

6. Savchyn, M. V. (20136) Metodolohemy psykholohii: Monohrafiia [Methodologists of Psychology: Monograph]. Kyiv. Akademvydav. [in Ukrainian].
7. Jung, K. G. (1991) Arhetip i simvol [Archetype and symbol]. Moscow. [in Russian].
8. Jung, K. G. (1997a) Bozhestvennyj rebenok [Divine child]. M.: AST-LTD. [in Russian].
9. Jung, K. G. (2003) Vospominanija, snovidenija, razмышlenija [Memories, dreams, thoughts]. Minsk: OOO Harvest. [in Russian].
10. Jung, K. G. (1996) Dusha i mif: shest' arhetipov [Soul and myth: six archetypes]. Kiev: Gosudarstvennaja biblioteka Ukrainy dlja junoshestva. [in Russian].
11. Jung, K. G. (2009) Aion: Issledovanie o simvolike samosti [Aion: A study of the symbolism of the self]. M.: Akademicheskij proekt. [in Russian].
12. Jung, K. G. (2008) Ob jenergetike dushi / per. s nem. V. Bakuseva [About soul energy]. M.: Akademicheskij Proekt. [in Russian].
13. Jung, K. G. (2003) Psihologija i alhimija [Psychology and Alchemy]. M.: Refl-buk. [in Russian].
14. Jung, K. G. (2010) Psihologija bessoznatel'nogo [Psychology of the unconscious]. M.: Kogito-Centr. [in Russian].
15. Jung, K. G. (1994) Problemy dushi nashego vremeni: per s nem.; predisl. A. V. Brushlinskogo [Soul problems of our time]. M.: Izd. Gruppy "Progress" - "Univers". [in Russian].
16. Jung, K. G. (19976) Soznanie i bessoznatel'noe: sbornik [Consciousness and the Unconscious: Compilation]. SPb.: Universitetskaja kniga. [in Russian].
17. Jung, K. G. (2017) Chelovek i ego simvoly [Man and his symbols]. M.: Serebrjanye niti. [in Russian].
18. Jung, C. G. (1974). The practical use of drem-analysis. In C.G. Jung, *Drems* (p. 87–109) (W. McGuire, Ed.; R.F.C. Hull, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
19. Shamdasani S. (2003) Jung and the Making of Modern Psychology: The Dream of a Science. Cambridge University Press, 2003. XVI, 387 p.

Стаття надійшла до редакції 13.01.2020.
The article was received 13 January 2020.

УДК 159.98-056.2

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-9>

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ІНВАЛІДИЗОВАНИХ ОСІБ ДО СЕБЕ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ

Ставицький Олег Олексійович,

доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри суспільних дисциплін

Національний університет водного господарства та природокористування

stavitskyioleg@ukr.net

[ORCID.org/0000-0002-0792-5036](https://orcid.org/0000-0002-0792-5036)

Ставицька Олена Григорівна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної психології та психодіагностики

Рівненський державний гуманітарний університет

stavitcka_elena@ukr.net

[ORCID.org/0000-0003-2499-775X](https://orcid.org/0000-0003-2499-775X)

Мета статті полягає у висвітленні результатів емпіричного дослідження проявів комплексу гандикапу в людей, які мають інвалідність. Під категорією «комплекс гандикапу» розуміється властивість, новоутворення психіки, що проявляється у зменшенні соціальної активності, обмеженні кола спілкування неповносправного, зміні самооцінки та самоставлення, яке набуває негативного характеру.

Методи. Використано авторський опитувальник для діагностики гандикапу, який дає змогу виявити ступінь прояву комплексу гандикапу в інвалідизованій особистості. Опитувальник охоплює 5 діагностичних шкал, таких як: комунікабельність, рівень самооцінки, рівень самоконтролю, емоційна нестійкість, вразливість. Показники кожної психодіагностичної шкали розподілили за трьома рівнями: високий, середній, низький. Опантантами дослідження були інвалідизовані представники таких професій: працівники промисловості, працівники сільського господарства, працівники сфери обслуговування, державні службовці, працівники системи освіти, працівники сфери охорони здоров'я, студенти, пенсіонери, приватні підприємці, колишні військовослужбовці, безробітні, домогосподарки. Опитуванням було охоплено 517 осіб працездатних груп інвалідності різної нозології, які проживають у 5 областях України. **Результати.** Узагальнюючи результати дослідження, маємо підстави стверджувати, що загалом комплекс гандикапу не виявлено лише у 26 відсотків досліджуваних, у 45 відсотків опантантів



виявлено середній рівень сформованості комплексу гандикапу, а 29 відсотків інвалідизованих мають яскраво виражене таке психологічне новоутворення.

