

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ,  
ПСИХОЛОГІЇ ТА БЕЗПЕКИ**

*Кафедра практичної психології*

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОГО СПРИЙНЯТТЯ ОСІБ З  
АМПУТАЦІЯМИ В СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

**кваліфікаційна робота**  
здобувача вищої освіти  
першого (бакалаврського)  
рівня вищої освіти  
заочної форми здобуття освіти  
спеціальності 053 «Психологія»  
**Анни ЯЦИШИН**

**Науковий керівник:**  
доцент кафедри практичної  
психології, доктор філософії в  
галузі психології  
**Наталія КАЛЬКА**

**Рецензент:**  
доцент кафедри загальної та  
соціальної психології,  
кандидат психологічних наук,  
доцент  
**Ольга УГРИН**

*Кваліфікаційна робота допущена до захисту*

\_\_\_\_\_ 2026 р., протокол № \_\_\_\_\_

завідувач кафедри практичної психології

кандидат психологічних наук, доцент

\_\_\_\_\_ **Галина ОДИНЦОВА**

**Львів-2026**

## АНОТАЦІЯ

### **Яцишин А. Психологічні особливості соціального сприймання осіб з ампутаціями в українському суспільстві**

У роботі здійснено комплексний аналіз психологічних особливостей соціального сприймання осіб з ампутаціями в сучасному українському суспільстві. Теоретично обґрунтовано та емпірично верифіковано авторську модель «перцептивної лійки», яка описує процес формування соціальної установки через послідовну систему біологічного, соціокультурного та комунікативно-поведінкового фільтрів.

Теоретичний аналіз виявив, що сприймання тілесності іншого детермінується внутрішньою схемою тіла суб'єкта, де нездатність прийняти власну вразливість трансформується в естетичну тривогу. Встановлено, що в українському контексті домінує героїчна модель сприймання, яка, попри позитивну конотацію, створює ризики ієрархізації травми та соціальної ізоляції.

Емпіричне дослідження підтвердило успішну нормалізацію образу «залізного тіла» на рівні біологічного фільтра, проте виявило стійку емоційну ніяковість досліджуваних. Соціокультурна ідентифікація об'єктів характеризується амбівалентністю: надання статусу «незламного героя» парадоксально поєднується з патерналістськими установками, що позбавляють особу соціальної суб'єктності. Найбільш критичним виявився комунікативно-поведінковий фільтр, де низький рівень перцептивно-інтерактивної компетентності респондентів, зокрема дефіцит навичок взаємопізнання, блокує перехід до рівноправного партнерства.

Зафіксовано «символічне прийняття», за якого висока декларативна повага в публічному просторі трансформується у виражену соціальну дистанцію в професійній та інтимно-особистісній сферах. Доведено, що подолання бар'єрів інклюзії потребує не лише візуальної нормалізації, а й цілеспрямованого підвищення комунікативної культури суспільства та деконструкції стереотипів щодо зниженої соціальної динаміки осіб з ампутаціями.

**Ключові слова:** соціальне сприймання, соціальна перцепція, особа з ампутацією, перцептивна лійка, естетична тривога, соціальна дистанція, перцептивно-інтерактивна компетентність.

## ABSTRACT

### **Yatsyshyn A. Psychological features of social perception of persons with amputees in Ukrainian society**

The research provides a comprehensive analysis of the psychological features of the social perception of amputees in modern Ukrainian society. The author's model of the "perceptual funnel" is theoretically substantiated and empirically verified, which describes the process of forming a social attitude through a consistent system of biological, socio-cultural and communicative-behavioral filters.

Theoretical analysis revealed that the perception of the corporeality of another is determined by the internal scheme of the subject's body, where the inability to accept one's own vulnerability is transformed into aesthetic anxiety. It was established that in the Ukrainian context the heroic model of perception dominates, which, despite the positive connotation, creates risks of hierarchization of trauma and social isolation.

Empirical research confirmed the successful normalization of the image of the "iron body" at the level of the biological filter, but revealed persistent emotional awkwardness of the research subjects. The sociocultural identification of objects is characterized by ambivalence: granting the status of an "indomitable hero" is paradoxically combined with paternalistic attitudes that deprive a person of social subjectivity. The most critical was the communicative-behavioral filter, where the low level of perceptual-interactive competence of respondents, in particular the deficit of mutual recognition skills, blocks the transition to an equal partnership.

"Symbolic acceptance" was recorded, in which high declarative respect in the public space is transformed into a pronounced social distance in the professional and intimate-personal spheres. It is proven that overcoming barriers to inclusion requires not only visual normalization, but also a purposeful increase in the communicative culture of society and the deconstruction of stereotypes regarding the reduced social dynamics of persons with amputees.

**Keywords:** social perception, social perception, amputee, perceptual funnel, biological filter, aesthetic anxiety, social distance, perceptual-interactive competence.

ЗМІСТ

<b>РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНЕ СПРИЙМАННЯ ОСІБ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ У СТРУКТУРІ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ</b>	<b>8</b>
1.1. Особливості, механізми та ефекти соціального сприймання особистості	8
1.2. Специфіка соціального сприймання осіб з ампутаціями	13
1.3. Теоретична модель соціального сприймання осіб з ампутаціями	19
Висновки до Розділу 1	22
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО СПРИЙМАННЯ ОСІБ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ</b>	<b>24</b>
2.1. Організація емпіричного дослідження: вибірка та психодіагностичні методики	24
2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження	26
2.2.1. Результати авторської анкети «Сприймання осіб з ампутаціями»	26
2.2.2. Результати методу семантичного диференціалу Ч. Осгуда	28
2.2.3. Результати методики визначення соціальної дистанції Е. Богардуса	32
2.2.4. Результати методики перцептивно-інтерактивної компетентності	33
2.3. Емпірична модель соціального сприймання осіб з ампутаціями	35
2.4. Основні шляхи підвищення рівня перцептивно-інтерактивної компетентності	36
Висновки до Розділу 2	40
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>42</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>45</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Проблематика соціального сприймання осіб з ампутаціями в українському суспільстві набуває безпрецедентної ваги через стрімке зростання кількості ветеранів та цивільних осіб із важкими фізичними травмами. Актуальність теми зумовлена необхідністю трансформації суспільної свідомості від моделі «жалю та благодійності» до моделі «рівності та інклюзії». У контексті тривалого воєнного конфлікту видимі ознаки інвалідизації стають маркером колективної травми, що потребує наукового осмислення механізмів їхнього сприйняття різними верствами населення.

Соціальне середовище часто виявляється не готовим до адекватної взаємодії, що проявляється у полярних реакціях: від надмірної героїзації до стигматизації або ігнорування. Соціальне сприймання безпосередньо корелює з якістю психологічної реабілітації особи, адже «негативний погляд» оточення може стати сильнішим бар'єром, ніж фізичне обмеження.

Існує нагальна потреба у вивченні когнітивних схем та упереджень, які керують поведінкою людей у публічному просторі при контакті з особами з ампутаціями.

Актуальним є також аналіз впливу медіадискурсу на формування образу «нової норми» у фізичному вигляді людини. Важливим аспектом є дослідження інклюзивної культури в трудових колективах, де упереджене сприймання часто стає перешкодою для професійної реалізації осіб із протезуванням. Дослідження дозволить ідентифікувати психологічні бар'єри, що заважають повноцінній соціальній інтеграції постраждалих.

Важливо розуміти, як змінюється соціальна дистанція в українському суспільстві залежно від контексту отримання травми (бойові дії чи цивільні обставини). Відсутність науково обґрунтованих стратегій дестигматизації може призвести до соціальної ізоляції значної частини активного населення. Сприйняття протезів як високотехнологічних засобів, а не як «дефектів», потребує окремого вивчення в межах соціальної психології. Дослідження також актуальне для розробки державних комунікаційних стратегій, спрямованих на зміцнення соціальної згуртованості.

В умовах формування нового соціального ландшафту, розуміння динаміки сприймання фізичних відмінностей є запорукою національної стійкості. З огляду на масштаб викликів, дане дослідження є своєчасним відгуком наукової спільноти на запит суспільства щодо справедливості та гідності. Таким чином, вивчення соціального сприймання є фундаментом для побудови безбар'єрного середовища, де фізична цілісність не визначає цінність особистості.

**Метою** роботи є теоретико-методологічне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей, чинників та структури сприймання осіб з ампутаціями в сучасному українському суспільстві, а також у визначенні психологічних умов трансформації суспільних упереджень задля сприяння успішній інклюзії та дестигматизації цієї категорії громадян.

**Об'єкт дослідження:** соціальне сприймання особистості.

**Предмет дослідження** є соціальне сприймання осіб з ампутаціями у сучасному українському суспільстві.

**Завдання дослідження:**

1. Описати особливості та механізми соціального сприймання особистості.
2. Охарактеризувати психологічні особливості та специфіку сприймання осіб з ампутаціями.
3. Створити теоретичну модель соціального сприймання осіб з ампутаціями та емпірично її довести.
4. Емпірично дослідити особливості соціального сприймання осіб з ампутаціями.

**Теоретико-методологічна основа дослідження** є сучасні дослідження психології соціального сприймання містять наукові праці Дудар О., Карпенко Н., І. Поповича, Паламарчук М.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукової літератури (узагальнення, абстрагування, дедукція, індукція) та емпіричні методи (психодіагностичні методики), анкетування та математичні методи обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у вивченні специфічних механізмів формування ставлень до осіб із ампутаціями як особливої соціальної категорії, розробці концептуальної моделі соціального сприймання та аналізі трансформації концепту «норми» у сучасному українському соціокультурному просторі.

