаних, які не здатні відчувати те, що переживає інвалідизований, усвідомити його переживання та труднощі, з якими він стикається. Вони є емоційно закритими та відгородженими від людини з особливими потребами, не прагнуть зрозуміти її. Наприклад, твердження: «Інвалід не викликає співчуття, тому що інвалід». Низький рівень за цією шкалою притаманний 15,4% опитуваним, в яких є співчуття, співпереживання та виражена емпатія до інвалідизованого, позитивне до нього ставлення та здатність досягнути весь спектр його переживань.

**Висновки.** Щороку зростає тенденція до збільшення кількості інвалідизованих осіб

у нашій державі, що спонукає до наукових розвідок у психології взаємин між людьми з особливими потребами та здоровою частиною суспільства. Гандикапізм опосередковує психологічну сутність та експресію таких інтеракцій. Вивчення психологічних аспектів інвалідності проводилося у рамках спеціальної психології, де основна увага приділялась дослідженню дизонтогенезу та порушенням психічного розвитку, що недостатньо визначали особливості інтеграції цих людей у здорове суспільство.

Гандикапізм – психологічний феномен, детермінований комплексом суспільних процесів: соціальних, економічних, правових та політичних. Природа його виникнення та поширення лежить у площині інтеракцій між здоровою та інвалідизованою частиною суспільства й обумовлена наявністю негативних стереотипів, атитюдів щодо неповносправних та стигматизацією людей з обмеженими можливостями.

Гандикапізм має помітне вираження в нашому суспільстві. Це зумовлює наявність у людей гандикапності (понад 12 % населення є носіями високого рівня гандикапності та понад 63 % – середнього) й призводить до того, що здорові люди використовують в інтеракціях з інвалідизованими деструктивні форми поведінки, дискримінують їх, виявляють агресію й ворожість, або ж відчувають до них презирство й відразу, сприймаючи як людей глибоко неповноцінних. Це, у свою чергу, призводить до зниження самооцінки людини з обмеженими можливостями, руйнує її самоповагу та викликає прагнення до самоізоляції.

**Перспективним напрямком дослідження** є подальший аналіз досліджуваного явища у розрізі типу та нозології інвалідності.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Корсини Р. Энциклопедия психологии [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://enc-dic.com/enc\\_psy/Gandikap-6053.html](http://enc-dic.com/enc_psy/Gandikap-6053.html).
2. Ставицький О.О. Психологія гандикапізму : [монографія] / О.О. Ставицький. – Рівне : «ПринтХаус», 2011. – 376 с.