Висновки. Аналізуючи показники проявів комплексу гандикапу залежно від професійної спрямованості респондентів, було виявлено, що найбільшою мірою він притаманний пенсіонерам, безробітним, колишнім військовослужбовцям та домогосподаркам, тоді як решта респондентів зберігають впевненість у собі та достатню самоповагу. Саме ці категорії інвалідизованих найбільше уражені психологічними наслідками інвалідизації, які виявляються у комплексі гандикапу. Це пов'язано з їх відносно більшою соціальною ізоляцією, нездатністю знайти іншу сферу для самореалізації.

Ключові слова: *симптомокомплекс гандикапу, неповносправний, інвалідизована особистість, опитувальник, комунікабельність, рівень самооцінки, рівень самоконтролю, емоційна нестійкість, вразливість.*

EMPIRICAL RESEARCH ON THE ATTITUDE OF THE DISABLED TO THEMSELVES IN ACCORDANCE WITH PROFESSIONAL DIRECTION

Stavytskyi Oleh Oleksiiovych,

Doctor of Psychology, Professor,

Professor of the Department of Social Disciplines

National University of Water Management and Environmental Management

stavitskyioleg@ukr.net

ORCID.org/0000-0002-0792-5036

Stavytska Olena Hryhorivna,

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor,

Associate Professor of the Department of General Psychology and Psychodiagnostics

Rivne State Humanities University

stavitcka_elena@ukr.net

ORCID.org/0000-0003-2499-775X

The purpose of the article is to cover the results of an empirical study of the manifestations of the handicap complex in people with disabilities. The category of "handicap complex" refers to the property, the formation of the psyche, which is manifested in the reduction of social activity, limitation of the circle of communication of disabled, change of self-esteem and self-alignment, which acquires negative character.

Methods. For this purpose, we used the author's questionnaire for the diagnosis of handicap, which allows to detect the degree of manifestation of the handicap complex in a disabled person. The questionnaire covers 5 diagnostic scales: communicability, level of self-esteem, level of self-control, emotional instability, vulnerability. The indicators of each psychodiagnostic scale are divided into three levels: high, medium, low. The research participants were disabled representatives of the following professions: industrial workers, agricultural workers, service workers, civil servants, education workers, health care workers, students, retirees, private entrepreneurs, former servicemen, unemployed, housewives. The survey included 517 people with disabilities of different nosology who live in 5 regions of Ukraine.

Results. Summarizing the results of the study, we have reason to say that as a whole, the handicap complex was found not only in 26 percent of the investigated, 45 percent of optants found the average level of handicap complex formation, and 29 percent of the disabled had a pronounced psychological neoplasm.

Conclusions. Analyzing the indicators of the handicap complex, depending on the professional orientation of the respondents, it was found that it is mostly retired, unemployed, former servicemen and housewives, while the rest of the respondents remain confident and self-sufficient. It is these categories of people with disabilities who are most affected by the psychological consequences of disability, which are manifested in the handicap. This is due to their relatively greater social isolation, inability to find another area for self-fulfillment.

Key words: *handicap symptom complex, disabled, disabled person, questionnaire, sociability, level of self-esteem, level of self-control, emotional instability, vulnerability.*

Вступ

Чисельність інвалідизованих в Україні, на жаль, щороку зростає. За даними Державної служби статистики України (Держстат України, 2018), станом на 01 січня 2017 року їх було 2535,6 осіб, тоді як у 2018 році стало вже 2603,3 осіб. Це становить 6,22% від усього населення. Причин такого зростання чимало: від суто економічних, соціальних до політичних (або навпаки!), але не це є питанням нашого дослідження. Інвалідність виступає своєрідним бар'єром між людьми, який розділяє суспільство на «своїх» та «чужих». Нас непокоїть той факт, що від психологічного стану інвалідизова-

них людей залежить психологічний мікроклімат практично у всіх соціальних групах суспільства, адже вони взаємодіють в усіх сферах буття й не помічати цієї взаємодії неможливо.