**Практичне значення дослідження.** Результати дослідження можуть бути використані для розробки методичних рекомендацій для працівників соціальної сфери, медичних установ та центрів реабілітації щодо етики комунікації; створення тренінгових програм для HR-фахівців та роботодавців з метою подолання несвідомих упереджень при працевлаштуванні осіб із протезуванням; психологічної підготовки самих осіб із ампутаціями до можливих реакцій соціуму, що сприятиме їхній впевненій соціальній реінтеграції.

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

## **РОЗДІЛ 1.**

### **СОЦІАЛЬНЕ СПРИЙМАННЯ ОСІБ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ У СТРУКТУРІ МІЖСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ**

## 1.1. Особливості, механізми та ефекти соціального сприймання особистості

Соціальне сприймання (соціальна перцепція) у сучасній психологічній науці трактується як складний, багатогранний процес, що виходить далеко за межі простого візуального відображення фізичних характеристик об'єкта. Це активна інтелектуальна та емоційна діяльність суб'єкта, спрямована на конструювання соціальної реальності та побудову цілісного образу іншої людини.

Фундаментальні основи вивчення соціальної перцепції були закладені у 1947 р. американським психологом Дж. Брунером, який обґрунтував залежність сприйняття не лише від характеристик об'єкта, а й від внутрішніх чинників суб'єкта: його апперцепції (попереднього досвіду), ціннісних орієнтацій, когнітивних намірів та стратегічних цілей комунікативної взаємодії. У сучасній психології цей термін охоплює процеси сприймання широкого спектру соціальних об'єктів – від окремих особистостей до малих груп та великих соціальних спільнот [15].

У науковому дискурсі для деталізації процесу вживаються такі поняття як «сприймання особистості» та «міжособистісне сприймання». Соціальна перцепція виступає базисом інтерпретації зовнішності та експресивної поведінки іншого, що дозволяє оцінити внутрішній потенціал особистості. Цей процес безпосередньо детермінує характер міжособистісної взаємодії та продуктивність спільної діяльності.

Соціальна перцепція виконує важливу регулятивну функцію завдяки своєму перцептивно-діагностичному потенціалу. Вибір індивідом стратегії поведінки в конкретному ситуативному контексті базується на комплексному оцінюванні трьох детермінант:

1. Особистісних характеристик партнера по комунікації.
2. Рефлексивного сприйняття власного «Я».
3. Специфіки ситуаційного фону [22].

У вузькому значенні соціальна перцепція розглядається як міжособове сприйняття, що реалізується через співвіднесення екстернальних (зовнішніх) ознак людини з її інтернальними (особистісними) атрибутами, що дозволяє суб'єкту не лише пояснювати поточні дії партнера, а й прогнозувати його подальшу поведінку.

Перцептивний процес характеризується двосторонністю та взаємофункціональністю. Суб'єкт і об'єкт сприйняття перебувають у стані постійної взаємодії, де кожен інтерпретує та оцінює іншого. Слід зауважити, що об'єкт сприйняття ніколи не є пасивним: він вдається до активної самопрезентації, намагаючись сформувати у партнера бажаний образ [17].

Проте правильність таких оцінок не є константною. Ефективна взаємодія потребує розвитку здатності до емоційного резонансу (співчуття, емпатії, співрадість) та вибору адекватних модальностей впливу.

Процес осягнення внутрішнього світу іншого є складним психологічним завданням, що реалізується на двох рівнях:

1. Когнітивно-аналітичний: раціональне усвідомлення цілей, мотивів та установок діяльності партнера.
2. Інтерактивно-ціннісний (взаєморозуміння): вищий рівень, що передбачає прийняття установок іншого як значущих, здатність до взаємного врахування потреб і цінностей, що потребує зрілого життєвого досвіду та особливих налаштувань на продуктивну взаємодію [18].

За теорією О. П. Саннікової, через пізнання іншого людина поглиблює саморозуміння. Цей процес має ознаки психотехнічності: розвивається по спіралі від глибшої рефлексії власного «Я» до точного проникнення у внутрішній світ партнера. Відтак, адекватність оцінки іншого є передумовою для корекції власної стратегії поведінки [19].

На заваді об'єктивному сприйняттю може стояти егоцентризм (пізнавальний, моральний чи комунікативний), який обмежує здатність особистості бачити в іншому автономного суб'єкта.

Натомість, точність міжособистісної перцепції детермінується чотирма факторами: розвиненим самопізнанням, широким досвідом комунікації, доброзичливістю базової установки та адекватністю врахування ситуаційних особливостей.

У сучасній психологічній літературі підкреслюється, що соціальна перцепція є фундаментальним регулятором комунікативної взаємодії. Вона виконує перцептивно-діагностичну функцію, де інтерпретація зовнішності та поведінки партнера стає основою для вибору стратегії власної поведінки. Процес цей є двостороннім: суб'єкт сприймання та об'єкт сприйняття перебувають у стані постійної взаємної детермінації. Об'єкт сприймання не є пасивним; він вдається до самодемонстрації, намагаючись сформувати у суб'єкта певний (зазвичай позитивний) образ себе.

Структура соціального сприймання включає три взаємопов'язані площини:

1. Когнітивна складова полягає у формуванні логічних висновків та інтелектуальне оцінювання параметрів іншої людини (її рис, можливостей, інтелекту).
2. Афективна – виникнення емоційного відгуку, що варіюється від симпатії до антипатії, від емпатичного солідаризування до почуття жалю чи відчуження.
3. Поведінкова проявляється як готовність до конкретних дій – співпраці, допомоги, агресії або ігнорування [15].

Формування ставлення до особистості формується на основі базових механізмів перцепції.

Ключовим механізмом, що забезпечує швидкість та економність соціального сприймання є стереотипізація.

Соціальний стереотип визначається як схематизований, стійкий та емоційно забарвлений образ соціального об'єкта. Як зазначав У. Ліппман, стереотипи виступають як «узагальнені шаблони», що допомагають людині орієнтуватися в надмірному потоці соціальної інформації [30].

Сутність стереотипізації полягає у приписуванні характеристик індивіду на основі його віднесення до певної групи (етнічної, професійної, соціальної). Психологічним підґрунтям цього явища є генералізація – перенесення ознак, притаманних групі в цілому, на кожного її представника.

Функції соціальних стереотипів за Г. Теджфелом є селекція (фільтрація та обмеження маси соціальної інформації), створення позитивного «Я-образу» (ідентифікація зі своєю групою через підкреслення її позитивних якостей), групова ідеологія (виправдання та пояснення поведінки своєї групи стосовно інших), забезпечення соціальної солідарності (формування відчуття «Ми», що дає людині захищеність) [18].

Стереотипи часто функціонують за принципом поляризації («чорно-білого мислення»), де соціальні об'єкти наділяються або виключно позитивними, або різко негативними характеристиками. Це створює загрозу виникнення упередженості, коли реальні якості людини ігноруються на користь стійкого шаблону. Особливо небезпечним є «стереотип очікування», коли індивід, якого сприймають стереотипно, під тиском оточення починає мимоволі підтверджувати ці уявлення своєю поведінкою.

Поруч зі стереотипізацією, важливу роль відіграють більш глибокі механізми психологічного проникнення пізнання особистості іншого.

Ідентифікація розглядається як спосіб розуміння іншого через уподібнення себе йому. Це механізм міжособистісної регуляції, що дозволяє знайти спільне («Я такий, як він») і на цій основі побудувати кооперацію. Ідентифікація може йти шляхом приписування власних рис іншому або, навпаки, запозичення рис значущої особистості.

Соціальна рефлексія – це здатність індивіда усвідомлювати те, як він сприймається і оцінюється іншими. Вона визначає поведінку в присутності інших. Нерідко рефлексія стає джерелом помилок: людина проєктує на інших власні страхи та самооцінку, створюючи викривлений образ «дзеркального Я». Виділяють три рівні рефлексії: від пасивного ігнорування думок інших до

розвиненого здатності відтворювати логіку та переживання партнера протягом усього процесу спілкування.

Емпатія є механізмом розуміння емоційного стану іншої людини. Вона може бути проявлятися як безпосереднє реагування на почуття іншого (співпереживання)); інтелектуальне розуміння того, що відчуває інша людина, без глибокого емоційного залучення, а також може виражатися в активній допомозі та підтримці.

Процес сприймання часто супроводжується помилками, зумовленими дефіцитом інформації або специфікою роботи психіки. Один із таких механізмів – каузальна атрибуція (приписування причин поведінки). Люди схильні пояснювати вчинки інших або внутрішніми якостями особистості, або зовнішніми обставинами. Наприклад, негативне враження може призводити до гіперболізації недоліків, а позитивне – до їх ігнорування.

Також важливо виокремити атракцію як це процес формування привабливості іншої людини, результатом якого є стійке позитивне ставлення (симпатія, прихильність, дружба). Вона базується на емоційному компоненті та сприяє глибшому пізнанню партнера. Чим більше нам подобається людина, тим сильніше ми мотивовані зрозуміти справжні причини її поведінки.

Проте вона вимагає щирості; фальшива доброзичливість часто розпізнається на підсвідомому рівні та руйнує довіру, створюючи зворотний ефект – антипатію.

Загалом, у процесі соціальної перцепції зустрічаються ефекти викривлення сприймання, серед них основними :

- Ефект ореолу, який проявляється у перенесенні загального враження про людину на її конкретні якості (якщо людина приваблива, ми автоматично вважаємо її доброю чи розумною).
- Ефект новизни та первинності, де вирішальною є роль першої або останньої інформації у формуванні образу.
- Ефект фізичної привабливості виражається у схильності приписувати людям з естетично приємною зовнішністю соціально бажані риси [16].