Чи в комфортному психологічному середовищі перебувають неповносправні? Як почуваються люди з інвалідністю? Як вони рефлексують щодо себе та ставляться до інших людей? Відповіді на ці запитання дадуть змогу реально оцінити внутрішній психологічний стан інваліда та, виходячи з цього, розробити та впровадити ефективну програму психологічної корекції негативних впливів інвалідизуючого фактору.

1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Широкий діапазон когнітивного, емоційного та поведінкового ставлення суспільства до інвалідизованих, інвалідизованих до інших та до самих себе охоплюється поняттям гандикапізм – суспільне явище, що актуалізується за рахунок негативних уявлень про інвалідизованих людей. Такі погляди містяться в суспільній свідомості, а також виявляються на несвідомому рівні як колективне підсвідоме (архаїчні стереотипи), які функціонують за рахунок архетипів. Щодо проявів гандикапізму на особистісному рівні, то слід відзначити такі його основні види, як: гандикапність, комплекс гандикапу та гандифобність.

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

Гандифобність – особистісна форма прояву гандикапізму – фобія, що проявляється у виникненні в здорової людини відчуття дискомфорту, тривоги та страху у разі взаємодії з неповносправним.

З усього спектра проявів гандикапізму у площині поставленого питання нас цікавитиме симптомокомплекс гандикапу, який тлумачимо як психологічний стан, за якого поєднання фізичних, розумових, психологічних та соціальних якостей інвалідизованих ускладнює процес пристосування, не дозволяючи їм досягнути оптимального рівня розвитку і функціонування (Corsini R., 1996: 241–242). Л.С. Виготський називав цей феномен «повною недовершеністю або соціальною інвалідністю» (Виготський, 1995: 73).

Інвалідність є предметом дослідження багатьох наук: медицини, соціальної роботи, фізичної реабілітації тощо, кожна

з них вивчає свій предмет відповідно до своїх методів дослідження. Дотепер проблема соціально-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. Питання соціального атияду в площині «суспільство – інвалідизований» у вітчизняному науково-психологічному просторі не досліджувалось, оскільки у соціалістичному суспільстві проголошувався один з основних соціальних принципів громадського буття: «загальної рівності»; всі члени суспільства рівні за матеріальним та соціальним статусом та ніякої дискримінації за ознакою «інвалідність» існувати не могло (Краснова, 2011).

Симптомокомплекс 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 самоставлення, яке набуває негативного характеру.

За Д.Л. Ветліб (Corsini R., 1996: 241–242), слід відрізнити інвалідність (фізична або психічна вада) від комплексу гандикапу – соціальних і психологічних реакцій на цей стан. Інвалідність не обов'язково передбачає наявність симптомокомплексу 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 поштовхом, детермінантою, що зумовлює перебудову «Я-концепції» індивіда та зазвичай не впливає на спосіб її життя й специфіку самоставлення.

У найбільш загальному вигляді всі поведінкові прояви між вказаними вище групами людей (здорові – інвалідизовані) можна представити у трьох модальних варіантах: толерантні – нейтральні – інтолерантні. Перші два варіанти не несуть у собі будь-якої соціальної небезпеки, тому їх можна вважати позитивними та такими, що зніма-



ють наявні бар'єри між цими двома соціальними групами. А ось третя група – інтолерантні форми поведінки, власне й спонукає суспільство до пошуку шляхів їх подолання, оскільки вони провокують зростання напруженості, появу конфліктів, що можуть набувати національних масштабів.

Джерелами формування інтолерантності до людей з особливими потребами, на нашу думку, є складне соціально-економічне становище, що панує нині в державі та призводить до зростання жорстокості соціуму; низький рівень індивідуальної культури окремих індивідів, що зумовлює негативне ставлення до людей з обмеженими можливостями; негативні взірці та стереотипи, що склались у суспільній свідомості й провокують формування гандикапності.