Соціальне сприймання є багаторівневим процесом, що поєднує в собі як жорсткі, економні механізми (стереотипізація, атрибуція), так і гнучкі, глибокі інструменти розуміння (емпатія, рефлексія, ідентифікація). Адекватність цього процесу залежить від досвіду суб'єкта, його самопізнання та готовності долати стереотипні шаблони на користь об'єктивного аналізу особистості іншого.

## **1.2. Специфіка соціального сприймання осіб з ампутаціями**

В основі соціального сприймання осіб з ампутаціями лежить фундаментальний процес міжгрупової диференціації, описаний у теорії соціальної ідентичності Г. Тешфела. Згідно з цією концепцією, соціум схильний ділити світ на «ми-групу» (ін-групу) та «вони-групу» (аут-групу). У контексті тілесності цей поділ проходить за лінією «нормотипові/здорові» та «особи з інвалідністю» [31].

Така категоризація не є нейтральною; вона супроводжується ін-груповим фаворитизмом (наданням переваги своїм) та девальвацією характеристик аут-групи. Для людей з ампутаціями це виливається у феномен стигматизації, детально описаний І. Гоффманом.

Він визначав інвалідність як «дискредитуючий атрибут» – стигму, яка кардинально змінює ідентичність людини в очах оточуючих. З моменту фіксації ампутації спостерігачем, особистість людини «згортається» до її фізичної ознаки. Вся багатогранність індивіда (професіоналізм, батьківство, таланти) витісняється єдиним статусом – «каліка» або «людина з протезом», що стає основою для соціального виключення.

Наукові дослідження доводять: те, як людина сприймає особу з ампутацією, напряму залежить від її власного прийняття вразливості та смертності. Якщо у суб'єкта сприймання Образ тіла базується на жорстких стандартах досконалості, зустріч з ампутацією руйнує його ілюзію безпеки. Виникає так звана «естетична тривога». Людина, яка не приймає вразливість

власного тіла, бачить в особі з ампутацією «дзеркало» власних страхів, що автоматично вмикає захисні механізми відторгнення та ворожості [29].

Традиційно в пострадянському просторі домінувала медична модель, де ампутація розглядається виключно як «дефект» або «фізична вада». У межах цієї парадигми фокус уваги зміщений на дефіцитарність: соціум бачить те, чого людині бракує, а не на її можливостях. Людина з ампутацією наділяється статусом «хворого», що детермінує очікування пасивності та залежності. Це породжує психологічну дистанцію жалю: оточуючі відчують полегшення («добре, що не я»), що зводить особистість до «клінічного випадку» та об'єкта медичного впливу, позбавляючи її суб'єктності. Психологічно це створює бар'єр відчуження, де індивід з ампутацією сприймається як об'єкт медичного впливу, а не як активний суб'єкт соціальних відносин.

На противагу медичному підходу, соціальна модель переносить акцент із фізичного стану людини на недосконалість суспільної організації. У цій моделі ампутація сприймається лише як одна з характеристик людської різноманітності, а обмеження життєдіяльності вважаються результатом бар'єрності середовища (відсутність пандусів, цифрова недоступність, соціальні упередження).

Сприймання людини базується на принципі рівноправності та поваги до людської гідності, де протез розглядається як інструмент адаптації, аналогічний до окулярів чи смартфона. Такий підхід вимагає від суспільства не жалості, а забезпечення рівних можливостей для праці, освіти та дозвілля. Впровадження соціальної моделі у свідомість українців є ключовим етапом демократизації, оскільки воно трансформує роль людини з ампутацією з «отримувача допомоги» на «активного громадянина» [25].

Сучасний український контекст доповнює цю класичну дихотомію унікальним феноменом – героїчною моделлю сприймання, яка стосується переважно військовослужбовців. Ампутація в цьому дискурсі перестає бути ознакою вразливості та перетворюється на візуальний доказ мужності, відданості та жертвності заради суспільного блага. Суспільство сприймає

протез як «орден», що викликає повагу, гордість та бажання віддячити. Однак, науковці застерігають, що героїзація може мати зворотний бік: вона створює дистанцію «п'єдесталу», яка заважає бачити реальні людські потреби ветерана. Це ставить цивільних осіб з ампутаціями в нерівне становище, оскільки їхня травма не має такого «героїчного ореолу», що може призводити до внутрішньогрупової ієрархізації травми у суспільній свідомості [21].

Згідно з класичними підходами соціальне сприймання функціонує як єдність трьох складників, кожен з яких відіграє критичну роль у ставленні до осіб з ампутаціями:

- Когнітивний компонент (перцепція як пізнання) відповідає за збір та систематизацію інформації. При зустрічі з особою, яка має ампутацію кінцівки, когнітивна система спостерігача стикається з візуальним стимулом, що порушує звичну "схему тіла". Спрацьовує механізм порівняння з еталоном (ідеалізованим образом тіла). На цьому етапі часто виникає ефект "фізичної вади", коли одна помітна ознака (відсутність кінцівки) стає домінуючою характеристикою особистості, затьмарюючи професійні, інтелектуальні чи моральні якості людини.
- Афективний компонент (Емоційне оцінювання). Формування образу іншої людини неможливе без виникнення емоційного відгуку. У випадку сприймання осіб з ампутацією, афективний спектр може бути надзвичайно широким: від щирої емпатії та поваги до ірраціонального страху, жалю або антипатії. Важливо зазначити, що жаль (pity) у психології сприймання часто трактується як негативна емоція, оскільки вона закріплює нерівність статусів: спостерігач почувається "здоровим і сильним", тоді як об'єкт сприймання – "слабким і потерпілим".
- Поведінковий компонент (Конативна готовність). Когнітивні висновки та емоційні реакції трансформуються у готовність до інклюзивної взаємодії, надання допомоги, або, навпаки, до соціального дистанціювання та уникнення контакту. Саме на цьому рівні проявляються мікроагресії або

патерналістські наміри (бажання зробити щось за людину без її згоди) [17].

При зустрічі з особою з ампутацією у цивільних часто виникає когнітивний дисонанс. Конфлікт між вихованою нормою «бути ввічливим/допомогти» та страхом «образити/порушити кордони» призводить до «паралічу комунікації». Наслідком є тактика ігнорування або надмірної опіки. Обидва варіанти деформують соціальну перцепцію, перетворюючи живу бесіду на напружену взаємодію, де кожне слово проходить цензуру страху, що зчитується особами з ампутаціями як холодність або зверхність.

Трапляється, що візуальний образ ампутації активує підсвідому ідентифікацію з жертвою. Спостерігач миттєво «приміряє» втрату на себе, що викликає інтенсивну тривогу через усвідомлення крихкості буття.

Психіка вмикає механізм відторгнення: людина прагне відсторонитися від об'єкта, що викликає дискомфорт. Це проявляється у «символічному униканні» (відведення погляду). Таке сприймання є егоцентричним, оскільки спостерігач зосереджений не на іншому, а на врятуванні власного емоційного спокою.

Часто у сприйманні осіб з ампутаціями можуть виникати різноманітні бар'єри, серед яких бар'єр візуальної домінантності. Він виникає як первинна когнітивна реакція спостерігача на фізичну відмінність, що порушує звичну схему тіла. У процесі соціальної перцепції відсутність кінцівки або наявність протеза стає так званою «центральною рисою», яка автоматично ієрархізує всі інші якості особистості на другий план.

Спостерігач підсвідомо вибудовує образ людини навколо її травми, ігноруючи її професійні компетенції, інтелектуальний рівень або риси характеру і відповідно це супроводжується звуженням сприйняття особистості до одного-єдиного фізичного атрибута. Таке сприйняття заважає встановленню повноцінного суб'єкт-суб'єктного контакту, оскільки взаємодія починається не з людиною, а з її «дефектом».

В українському суспільстві цей бар'єр часто проявляється у надмірній фіксації погляду або, навпаки, у демонстративному відведенні очей, що однаково маркує людину як «іншу». Це вказує на порушення перцептивної рівноваги, де фізичний маркер стає фільтром, крізь який просівається вся подальша інформація про індивіда. Подолання цього бар'єру вимагає від суспільства свідомого зусилля щодо децентрації уваги та переходу до багатовимірного сприйняття людини.

Естетична тривога є також глибоким психологічним бар'єром, коріння якого сягає підсвідомого страху перед біологічною вразливістю людського тіла. При зустрічі з особою, яка має ампутацію, спостерігач часто відчуває миттєвий дискомфорт, зумовлений порушенням культурного канону «цілісності» та «краси»ю. Такий стан часто супроводжується «екзистенційною тривогою» – підсвідомим нагадуванням про крихкість власного життя та можливість отримання подібного каліцтва.

На рівні колективного несвідомого пошкоджене тіло може асоціюватися з хворобою або смертю, що викликає захисну реакцію у вигляді відторгнення або дистанціювання. Суспільні стандарти, нав'язані мас-медіа, лише підсилюють цей бар'єр, маркуючи будь-які фізичні відхилення як щось «ненормальне» або «трагічне».

В Україні, де велика кількість людей отримала ампутації внаслідок бойових дій, цей бар'єр стикається з когнітивним дисонансом: страх перед травмою бореться з почуттям вдячності до захисника.

Робота з цим бар'єром передбачає нормалізацію вигляду протезів як функціональних пристроїв, що не позбавляють людину естетичної привабливості.

Варто не оминати увагою бар'єр гіперопіки та патерналізму, який ґрунтується на застарілій «медичній моделі» інвалідності, де людина апріорі вважається немічною або неповноцінною.

Соціальне сприймання в цьому випадку викривлюється через призму «жалю», який, попри позитивну забарвленість, має руйнівний характер для особистості з ампутацією.

Спостерігач підсвідомо позбавляє людину суб'єктності, вважаючи, що вона не здатна самостійно приймати рішення або виконувати повсякденні завдання. Відповідно це проявляється у нав'язливій допомозі, яка не була запитана, або у спрощенні комунікації, ніби спілкування відбувається з дитиною.

Гіперопіка є формою «м'якої дискримінації», оскільки вона підкреслює нерівність статусів і транслює ідею безпорадності.

В українському контексті цей бар'єр часто заважає ветеранам повертатися до активної професійної діяльності, оскільки роботодавці сприймають їх як «обтяжливий елемент». Психологічно цей бар'єр захищає спостерігача від почуття провини, даючи йому змогу відчувати власну вищість через акт «благодійності». Справжня інклюзія можлива лише за умови відмови від патерналізму на користь партнерства та визнання автономії людини з протезом.

Специфічним бар'єром для сучасного українського суспільства є феномен «героїчного сприймання», який створює ідеалізований, але однобокий образ особи з ампутацією.

Суспільство схильне наділяти ветеранів з протезами виключно якостями надлюдської сили, незламності та постійного оптимізму. Це створює високий поріг очікувань, якому людині з травмою буває важко відповідати в реальному житті, особливо в періоди депресії чи реабілітації.

Коли реальна людина не відповідає медійному образу «кіборга-героя», виникає розчарування або нерозуміння з боку соціуму. Такий підхід позбавляє особу з ампутацією права на слабкість, біль або психологічні труднощі, заганняючи її в рамки соціальної ролі «символу мужності».

Бар'єр героїзації небезпечний тим, що він маскує реальні потреби людини за пафосними гаслами та нагородами. Спостерігач у такому разі

бачить не живу людину з її індивідуальними проблемами, а ідеологічний конструкт, що слугує для підтримки морального духу суспільства. В результаті людина з ампутацією відчуває ізоляцію, оскільки її справжні почуття залишаються невидимими за фасадом соціально схваленого героїзму.

.

### 1.3. Теоретична модель соціального сприймання осіб з ампутаціями

Створена нами авторська теоретична модель базується на взаємодії трьох фільтрів, крізь які проходить образ людини з ампутацією у свідомості українця сьогодні.

Для візуалізації зобразили це як лійку, яка є системою фільтрів і містить такі компоненти (Рис. 1.1.):

- Вхідний сигнал - візуальний контакт з особою, що має ампутацію.
- Фільтр 1 (Біологічний) – реакція на фізичну інакшість (долання страху).
- Фільтр 2 (Соціокультурний) – надання статусу (Герой / Жертва).
- Фільтр 3 (Комунікативно-поведінковий) Вибір моделі спілкування та поведінки (Допомога / Рівність).
- Вихід: Сформована соціальна установка.

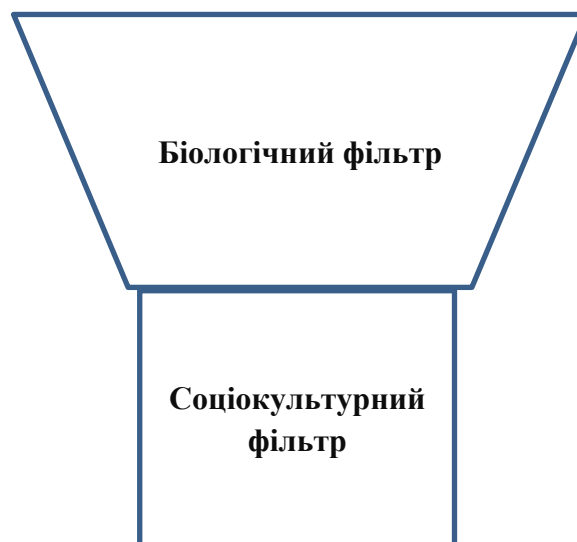




Рис.1.1. авторська теоретична модель « Перцептивна лійка»

Первинний фільтр візуально-естетичної відповідності характеризується тим, що на ньому спрацьовують архаїчні механізми, а саме естетична тривога. Психіка миттєво фіксує «порушення цілісності» тіла. Раніше цей фільтр викликав лише відторгнення. Зараз в Україні відбувається «нормалізація залізного тіла». Протез перестає сприйматися як «чужорідний об'єкт» і стає ознакою приналежності до сучасної української реальності. Виникає феномен «естетики сили», де функціональний протез сприймається як символ технологічної переваги та волі.

У цій моделі цей рівень стає менш травматичним. Завдяки масовій присутності ветеранів у публічному просторі, мозок українця швидше проходить етап «шоку» та переходить до аналізу. Протез починає сприйматися не як «чуже», а як «частина нового ландшафту».

Вторинний фільтр соціальної ідентифікації та атрибуції акцентує психіку на відповіді на запитання: «Хто це і чому це сталося?»

В Україні сформувалася чітка дихотомія сприйняття: ветеран з ампутацією: атрибуція «жертвність/героїзм» і сприймається виключно як вдячність. Ампутація – це «ціна моєї свободи» і цивільний з ампутацією: атрибуція «випадковість/трагедія» супроводжується переживанням співчуття та жалю.

Виникає бар'єр «ієрархії травми», де суспільство може несвідомо віддавати пріоритет у повазі та підтримці лише військовим, залишаючи цивільних поза увагою.

Третій фільтр сфокусований на визначенні особливостей поведінки та спілкування з особою з ампутацією. Тут може виникати когнітивний дисонанс та емпатія.

В українському суспільстві зараз панує «етична напруга». Люди хочуть бути інклюзивними, але бояться «помилки контакту» (запитати зайве або проігнорувати).

Модель демонструє перехід від «символічного жалю» (відсторонення) до «функціональної солідарності» (сприйняття людини як активного партнера).

Навіть якщо попередні рівні пройдені успішно, низька компетентність може все зіпсувати. Наприклад, людина поважає ветерана (Рівень 2), але через брак навичок спілкування починає проявляти гіперопіку, що викликає конфлікт.

## Висновки до Розділу 1

Соціальна перцепція постає як складний багатоплановий процес, що детермінується не лише фізичними властивостями об'єкта, а й глибинними когнітивно-емоційними структурами суб'єкта сприймання.

Двосторонній характер соціального сприймання передбачає активну суб'єктну позицію обох учасників, де об'єкт сприйняття використовує механізми самопрезентації для корекції враження про себе. Структурна організація перцептивного процесу охоплює когнітивну, афективну та поведінкову площини, що забезпечує цілісність та багатовимірність сформованого ставлення до особистості.

Глибоке розуміння іншого як автономного суб'єкта досягається через складні механізми емпатії, ідентифікації та соціальної рефлексії, що вимагає високого рівня психологічної зрілості. Точність міжособистісного пізнання прямо залежить від здатності суб'єкта до самопізнання та подолання егоцентричних бар'єрів, які обмежують адекватність інтерпретації внутрішнього світу партнера. Загалом, соціальна перцепція функціонує як динамічна система, що постійно трансформується під впливом ситуаційного контексту та інтерактивної динаміки спілкування.

Специфіка сприйняття тілесності іншого прямо залежить від внутрішнього образу тіла суб'єкта сприймання, де нездатність прийняти власну вразливість трансформується в естетичну тривогу та дистанціювання. Панування медичної моделі в суспільній свідомості закріплює за особою з ампутацією роль пасивного об'єкта допомоги, що створює бар'єр відчуження та дефіцитарного бачення можливостей індивіда. Натомість соціальна модель пропонує перехід до розуміння ампутації як елемента людської різноманітності, де основна увага приділяється інклюзивності середовища та рівноправності суб'єктів. Сучасний український контекст виокремлює героїчну модель сприймання військовослужбовців, яка, попри позитивне забарвлення, створює ризики ієрархізації травми та соціальної ізоляції через надмірні очікування від ветерана.

Запропонована авторська модель соціальної перцепції осіб з ампутаціями реалізується через систему послідовних фільтрів, що функціонують за принципом «перцептивної лійки». Первинний біологічний фільтр відображає архаїчну реакцію на порушення тілесної цілісності, яка у сучасному українському суспільстві поступово трансформується у нормалізацію протеза як елемента «естетики сили». Соціокультурний фільтр забезпечує вторинну ідентифікацію об'єкта, здійснюючи атрибуцію статусу «героя» або «жертви» залежно від обставин отримання травми. Комунікативно-поведінковий фільтр є фінальним етапом моделі, де на основі попередніх оцінок формується конкретна стратегія взаємодії – від гіперопіки до повноцінного партнерства.

Динаміка проходження крізь ці фільтри демонструє поступове зниження рівня екзистенційного шоку завдяки масовій присутності осіб з протезами у публічному просторі. Процес «нормалізації залізного тіла» сприяє тому, що протез перестає сприйматися як чужорідний елемент і починає маркуватися як символ волі та технологічної адаптивності. Водночас модель виявляє ризики «етичної напруги», коли високий рівень поваги до особистості вступає у конфлікт із низькою комунікативною компетентністю спостерігача. Вихідним результатом роботи даної моделі є сформована соціальна установка, яка може варіюватися від символічного жалю до активної інклюзивної солідарності.

## **РОЗДІЛ 2.**

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО СПРИЙМАННЯ ОСІБ ІЗ АМПУТАЦІЯМИ

### 2.1. Організація емпіричного дослідження: вибірка та психодіагностичні методики

У проведенні емпіричного дослідження взяло участь 60 осіб віком від 20 до 50 років, серед досліджуваних 40 жінок та 20 чоловіків. Також у нашій вибірці було 15 військових, 7 з яких із ампутаціями. Дослідження проводилося у січні 2026 з використанням Google-форми.