У нашому суспільстві поширеними є дискримінаційні наміри, коли на перший план ставляться саме відмінності між людьми, а не те спільне, що їх об'єднує, соціально-психологічний статус однієї групи штучно підвищується, а позитивні характеристики іншої нівелюються та не помічаються. Саме це слугує основою поширення та розвитку інтолерантних тенденцій, зокрема у ставленні до неповносправних людей, стосовно яких у суспільній свідомості панує багато негативних стереотипів.

2. Методологія та методи

З метою вирішення поставленої задачі ми використали авторський опитувальник для діагностики гандикапу, який призначений для визначення ступеня прояву комплексу гандикапу в особистості, яка має інвалідність (Ставицький, 2015). Методика складається зі 100 тверджень, які становлять 5 вимірювальних шкал:

– шкала «Комунікабельність» обрана нами, оскільки ознаками, які свідчать про прояви комплексу гандикапу, є нездатність особистості до встановлення контактів, замкнутість, невміння знайти спільну мову з оточуючими, відсутність бажання до інтеграції;

– шкала «Рівень самооцінки» використана нами, оскільки неадекватно занижена самооцінка є одним з проявів комплексу гандикапу та включає в себе такі особливості, як нездатність побачити в собі позитивні риси, стійке акцентування уваги на власній ваді, очікування негативної оцінки оточуючих, неприйняття себе, негативне самоставлення;

– шкала «Рівень самоконтролю» була обрана тому, що свідченням наявності комплексу гандикапу є недостатній самоконтроль, який виражається у невмінні особистості керувати своєю поведінкою, стримувати потяги, діяти раціонально;

– шкала «Емоційна нестійкість» застосовувалась, оскільки високі показники за цією шкалою також вказують на наявність комплексу гандикапу: швидка зміна емоційних станів, недостатня саморегуляція емоційних ситуацій, нездатність стримувати емоції.

– шкала «Вразливість» дає змогу діагностувати рівень сенситивності особистості, її чутливості до зовнішніх і внутрішніх впливів, здатність протистояти впливу негативних чинників та стресових ситуацій.

Високі показники за шкалами характеризують особистість як таку, що схильна встановлювати велику кількість контактів, комфортно почувається під час спілкування з незнайомими людьми, здатна знаходити спільну мову з оточуючими, прагне до нових знайомств. Людина має віру в себе, позитивне самоставлення. Проявляє до себе повагу, схильна позитивно оцінювати свої вчинки та дії, очікує позитивного ставлення від оточуючих, практично не виділяє в собі негативних рис. Вказує на здатність особистості контролювати свої потяги, дії та вчинки, наявність вольової регуляції поведінки, можливість керувати власним життям, тримати все під контролем. Високий рівень емоційної нестійкості характеризує особистість як чутливу до емоційних ситуацій. Їй притаманна лабільність емоційного фону, що значною мірою залежить від зовнішніх обставин, при цьому навіть незначний подразник здатен викликати бурхливу емоційну реакцію. Такій особистості притаманна підвищена образливість, замкненість, негативізм. Високі показники характеризують особистість як чутливу, сенситивну. Велике значення надається оцінкам оточуючих, зовнішні та внутрішні впливи сприймаються як значущі. Така особистість є нестійкою до стресорів, негативних впливів, проявляє низькі адаптивні здібності.

Середні показники вказують на достатню комунікабельність, такій особистості подобається процес спілкування, вона здатна на відвертість та щирість. Комфортніше почувається під час взаємодії зі знайомими людьми. Середній рівень самооцінки вказує на наявність в «Я-концепції» як позитивних, так і негативних характеристик, усвідомлення своїх недоліків. Така людина рідко страждає від комплексу неповноцінності, не акцентує увагу та власних вадах, рідко вагається в правильності та доцільності своїх дій. Середній рівень самоконтролю дає змогу критично оцінювати свої досягнення та промахи, правильно організувати власну діяльність, проявляти відпо-

відальність та дисциплінованість. Середні показники вказують на легку збудливість, стурбованість, коливання настроїв, зміну інтенсивності емоцій. Такій особистості важко стримувати власні емоції, контролювати прояви психічних станів, підтримувати емоційну рівновагу. Середній рівень вразливості свідчить про незначну чутливість до зовнішніх впливів, здатність адекватно реагувати на зовнішні чинники, контролювати власні емоції.