Для дослідження було взято наступні методики:

- авторська анкета на особливості сприймання осіб з ампутаціями;
- шкала соціальної дистанції Е. Богардуса;
- Семантичний диференціал Ч. Осгуда;
- Методика на визначення перцептивно-інтерактивної компетентності.

Анкета спрямована на виявлення установок (когнітивних та емоційних) у про цесі соціального сприймання осіб з ампутаціями (Додаток 1).

Завдання для досліджуваних оцінити твердження за шкалою від 1 (зовсім не згоден) до 5 (повністю згоден). Завдяки цій анкеті ми мали змогу визначити:

- емоційну реакцію на осіб з ампутацією;
- стереотипність сприймання
- оцінка інклюзивності;
- поведінковий аспект;
- інформаційну обізнаність;
- проєкцію майбутнього.

Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса демонструє ставлення до певної групи. У спеціальному бланку шкали соціальної дистанції оцінюється ставлення до осіб з ампутацією. Цей бланк нами адаптовано під цю категорію осіб (Додаток 2).

Також нами було адаптовано шкали методики Семантичний диференціал Ч. Осгуда (Додаток 2) за допомогою цього методу ми виміряли наступні

характеристики в таких групах: оцінка (ставлення та прийняття), сила (вольові якості), активність (соціальна динаміка)

Методика «Діагностика перцептивно-інтерактивної компетентності» спрямована на оцінювання особистісної готовності до міжособистісної взаємодії та рівня сформованості інтегративних критеріїв інтерактивної компетентності у малих групах (як стабільних, так і тимчасових). Методика дозволяє визначити, наскільки ефективно особистість сприймає партнерів по спілкуванню та наскільки конструктивно будує взаємодію з ними.

Про ступінь вираженості шкал свідчать наступні показники:

- 20 балів і більше – висока вираженість;
- 11-19 балів – середня вираженість;
- 10 і менше – низька вираженість.

Структура методики включає шість основних шкал:

1. Взаємопізнання – визначає ступінь адекватності та об'єктивності оцінювання особистісних якостей, рис характеру та станів партнерів по взаємодії.

2. Взаєморозуміння – відображає рівень конфліктності індивіда, наявність спільних інтересів із групою, а також здатність приймати точку зору опонента та виявляти емпатію.

3. Взаємовплив – характеризує чутливість особистості до думок і вчинків інших членів групи, здатність до саморефлексії, самокорекції та інтеграції групового досвіду у власну поведінку.

4. Соціальна автономність – визначає рівень незалежності та стійкості особистої позиції під час організації спільної діяльності, здатність зберігати власну думку в умовах групового тиску.

5. Соціальна адаптивність – вказує на благополуччя міжособистісних стосунків, задоволеність індивіда своїм статусом у колективі, рівень комунікабельності та гнучкість поведінки у різних соціальних ситуаціях.

6. Соціальна активність – відображає загальну спрямованість особистості на соціальну взаємодію, провідні мотиви співпраці та готовність до ефективної спільної діяльності задля досягнення групових цілей.

Оцінювання здійснюється за кожною шкалою окремо (низький, середній або високий рівень вираженості показника), а також за загальним сумарним показником, який визначає інтегральний рівень комунікативної інтерактивності особистості.

## 2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження

### 2.2.1. Результати авторської анкети «Сприймання осіб з ампутаціями»

Аналіз середніх показників за основними детермінантами соціальної перцепції виявив низку закономірностей, що відображають стан сучасної української суспільної свідомості. Відповіді досліджуваних на запитання анкети дають можливість робити наступні висновки (Рис.2.1.)



Рис.2.1. Результати анкетування

Показник емоційної реакції ( $M=3,2$ ) свідчить про помірний, але стійкий рівень ніяковості та дискомфорту при зустрічі з особою, що має ампутацію. Спостерігачі відчувають внутрішню напругу через порушення цілісності схеми тіла іншого, що підсвідомо проектується на власну вразливість. Такі показники вказують на те, що суспільство все ще перебуває на етапі адаптації,

де візуальний маркер ампутації викликає стан когнітивного дисонансу та страх «неправильної поведінки».

Рівень стереотипності ( $M=3,1$ ) підкреслює той факт, що досліджувані схильні наділяти осіб з ампутаціями статусом тих, хто потребує опіки, навіть за умови використання високотехнологічних протезів.. Такий середній бал вказує на підсвідоме позбавлення об'єкта сприйняття повної суб'єктності та автономії.

Середній бал інклюзивності ( $M=2,2$  бала) вказує на реальний стан прийняття в суспільстві. Досліджувані своїми відповідями декларують, що повага часто підміняється або ігноруванням, або зайвою жалістю. Вони критично оцінюють готовність середовища до істинного прийняття, що вказує на розрив між ідеологічними гаслами та реальною повсякденною взаємодією.

Високий показник ( $M=3,5$ ) поведінкових реакцій стосовно осіб з ампутаціями підкреслює бажання надавати допомогу, оскільки є механізмом зняття власної тривоги спостерігача. Прагнення «зробити щось за людину» маркує її як слабшу, що поглиблює дистанцію між «здоровим» суб'єктом та «обмеженим» об'єктом, перетворюючи взаємодію на ієрархічну, а не партнерську.

Високий бал інформаційної обізнаності ( $M=3,9$ ) свідчить про наявність достатньої кількості інформації про етику комунікації з такими особами, проте це інколи може навіть супроводжуватися інформаційним перевантаженням і нездатність правильно обирати та використовувати цю інформацію.

Показник  $M=3,9$  у питанні проєкції майбутнього є найбільш тривожним. Він свідчить про те, що ампутація досі сприймається як «дискредитуєчий атрибут», який є суттєвою перешкодою для самореалізації. Соціум вважає, що фізична втрата кінцівки автоматично знижує соціальну конкурентоспроможність людини, що є прямим доказом бар'єру «візуальної домінантності», коли фізичний стан затьмарює інтелектуальний та професійний потенціал особистості.

Отримані дані підтверджують факт, що суспільство на етапі «звикання до вигляду», але «застрягає» на рівні соціальної ідентифікації та поведінки. Високі бали за проєкцію майбутнього та потребу в опіці на фоні низької оцінки інклюзивності свідчать про те, що в Україні домінує дискримінація через жаль, яка є не менш шкідливою за відкрите неприйняття.

### 2.2.2. Результати методу семантичного диференціалу Ч. Осгуда

З метою конкретизації сприймання таких осіб нами було використано метод семантичного диференціалу Ч. Осгуда для оцінки сприймання осіб з ампутаціями та отримано наступні показники.

Нами надано профіль ставлення респондентів до об'єкта сприймання (особи з ампутацією) через оцінку їх характеристики іншими, що об'єднувалися у блоки.

Характерною особливістю цього профілю є його зосередженість у позитивній зоні шкали (від 0 до +1), що в психології соціальної перцепції інтерпретується наступним чином (Таблиця 2.1.)

Таблиця 2.1.

Показники за блоком «Ставлення та прийняття»

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Відштовхуючий -Привабливий				*			
Злий -Добрий					*		
Неприємний -Приємний -					*		
Брудний -Чистий					*		
Принизливий - Гідний				*			

Показники за вищевказаними шкалами свідчать про загальну позитивну установку. Досліджувані підсвідомо уникають негативних оцінок, що може бути проявом «соціальної коректності» в умовах війни.

Зазвичай у даній вибірці наявність ампутації сприймається як естетично нейтральний або «незвичний» фактор, який суб'єкт намагається оцінювати раціонально, стримуючи первинну емоційну реакцію ніяковості.

Доволі висока оцінка за параметром «Гідний» та «Добрий» вказує на те, що в українському суспільстві образ людини з ампутацією наділяється високим моральним статусом. Це результат трансформації суспільної свідомості, де травма більше не сприймається як «ганьба», а навпаки – як ознака гідності.

Такий профіль вказує на те, що у свідомості досліджуваних образ людини з ампутацією є цілісним і стабільно позитивним на рівні емоційного прийняття.

Аналіз вольового компонента соціальної перцепції виявив виразну тенденцію до наділення осіб з ампутаціями високим рівнем внутрішньої стійкості. Профіль за цим фактором зміщений у бік позитивних значень (+1 та +2), що дозволяє зробити наступні висновки (Таблиця 2.2.):

Таблиця 2.1.

## Показники за блоком «Вольові якості»

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Слабкий - Сильний						*	
Залежний -Незалежний					*		
Невпевнений -Впевнений						*	
Крихкий -Незламний						*	
Безпорадний -Впливовий					*		

Аналіз результатів за блоком «Вольові якості» (фактор «Сили» за Ч. Осгудом) дозволяє експлікувати глибинні параметри суб'єктивної

модальності сприймання осіб з ампутаціями. Наданий профіль демонструє виразну позитивну асиметрію, де більшість показників концентрується в діапазоні від +1 до +2 балів.

Найвищий ступінь вираженості показників за шкалами «Слабкий – Сильний» та «Крихкий – Незламний», «Невпевнений-впевнений» свідчить про стійку соціальну установку на героїзацію образу людини з ампутацією. У свідомості досліджуваних фізична травма не асоціюється з вітальною слабкістю; навпаки, вона виступає індикатором стійкості. Це підтверджує дію механізму компенсаторної перцепції: візуальний дефіцит (втрата кінцівки) компенсується приписуванням об'єкту надлишкових вольових ресурсів.

Позитивні значення за шкалами «Залежний - незалежний» та «Невпевнений - впевнений» вказують на сприйняття такої особи як доволі автономної, проте дещо нижчий бал за шкалою незалежності порівняно з впевненістю відображає підсвідоме розуміння досліджуваними об'єктивних труднощів, з якими стикається людина у бар'єрному середовищі.