Низькі показники за шкалами свідчать про недостатній рівень розвитку комунікативних здібностей та небажання встановлювати нові контакти. Така людина прагне бути на самоті, дискомфортно почувається в ситуаціях комунікації, схильна до самоізоляції, не здатна проявляти відкритість під час спілкування, очікує негативних наслідків від взаємодії з оточуючими. Людина бачить у собі більше недоліків, ніж позитивних рис, не здатна оцінити свої переваги, проявляє негативне самоствавлення, часто відчуває свою неповноцінність порівняно з іншими. Низький самоконтроль проявляється в недисциплінованості, безвідповідальності, нездатності до самоорганізації та самостійності. Така людина не хоче брати відповідальність за своє життя на себе, прагне перекласти її на інших, не здатна свідомо регулювати власні стани. Низькі показники свідчать про емоційну стабільність, здатність регулювати емоційні стани, стримувати власні емоції, адекватно реагувати на ситуацію. Така особистість характеризується стресостійкістю, здатністю емоційно відгороджуватись від негативних впливів. Низький рівень вразливості вказує на емоційну стійкість особистості до негативних оцінювань чи критики оточуючих, здатність зберігати цілісний і несуперечливий образ «Я» у разі впливу на самооцінку негативних факторів.

Опитувальник розрахований на роботу

з інвалідизованими для виявлення наявності чи відсутності у них гандикапу як комплексу характеристик, що зумовлюють неприйняття себе, відчуття власної неповноцінності через інвалідизуючу ваду. Опитувальник може використовуватись для діагностики неповносправних різних вікових груп починаючи зі старшого шкільного віку, що мають різну нозологію інвалідності.

Обрана вибірка дослідження відповідала всім вимогам репрезентативності: опитуванням було охоплено 517 осіб працездатних груп інвалідності різної нозології, які проживають у 5 областях України.

3. Результати та дискусії

Статистичний аналіз результатів дослідження всієї вибірки дає змогу стверджувати, що комплекс гандикапу не виявлено лише у 26 відсотків досліджуваних, у 45 відсотків опитантів виявлено середній рівень сформованості комплексу гандикапу, а 29 відсотків інвалідизованих мають яскраво виражене таке психологічне новоутворення.

Розглянемо більш детально рівні прояву комплексу гандикапізму за всіма діагностичними шкалами.

Аналіз отриманих даних дав змогу визначити відмінності у ставленні інвалідизованого до себе залежно від його професійної спрямованості (табл. 1).

За шкалою «Комунікабельність» високий рівень більшою мірою притаманний працівникам сфери обслуговування (47,7%), державним службовцям (43,3%), працівникам освіти (46,6%), охорони здоров'я (41,3%). Для цих опитантів розвинена комунікабельність є вимогою професій, оскільки їм доводиться тісно взаємодіяти з людьми, знаходити з ними спільну мову. Такі респонденти зазвичай вільно встановлюють контакти з незнайомими людьми, не комплексують з приводу своєї фізичної вади, не страждають від наявності комунікативних

Таблиця 1

Високий рівень прояву комплексу гандикапу (%)

Ш	Показники											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	36,6	38,6	47,7	43,3	46,6	41,3	35,3	46,3	30,2	27,6	25,4	32,3
2	23,7	27,3	21,6	31,6	26,3	30,6	16,3	14,7	19,6	11,5	9,4	10,8
3	36,6	19,7	35,4	19,3	20,6	31,3	39,7	43,5	25,4	29,5	44,7	42,4
4	13,3	15,7	11,8	9,6	16,4	17,6	22,7	32,6	19,3	30,3	27,4	23,7
5	29,5	27,4	30,8	28,7	32,8	33,2	51,6	54,4	30,2	44,3	49,4	46,3

Примітка: нумерація по горизонталі: 1 – працівник промисловості; 2 – працівник сільського господарства; 3 – працівник сфери обслуговування; 4 – державний службовець; 5 – працівник освіти; 6 – працівник охорони здоров'я; 7 – студент; 8 – пенсіонер; 9 – підприємець; 10 – колишній військовослужбовець; 11 – безробітний; 12 – домогосподарка. Нумерація по вертикалі: 1 – шкала «Комунікабельність»; 2 – шкала «Рівень самооцінки»; 3 – шкала «Рівень самоконтролю»; 4 – шкала «Емоційна нестійкість»; 5 – шкала «Вразливість»



бар'єрів.