Показник за шкалою «Безпорадний-впливовий» демонструє нездатність особи суттєво впливати на соціальні процеси.

На основі цього блоку профілю можна стверджувати, що соціальне сприймання осіб з ампутаціями в Україні трансформувалося від «жалю до немічного» до «захоплення незламним». Однак цей процес має ознаки приписування таким особами позитивних характеристик, проте підсвідоме сприймання як соціально обмеженого у правах та можливостях впливу.

Можемо констатувати, що часом героїзація виступає форма «м'якої дистанції»: ми визнаємо людину «сильною», але залишаємо її в межах статусу об'єкта, який захоплює, а не рівноправного суб'єкта соціального впливу.

Таблиця 3.1.

Показники за блоком «Соціальна динаміка»

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Пасивний -Активний				*			

Повільний-Швидкий				*			
В'ялий-Енергійний					*		
Замкнутий-Відкритий					*		
Відчужений-Товариський					*		

Аналіз результатів за блоком «Соціальна динаміка» дає можливість відстежити демонструють тенденцію до центрування та помірного зміщення у бік негативних значень, що вказує на існування глибинних перцептивних бар'єрів.

Зокрема, показники за шкалами «Пасивний – Активний» та «Повільний – Швидкий» тяжіють до нейтральної позначки або від'ємних значень, що свідчить про підсвідоме сприйняття людини з ампутацією як менш динамічного суб'єкта.

Показники за шкалою «В'ялий – Енергійний» також коливаються навколо нульової точки, вказуючи на те, що досліджувані не бачать в об'єктах сприймання надлишкового вітального ресурсу, що різко контрастує з їхніми ж оцінками «незламності» у попередньому блоці вольових якостей. Особливої уваги заслуговують результати за параметрами «Замкнутий – Відкритий» та «Відчужений - Товариський», які демонструють наявність уявлень про соціальну закритість осіб з ампутаціями, що є проявом феномену «соціальної невидимості» та очікуваної ізоляції: суспільство підсвідомо приписує людям з травмою прагнення до самотності або дистанціювання.

Таким чином, у сукупності показники соціальної динаміки виявляють найбільш критичну точку перцепції: якщо на рівні цінностей людину з ампутацією вважають «доброю», а на рівні волі - «сильною», то на рівні реальної соціальної активності її сприймають як сповільнену та потенційно замкнуту.

### 2.2.3.Результата методики на визначення соціальної дистанції Е. Богардуса

За результатами методики на визначення соціальної дистанції отримано наступні показники (Рис.2.2.)



Рис 2.2. Коефіцієнти соціальної дистанції

Аналіз отриманих коефіцієнтів соціальної дистанції дозволяє експлікувати реальну поведінкову готовність до інтеграції осіб з ампутаціями в різні сфери життєдіяльності. Найвищий рівень прийняття зафіксовано на рівні формального сусідства («Житель мікрорайону» –  $k=0,92$ ), що свідчить про високу толерантність суспільства у публічному просторі та визнання права осіб з ампутаціями на повноцінну присутність у міському середовищі.

Показники професійної та соціальної близькості, зокрема на позиціях «Сусід» ( $k=0,42$ ) та «Друг» ( $k=0,33$ ), вказують на помірну дистанцію, де виникає певний психологічний бар'єр при переході від пасивного спостереження до активної міжособистісної взаємодії.

Особливо показовими є низькі коефіцієнти за шкалами «Колега по роботі» ( $k=0,23$ ) та «Керівник» ( $k=0,25$ ), що відображає існуючі стереотипи щодо зниженої працездатності та обмеженої соціальної суб'єктності осіб з ампутаціями у професійній сфері. Найнижчий показник зафіксовано на рівні інтимно-особистісних стосунків («Чоловік / дружина» –  $k=0,11$ ), що є прямим

підтвердженням дії бар'єру естетичної тривоги та підсвідомої стигматизації фізичної інакшості.

Такі показники виявляють парадоксальну ситуацію: адже повага та героїзація, зафіксовані у попередніх методиках при зіткненні з реальною соціальною близькістю трансформуються у виражене прагнення зберегти дистанцію.

Можна робити висновок про «символічне прийняття», за якого суспільство готове бачити людину з ампутацією як частину соціуму, але виявляє значний опір при необхідності встановлення глибоких особистих або партнерських зв'язків.

#### 2.2.4. Результати методики перцептивно-інтерактивної компетентності

Нами було також визначено особливості перцептивно-інтерактивної компетентності досліджуваних, адже від їхнього рівня залежить сприймання осіб з ампутаціями. У результаті опрацювання результатів отримано такі показники (Рис.2.3.)



Рис.2.4. Показники перцептивно-комунікативної компетентності

Дослідження перцептивно-комунікативної компетентності виявило нерівномірність розвитку компонентів їхньої комунікативної сфери. Середні показники демонструють, що найбільш розвиненими є «Соціальна автономність» ( $M=14,2$ ) та «Взаємовплив» ( $M=14,1$ ). Досліджувані відчують себе незалежними суб'єктами, проте їхня висока схильність до впливу в поєднанні з низьким рівнем «Взаємопізнання» ( $M=9,3$ ) пояснює схильність до патерналізму. Люди намагаються «керувати» ситуацією взаємодії з особою з ампутацією (пропонуючи непрохану допомогу), не розуміючи при цьому реальних потреб та внутрішнього стану іншої людини.

Можемо робити висновок, що досліджуваним бракує навичок зчитування невербальних сигналів та емпатійного занурення, що перетворює зустріч із людиною з ампутацією на стресову ситуацію. Саме цей когнітивний дефіцит змушує людей тримати соціальну дистанцію, щоб уникнути потенційних помилок у спілкуванні.

Помірний рівень «Соціальної адаптивності» ( $M=11,3$ ) та «Взаєморозуміння» ( $M=12,2$ ) вказує на те, що досліджувані намагаються бути толерантними, але їхня гнучкість обмежена.

У ситуаціях невизначеності вони «вмикають» готові стереотипи та наділяють людину з ампутацією атрибутами «незламності» або «безпорадності» замість того, щоб адаптувати свою поведінку під конкретну особистість.

Доволі високі показники «Соціальної автономності» ( $M=14,2$ ) дозволяє їм зберігати власні кордони, проте низька «Соціальна активність» (11,5) у поєднанні з низьким взаємопізнання створює ефект «пасивної підтримки». Суспільство готове визнавати права людей з ампутаціями, але не має достатньої компетентності для ініціювання реальних, глибоких контактів.

### 2.3. Емпірична модель соціального сприймання осіб з ампутаціями

На основі проведеного дослідження можемо стверджувати, що авторська теоретична модель повністю підтвердилася емпіричними даними. Процес соціального сприймання осіб з ампутаціями в сучасному українському суспільстві розгортається як послідовне проходження крізь три рівні фільтрації.

Емпіричні дані підтверджують, що першій рівень перестав бути непереборним бар'єром. У семантичному диференціалі шкала «Відштовхуючий – Привабливий» наблизилася до нейтральної відмітки, що свідчить про успішну «нормалізацію залізного тіла».

Хоча емоційна ніяковість (3,2 бала) все ще присутня, вона вже не викликає тотального відторгнення. Психіка українця адаптувалася до візуального образу протеза, переходячи від шоку до аналізу. Протез перестав бути «чужорідним» і став «елементом нового ландшафту».

Соціокультурний фільтр виявився найбільш наповненим когнітивними суперечностями. Високі бали за фактором «Незламний» та «Гідний» підтверджують формування героїчної моделі осіб з ампутаціями.

Соціум успішно присвоює статус «Героя» військовим, проте виявлено прихований конфлікт. досліджувані бачать «титана духу», але продовжуємо сприймати людину як «об'єкт жалю» (зовнішня безпорадність), що створює ту саму «ієрархію травми», де повага до військового супроводжується підсвідомим дистанціюванням від його фізичної реальності.

Комунікативно-поведінковий фільтр пов'язаний із найбільшою кількістю суперечностей у сприйманні. Навіть якщо попередні фільтри пройдені успішно (людина сприймається як гідна та незламна), низька компетентність спостерігача блокує фінальну установку. Брак навичок спілкування перетворює «функціональну солідарність» на гіперопіку. Людина хоче бути інклюзивною, але через страх «помилки контакту» обирає або дистанцію або нав'язливу допомогу.

Можемо робити висновок про формування амбівалентної установки у досліджуваних, яка може бути сформульована наступним чином: «Я поважаю тебе як Героя (Рівень 2), мені вже не страшно дивитися на твій протез (Рівень 1), але я не знаю, як з тобою поводитися, тому волю тримати дистанцію або жаліти тебе (Рівень 3)».

Дана емпірична модель доводить, що для повної інклюзії недостатньо лише «поважати героїв». Основним вектором змін має стати третій фільтр – підвищення перцептивно-інтерактивної компетентності суспільства. Поки рівень «Взаємопізнання» залишатиметься низьким, соціальна дистанція не скоротиться, незважаючи на всю «естетику сили» протезів.

#### **2.4. Основні шляхи підвищення рівня перцептивно-інтерактивної компетентності**

Підвищення рівня перцептивно-комунікативної компетентності суспільства є фундаментальною умовою трансформації соціального середовища від моделі «символічного жалю» до моделі «функціональної солідарності».

Наукове обґрунтування цього процесу базується на необхідності деконструкції стигматизованих когнітивних схем та розвитку навичок емпатійного взаємопізнання у суб'єктів сприймання. Основним вектором змін має стати подолання «естетичної тривоги», що досягається шляхом розширення досвіду візуальної взаємодії та раціоналізації сприймання протеза як функціонального інструмента, а не знака інвалідності. Когнітивний компонент компетентності потребує насичення валідною інформацією про етику спілкування, що дозволяє нівелювати страх «помилки контакту» та знизити емоційну ніяковість.