Показники за шкалою «Рівень самооцінки», які вказують на її високий рівень, переважають у працівників сільського господарства (27,3%), державних службовців (31,6%), працівників охорони здоров'я (30,6%). Вони зазвичай задоволені собою, виділяють у власному «Я» значну кількість позитивних характеристик, що допомагає підтримувати позитивне самостварення. Такі досліджувані здатні до адекватної оцінки себе та, незважаючи на наявність інвалідизуючого дефекту, демонструють достатній рівень самоповаги.

За шкалою «Емоційна нестійкість» високий рівень притаманний більшою мірою студентам (39,7%), пенсіонерам (43,5%), безробітним (44,7%), домогосподаркам (42,4%). Такі респонденти характеризуються нездатністю стримувати емоції, регулювати свої психічні стани. Вони схильні до імпульсивної поведінки, у них домінує негативний емоційний фон.

Показники за шкалою «Вразливість» переважають у студентів (51,6%), пенсіонерів (54,4%), колишніх військовослужбовців (44,3%), безробітних (49,4%), домогосподарок (46,3%). Їм притаманна особлива чутливість до оцінок оточуючих, зокрема до негативних відгуків на свою адресу. Такі респонденти важко переживають факт та наслідки інвалідизації, втрату працездатності та зниження соціального статусу. Їм важко змиритися зі змінами життя, що викликані вадою, необхідністю обмежувати свої потреби.

Представимо результати, які вказують на середній рівень прояву комплексу гандикапу (табл. 2).

За шкалою «Комунікабельність» середній рівень переважає у державних службовців (42%), працівників охорони здоров'я (41,5%), підприємців (38,3%). У таких респондентів відсутні бар'єри спілкування,

однак потреба у встановленні контактів у них виражена незначною мірою. Вони не страждають від самотності, не обмежують коло спілкування через переживання, які зумовлені наявністю інвалідизуючого дефекту.

Показники, отримані за шкалою «Рівень самооцінки», вказують, що її середній рівень спостерігається у працівників промисловості (48,6%), сільського господарства (48,3%), підприємців (53,8%). Такі опитанти зазвичай мають адекватну самооцінку, не схильні до її завищення чи заниження, не впадають у крайнощі під час побудови свого психологічного портрета, виділяють у собі як позитивні, так і негативні характеристики.

Середній рівень прояву комплексу гандикапу за шкалою «Рівень самоконтролю» притаманний працівникам сільського господарства (60,6%) та освіти (61,6%). Вони демонструють достатню здатність до регуляції власної поведінки, не схильні до імпульсивних вчинків, однак характеризуються певною нестримністю емоцій.

За шкалою «Емоційна нестійкість» середній рівень виявлено у працівників сфери обслуговування (56,8%), державних службовців (55,6%), домогосподарок (60,6%). Їм достатньою мірою притаманна емоційна стабільність, здатність втамовувати свої імпульси. Такі досліджувані вільно виявляють свої емоції, не схильні до пригнічення власних потягів.

Показники за шкалою «Вразливість», які вказують на її середній рівень прояву, переважають у працівників промисловості (49,3%), сільського господарства (49,3%), сфери обслуговування (49,5%), підприємців (50,4%). Ці опитанти характеризуються помірною сенситивністю, здатністю адекватно сприймати оцінки оточуючих, у тому числі і негативні. Вони не схильні до надмірних переживань щодо інвалідизації, не

Таблиця 2

Середній рівень прояву комплексу гандикапу (%)

Ш	Показники											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	36,4	32,7	34	42	34	41,5	34,5	21	38,3	30,8	35,4	37,3
2	48,6	48,3	47	39	39	38	39	35,6	53,8	37,2	41	42,8
3	46	60,6	48,2	58,4	61,6	47	41,6	30,8	57	55	26,6	55,3
4	51	50,8	56,8	55,6	54,3	53,7	52,7	47,2	46	44	55	60,6
5	49,3	49,3	49,5	45	42,5	45,6	37	36	50,4	37	39,3	44,3

Примітки: нумерація по горизонталі: 1 – працівник промисловості; 2 – працівник сільського господарства; 3 – працівник сфери обслуговування; 4 – державний службовець; 5 – працівник освіти; 6 – працівник охорони здоров'я; 7 – студент; 8 – пенсіонер; 9 – підприємець; 10 – колишній військовослужбовець; 11 – безробітний; 12 – домогосподарка. Нумерація по вертикалі: **1** – шкала «Комунікабельність»; **2** – шкала «Рівень самооцінки»; **3** – шкала «Рівень самоконтролю»; **4** – шкала «Емоційна нестійкість»; **5** – шкала «Вразливість»

зосереджуються на негативних подіях, які з ними через це трапляються.

Результати дослідження, які вказують на низький рівень прояву комплексу гандикапу, представлені у табл. 3.

За шкалою «Комунікабельність» низький рівень притаманний студентам (30,2%), пенсіонерам (32,7%), підприємцям (31,5%), колишнім військовослужбовцям (41,6%), безробітним (39,2%). У таких респондентів зазвичай нереалізована потреба в спілкуванні через наявність комплексів щодо інвалідизуючого дефекту. Вони відчувають власну неповноцінність та вважають себе гіршими від здорових людей. На них значною мірою впливають стереотипи щодо сприйняття інвалідів, вони сприймають себе у відповідності зі стигмами, що накладаються соціумом на інвалідизовану людину.

Показники за шкалою «Рівень самооцінки», які вказують на її низький рівень, переважають у студентів (44,6%), пенсіонерів (49,7%), колишніх військовослужбовців (51,3%), безробітних (49,5%), домогосподарок (46,4%). Цим досліджуваним притаманна недостатня самоповага та низька самооцінка, нездатність адекватно оцінити себе, відкрити свої сильні сторони та позитивні якості.

Низький рівень за шкалою «Рівень самоконтролю» притаманний пенсіонерам (25,7%) та безробітним (28,7%), яким важко стримувати свої імпульси. Вони характеризуються схильністю до необдуманих дій, їм важко контролювати власні потяги та емоції.

За шкалою «Емоційна нестійкість» низький рівень прояву комплексу гандикапу переважає у працівників промисловості (35,7%), сільського господарства (33,5%), сфери обслуговування (31,4%), державних службовців (34,8%), підприємців (34,7%). Такі респонденти мають стабільний емоційний фон, у них превалюють стеничні емоції та позитивні емоційні стани. Їм не властивий стан депресії та фрустрації, оскільки вони

не сприймають наявність інвалідизуючого дефекту як невиправну трагедію, високо оцінюють свої здібності та можливості.

Низькі показники прояву комплексу гандикапу за шкалою «Вразливість» притаманні більшою мірою працівникам сільського господарства (23,3%), державним службовцям (26,4%), працівникам освіти (24,7%). Цим опитантам властива незначна сенситивність до зовнішніх впливів, нечутливість до критики на свою адресу. Вони не акцентують увагу на власній інвалідизуючій ваді, зосереджуються на своїх позитивних якостях, сприймають себе як особистість, нічим не гіршу за здорову людину.

Висновки

Узагальнюючи результати дослідження, маємо підстави стверджувати, що загалом комплекс гандикапу не виявлено лише у 26 відсотків досліджуваних, у 45 відсотків опитаних виявлено середній рівень сформованості комплексу гандикапу, а 29 відсотків інвалідизованих мають яскраво виражене таке психологічне новоутворення.

Аналізуючи прояви комплексу гандикапу залежно від професійної спрямованості респондентів, було виявлено, що найбільшою мірою він притаманний пенсіонерам, безробітним, колишнім військовослужбовцям та домогосподаркам, тоді як решта респондентів зберігають упевненість у собі та достатню самоповагу. Саме ці категорії інвалідизованих найбільше уражені психологічними наслідками інвалідизації, які виявляються у комплексі гандикапу. Це пов'язано з їх відносно більшою соціальною ізоляцією, нездатністю знайти іншу сферу діяльності для самореалізації.