Важливим аспектом є розвиток соціальної децентрації – здатності спостерігача відійти від власної егоцентричної позиції та припинити проєкувати особисті страхи вразливості на людину з ампутацією.

Психологічна корекція має бути спрямована на заміну ієрархічної установки «допомоги слабшому» на партнерську установку «рівноправної взаємодії», де суб'єктність іншого визнається безумовною.

Розвиток інтерактивних навичок передбачає навчання зчитуванню невербальних сигналів без надмірної фіксації на фізичній відмінності, що дозволяє підтримувати природний темпоритм комунікації.

Необхідно впроваджувати тренінгові програми, що фокусуються на підвищенні соціальної чутливості та здатності до рефлексії власних стереотипних реакцій.

Важливим елементом є робота з емоційним інтелектом, яка допомагає трансформувати деструктивний жаль у конструктивну емпатію та готовність до діалогу. Професійна підготовка фахівців у різних сферах має включати сценарії інклюзивної взаємодії, де ампутація не виступає домінантною характеристикою особистості.

Медіа-стратегії повинні відмовитися від надмірної героїзації, що створює «п'єдестальну дистанцію», на користь висвітлення повсякденної активності та професійної успішності осіб з ампутаціями.

Формування відкритої комунікативної позиції передбачає готовність суб'єкта до прямого запиту про потреби іншого замість прояву нав'язливої гіперопіки. Суспільство має усвідомити, що інклюзія – це не лише наявність пандусів, а насамперед якість міжособистісного контакту, вільного від патерналізму.

Підвищення перцептивної культури дозволяє бачити за фізичною травмою цілісну особистість із власними цілями, ресурсами та соціальним впливом. Тільки через розвиток глибокого взаєморозуміння та адаптивності поведінки можливо скоротити соціальну дистанцію, зафіксовану в інтимно-особистісній сфері.

Посилення соціальної активності суб'єктів сприймання має супроводжуватися відмовою від очікування «соціальної невидимості» осіб із травмами. Інтеграція асистивних технологій у масову культуру сприяє

дестигматизації фізичної інакшості та зміцнює біологічний фільтр сприймання.

Виховання інклюзивної компетентності має починатися з ранніх етапів соціалізації для формування природної толерантності до різноманіття тілесного досвіду.

Таким чином, комплексна модифікація перцептивно-комунікативної сфери суспільства створює умови для переходу від формальної присутності осіб з ампутаціями в соціумі до їхньої повної суб'єктної включеності в усі сфери життєдіяльності.

Орієнтовна програма тренінгу повинна включати в себе такі блоки:

Блок 1. Десенсибілізація та нормалізація візуального сприймання. Метою цього блоку є зниження ефекту «естетичної тривоги» та емоційної ніяковості при першому контакті. Робота фокусується на раціоналізації візуального образу протеза не як ознаки «порушення цілісності», а як технологічного розширення можливостей людини. Психологічні вправи спрямовані на вивільнення заблокованих емоцій (страху, шоку) та переведення їх у стан когнітивного спостереження, що дозволяє стабілізувати схему тіла спостерігача.

Блок 2. Деконструкція статусних ієрархій та стереотипів (Робота з Соціокультурним фільтром). Цей етап присвячений подоланню дихотомії «Герой-Жертва» та ієрархії травми. Учасники вчаться розпізнавати патерналістські установки та «дискримінацію через жаль», які часто приховуються за декларативною повагою. Шляхом рольових ігор аналізується, як надмірна героїзація створює дистанцію, що заважає сприймати людину з ампутацією як професіонала, сусіда чи партнера.

Блок 3. Розвиток емпатійного взаємопізнання та етики контакту (Робота з комунікативним фільтром). Центральний блок, спрямований на заповнення «когнітивного дефіциту» в етиці спілкування. Основна увага приділяється навичкам зчитування невербальних сигналів та мистецтву прямої комунікації: як правильно запитати про потребу в допомозі, не порушуючи особистих

кордонів. Вправи на розвиток емпатійного занурення допомагають учасникам відчутти різницю між нав'язливою гіперопікою та функціональною солідарністю.

Блок 4. Моделювання інклюзивної взаємодії та подолання соціальної дистанції. Фінальний блок спрямований на інтеграцію отриманих навичок у реальні сценарії життєдіяльності. Учасники відпрацьовують ситуації спільної діяльності (професійної, побутової, дозвіллевої), де ампутація перестає бути центральним фактором взаємодії. Це дозволяє подолати бар'єр «соціальної невидимості» та скоротити дистанцію, зафіксовану в інтимно-особистісній сфері, переводячи установку з формального прийняття на реальну суб'єктну включеність.

## **Висновки до Розділу 2**

За результатами аналізу відповідей анкети визначено, що візуальний маркер ампутації продовжує викликати помірну ніяковість та підсвідомий страх «неправильної поведінки». Високий рівень стереотипності підтверджує домінування патерналістських установок, через які досліджувані наділяють осіб з ампутаціями статусом тих, хто потребує постійної опіки. Низька оцінка інклюзивності свідчить про глибокий розрив між декларативними гаслами поваги та реальною готовністю середовища до рівноправної взаємодії. Поведінкові реакції спостерігачів часто спрямовані на зняття власної тривоги через гіперопіку.

Зазначимо, що людини з ампутацією сприймається представниками вибірки як високо моральна та незламна. Проте виявлено приховану установку на сприйняття таких осіб як соціально обмежених у своїх правах та можливостях. Найбільш критичною точкою перцепції є підсвідоме приписування такими особам ознак пасивності, повільності та відчуженості.

У свідомості досліджуваних формується образ «тихого героя», який володіє колосальною внутрішньою волею, але позбавлений зовнішньої енергії та соціальної суб'єктності.

За результатами дослідження зафіксовано на формальному рівні успішну візуальну нормалізацію таких осіб у публічному просторі. Проте при переході до професійної сфери соціальна дистантність різко зростає, відображаючи стереотипи щодо зниженої працездатності та обмеженої відповідальності осіб із травмами. Найнижчі показники готовності до інтимно-особистісних стосунків виступають прямим доказом збереження глибокої стигматизації фізичної інакшості на рівні приватного життя.

Виявлено дефіцит компонентів, необхідних для адекватної взаємодії з людьми, які мають видимі фізичні відмінності. Найнижчий рівень розвитку зафіксовано за шкалою взаємопізнання, що пояснює неспроможність респондентів зчитувати невербальні сигнали та емпатійно занурюватися у стан іншого. Низька інтерактивна компетентність перетворює зустріч із особою з ампутацією на стресогенну ситуацію, змушуючи суб'єкта використовувати ригідні стереотипи замість адаптивної поведінки.

Висока соціальна автономність спостерігачів у поєднанні з низьким рівнем взаєморозуміння провокує розвиток «пасивної підтримки», позбавленої реальної емоційної залученості. Отже, виявлені бар'єри інклюзії зумовлені не агресією суспільства, а недостатньою перцептивною культурою та комунікативною невпевненістю самих громадян.

Емпірична перевірка авторської моделі доводить, що соціальне сприймання розгортається як поетапне проходження крізь систему когнітивних та емоційних фільтрів.

Первинний біологічний фільтр успішно долається завдяки нормалізації образу «залізного тіла», проте візуальний контакт все ще супроводжується внутрішньою напругою та емоційною ніжковістю.

На етапі соціокультурної фільтрації відбувається статусне закріплення «ієрархії травми», де героїзація військових виступає формою символічного визнання, що парадоксально поєднується з патерналістським жалем.

Комунікативно-поведінковий фільтр виявляється найбільш проблемною зоною, де низька компетентність спостерігача блокує перехід від поваги до рівноправного партнерства. Фінальним виходом моделі стає амбівалентна установка: соціум визнає високу гідність та незламність особи з ампутацією, проте через страх «помилки контакту» та професійні стереотипи воліє зберігати дистанцію або заміщувати реальну взаємодію гіперопікою.

## **ВИСНОВКИ**

За результатами теоретико-емпіричного дослідження, соціальна перцепція осіб з ампутаціями в сучасному українському контексті постає як динамічна багатоланкова система, де глибинні когнітивно-емоційні структури суб'єкта детермінують характер міжособистісної взаємодії.

Стійкість негативних стереотипів зумовлена інерцією «медичної моделі», яка штучно звужує соціальну роль людини до її функціональних обмежень. Водночас інтеграція соціальної та героїчної моделей у єдину систему координат створює передумови для формування нового типу громадянської

відповідальності, заснованої на визнанні автономії та суб'єктності кожного індивіда.

Важливим теоретичним аспектом є також роль самопрезентації особи з ампутацією, яка виступає активним інструментом корекції перцептивного поля та руйнування стигматизованих очікувань оточення.

Таким чином, наукове розуміння перцепції тілесності вимагає відмови від лінійного оцінювання на користь багаторівневого аналізу, де взаємодія між суб'єктом та об'єктом розглядається як акт взаємного конструювання соціальної реальності.

Теоретично обґрунтована модель «перцептивної лійки» отримала повне емпіричне підтвердження, продемонструвавши послідовну трансформацію образу іншого від біологічного звикання до візуальної інакшості до складних процесів соціокультурної атрибуції статусу.

На первинному рівні біологічного фільтра зафіксовано успішний процес «нормалізації залізного тіла», де протез перестає бути фактором шоку, трансформуючись у символ технологічної адаптивності та «естетики сили».