Перспективними напрямками наукових розвідок у царині психології інвалідності ми вбачаємо розробку та апробацію дієвих психокорекційних програм подолання комплексу гандикапу у людей, які мають інвалідність.

Таблиця 3

Низький рівень прояву комплексу гандикапу (%)

Ш	Показники											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	27,3	28,7	18,3	14,7	19,4	17,2	30,2	32,7	31,5	41,6	39,2	30,4
2	27,7	24,4	31,3	29,5	34,6	32,4	44,6	49,7	26,6	51,3	49,5	46,4
3	17,5	19,7	16,4	22,3	17,8	21,7	18,7	25,7	17,7	15,4	28,7	22,3
4	35,7	33,5	31,4	34,8	29,3	28,7	24,6	20,2	34,7	25,7	17,5	15,7
5	21,2	23,3	19,7	26,4	24,7	21,2	11,3	9,7	19,4	18,7	11,3	9,4

Примітки: нумерація по горизонталі: 1 – працівник промисловості; 2 – працівник сільського господарства; 3 – працівник сфери обслуговування; 4 – державний службовець; 5 – працівник освіти; 6 – працівник охорони здоров'я; 7 – студент; 8 – пенсіонер; 9 – підприємець; 10 – колишній військовослужбовець; 11 – безробітний; 12 – домогосподарка. Нумерація по вертикалі: 1 – шкала «Комунікабельність»; 2 – шкала «Рівень самооцінки»; 3 – шкала «Рівень самоконтролю»; 4 – шкала «Емоційна нестійкість»; 5 – шкала «Вразливість»

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Статистичні дані з інвалідності. Державна служба статистики України. URL: https://dostup.pravda.com.ua/request/statistichni_dani_z_invalidnosti. (дата звернення: 05.01.2020).
2. Raymond Corsini, Alan Auerbach "Concise Encyclopedia of Psychology", 2nd ed., 1996. 1876 p.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / сост., авт. вступит. ст. и библиогр. Т.М. Лифанова: авт. комент. М.А. Степанова. Москва : Просвещение, 1995. С. 71–77.
4. Психология инвалидности : хрестоматия / сост. О.В. Краснова. Москва : МПСИ; Воронеж : МОДЭК, 2011. 352 с. (Серия «Библиотека психолога»).
5. Ставицький О.О. Опитувальник комплексу гандикапу. *Проблеми та перспективи розвитку вищої школи та економіки в XXI сторіччі, присвяченої 90-річчю від дня народження С.Я. Дем'янчука* : зб. тез доп. міжнар. наук-практ. конф., м. Рівне, 22–23 жовт. 2015 р. Рівне, 2015. С. 113–116.

REFERENCES:

1. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Statystichni dani z invalidnosti (2019). [State Statistics Service of Ukraine. Disability statistics (2019)]. Retrieved from: https://dostup.pravda.com.ua/request/statistichni_dani_z_invalidnosti. (data zvernennia: 05.01.2020).
2. Raymond Corsini and Alan Auerbach (1996). *Concise Encyclopedia of Psychology*. 1876 p.
3. Vygotskiy L.S. (1995). Problemy defektologii [Problems of defectology] / sost., avt. vstupil. st. i bibliogr. T.M. Lifanova: avt. koment. M.A. Stepanova. Moskva: Prosveshcheniye. S. 71–77 [in Russian].
4. Psihologiya invalidnosti : hrestomatiya (2011). [*Psychology of disability: a textbook*] / sost. O.V. Krasnova. Moskva : MPSU; Voronezh: MODEC, 352 p. (Seriya "Biblioteka psihologa").
5. Stavitskiy O.O. (2015). Opytvalnyk kompleksu handykapu. [Handicap Complex Questionnaire]. *Problemy ta perspektyvy rozvytku vyshchoi shkoly ta ekonomiky v XXI storichchi, prysviachenoї 90-richchiiu vid dnia narodzhennia S.Ia. Demianchuka* : zb. tez dop. mizhnar. nauk-prakt. konf., m. Rivne, 22–23 zhovt. 2015 r. Rivne. S. 113–116 [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції 17.01.2020.
The article was received 17 January 2020.