Проте емпіричне дослідження виявило, що цей візуальний прогрес супроводжується стійкою емоційною ніяковістю та екзистенційною тривогою спостерігачів, викликаною підсвідомою проєкцією тілесної вразливості на власну ідентичність.

Соціокультурний рівень моделі висвітлює парадоксальну дихотомію: надання особі статусу «незламного героя» та визнання її високої моральної гідності парадоксально поєднується з патерналістськими установками медичної моделі, що маркують людину як пасивний об'єкт опіки.

Емпірична перевірка комунікативно-поведінкового фільтра виявила найбільш критичні бар'єри інклюзії, зумовлені гострим дефіцитом перцептивно-інтерактивної компетентності досліджуваних.

Низька здатність до соціальної рефлексії та керування взаємодією призводить до того, що декларативна повага трансформується у «пасивну

підтримку» або гіперопіку, яка ієрархізує стосунки замість розбудови рівноправного партнерства.

Зафіксована динаміка соціальної дистанції підтверджує існування «символічного прийняття»: успішна інтеграція в публічному просторі різко змінюється відчуженням у професійній та інтимно-особистісній сферах, що вказує на збереження «візуальної домінанти», за якої фізична травма затьмарює професійну спроможність та соціальну суб'єктність індивіда, наділяючи його ознаками пасивності й відчуженості.

Результатом роботи даної системи фільтрів стає амбівалентна соціальна установка, де визнання героїзму виступає формою «м'якої дистанції», що обмежує реальну включеність особи з ампутацією у соціальну структуру.

Для підвищення рівня перцептивно-інтерактивної компетентності запропонована програму тренінгу, яка б включала 4 блоки і дозволила нормалізувати сприймання осіб з ампутаціями.

Блоки тренінгової програми спрямовані на десенсибілізацію та нормалізацію візуального сприймання (Блок 1), деконструкцію статусних ієрархій та стереотипів (Блок 2), розвиток емпатійного взаємопізнання та етики контакту (Блок 3), моделювання інклюзивної взаємодії та подолання соціальної дистанції (Блок 4).

Таким чином, перехід до істинної соціальної моделі потребує не лише ідеологічних змін, а й цілеспрямованого подолання егоцентричних бар'єрів та підвищення комунікативної культури суспільства, що дозволить сприймати людину за межами її фізичних характеристик як автономного та повноцінного суб'єкта.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Арканова О. Ю. Психологія взаємин : наук. монографія. Київ : КММ, 2009. 120 с.
2. Ануфрієва Н.М., Зелінська Т.М., Єрмакова Н.О. Соціальна психологія: Навч.-метод. посібник. -К.: Каравела, 2009. -216
3. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навчальний посібник. К.: Центр навч. літератури, 2003. 137 с.
4. Гончарова А. М. Особливості формування першого враження про людину. *Психолого-педагогічні проблеми становлення сучасного*

- фахівця* : зб. наук. ст. : матеріали III міжнар. наук.-практ. конф., 7-8 черв. 2017 р. Харків, 2017. С. 13–17.
5. Гордієнко В. І., Коpecь Л. В. Сприйняття іншої людини як рішення комунікативної задачі. *Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота*. 2013. Т. 149. С. 43–49.
  6. Губа Н. О., Павлюк О. Г. Психологічний аналіз проблеми соціальної перцепції. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. Запоріжжя, 2015. № 1. С. 51–58.
  7. Дудар О. В. Вплив соціальних еталонів на міжособистісну перцепцію. *Молодий вчений*. 2017. № 5. С. 204–207.
  8. Москаленко В.В. Психологія соціального впливу: [навч. посібник] / К. : Центр учбової літератури, 2007. 448 с.
  9. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: Монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 328 с.
  10. Зорій Н. Особливості вивчення соціальної перцепції в соціальній психології. *Актуальні питання суспільних наук та історії медицини*. 2015. № 1. С. 43–46.
  11. Кайдалова Л.Г., Пляка Л.В. Психологія спілкування: навчальний посібник. Харків: НФаУ, 2011. 132 с.
  12. Карпенко Н. А. Механізми міжособистісного сприймання. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Серія психологічна : [зб. наук. пр.] / Львів. держ. ун-т внутр. справ ; [редкол.: М. Й. Варій та ін.]. Львів, 2011. Вип. 2. С. 15–28.
  13. Каряка І., Фартушна С., Каряка О. Гендерно-перцептивні відмінності як основа формування першого враження в соціальній взаємодії. *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка, психологія. Київ, 2018. №. 13. С. 134–139.
  14. Костюченко О. М. Психологічні основи соціальної перцепції майбутніх фахівців масових комунікацій : навч. посіб. Острого : Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2016. 188 с.

15. Муха О. Я. Структура та властивості естетичної перцепції. *Практична філософія*. 2013. № 4. С. 97–104.
16. Основи соціальної психології: Навчальний посібник. К.: Міленіум., 2008. 495с.
17. Основи соціальної психології : підручник для закладів вищої освіти; за ред. М. М. Слюсаревського. Київ : Талком, 2018. 580 с.
18. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Навчальний посібник. К.: Академвидав, 2005. 448 с.
19. Паламарчук М. Є. Досвід взаємодії з соціально стигматизованою групою як чинник зміни уявлень про її представників. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Київ, 2020. Т. VI : Психологія обдарованості, вип. 17. С. 277–289
20. Плетка О. Модель рольової перцепції у соціальній взаємодії. *Комунікативні технології врегулювання соціальних конфліктів* : матеріали круглого столу. Київ, 2019. С. 63–68.
21. Поцелуйко А. О. Соціальна перцепція: історико-філософські та загальнопсихологічні передумови дослідження. *Грані*. 2015. Т. 18, № 4. С. 54–61.
22. Трухін І. О. Соціальна психологія спілкування: Навчальний посібник. К.: Центр навч. літератури, 2005. 335 с.
23. Шепеленко Т. Л. Теоретичні засади проблеми перцептивних здібностей як детермінанти професійно-комунікативної діяльності. *Обрії*. 2016. № 2. С. 104–107.
24. Abdulrazaq A. S., Shlash A. M. J., Hrefish Z. A., Mohammed M. A., Obaid A. F., Abdurazol Z. A. Body image and its association with self-esteem among amputation cases at prosthetics center in Hilla City, Iraq. *Iranian Rehabilitation*, 2022. Journal, 20(2), 237 p.
25. Ahmed F., Lyu A., Xu, N., Ksebe W., Ksaibe Y., Kadoun R. The relationships between body image, self-esteem and quality of life in adults with trauma-

- related limb loss sustained in the Syrian war. *Journal of Vascular Nursing*, 2024. 42(3), P.191-199. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2024.05.005>
26. Atherton R., Robertson N. Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 2006, 28(19), 1201–1209. <https://doi.org/10.1080/09638280600551674>
  27. Desrochers J., Frengopoulos C., Payne M. W., Viana R., Hunter S. Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation for lower-limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2022. <https://doi.org/10.1097/mrr.0000000000000329>
  28. Finne J. N., Svartdal F. Social Perception Training: Improving social competence by reducing cognitive distortions, *International Journal of Emotional Education*. Special Issue Volume 9, Number 2, 2017., pp. 44 – 58
  29. Fuchs X, Flor H, Bekrater-Bodmann R. Psychological Factors Associated with Phantom Limb Pain: A Review of Recent Findings. *Pain Res Manag*. 2018.
  30. Lippman W. *Public Opinion*. New York, London: The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc. New York; Colier Macmillan Publishers, London, 1949. 268 p.
  31. Tajfel H., Turner JC The social identitytheory of intergroup behavior. *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago, 1986. P. 7-24.
  32. Walia T, Baby S, Chaudhury S. Evaluation of treatment of psychiatric morbidity among limb amputees. *Ind Psychiatry J*. 2018;27(2) P. 240.

## ДОДАТКИ

### Додаток 1

#### Авторська анкета

Оцініть кожне із тверджень за шкалою від 1 (зовсім не згоден) до 5 (повністю згоден).

1. «Коли я зустрічаю людину з видимою ампутацією в громадському місці, я відчуваю ніяковість або дискомфорт, не знаючи, як поводитися».
2. «Я був би готовий(а) працювати в одній команді або під керівництвом людини, яка має протез кінцівки».

3. «Чи згодні ви з думкою, що люди з ампутаціями потребують постійної допомоги та опіки з боку оточуючих, навіть якщо вони мають сучасні протези?»
4. «На мою думку, українське суспільство сьогодні демонструє повагу та прийняття до людей з ампутаціями (без зайвої жалості чи ігнорування)».
5. «Чи вважаєте ви доречним першим пропонувати допомогу людині з ампутацією, якщо вона про це явно не просила?»
6. «Чи достатньо у медіапросторі інформації про те, як правильно комунікувати з ветеранами та цивільними, які втратили кінцівки?»
7. «Чи вважаєте ви, що видима інвалідність (ампутація) є перешкодою для повноцінної самореалізації людини в сучасному українському суспільстві?»

## Додаток 2

### Методика «Семантичний диференціал» Ч. Осгуда

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Відштовхуючий -Привабливий							
Злий -Добрий							
Неприємний -Приємний -							
Брудний -Чистий							

Принизливий - Гідний							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Слабкий - Сильний							
Залежний -Незалежний							
Невпевнений -Впевнений							
Крихкий -Незламний							
Безпорадний -Впливовий							

	-3	-2	-1	0	1	2	3
Пасивний -Активний							
Повільний- Швидкий							
В'ялий -Енергійний							
Замкнутий -Відкритий							
Відчужений- Товариський							

### Додаток 3

#### Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса

С	Соціальна роль					
1	Чоловік (дружина)					

2	Сусід					
3	Друг					
4	Колега					
5	Керівник					
6	Житель мого району					

