

$p \leq 0,0001$). Як і задоволеність життям позитивний афект не пов'язаний із робочою відпочинковою, релігійною, політичною та побутовою активністю (Додаток О.).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отримані у дослідженні результати підтверджують теорію про те, що задоволеність життям та відчуттю щастя сприяє активність в яку включена людина. Виявилось, що детермінантами задоволеності життям та відчуття щастя найчастіше є культурна, політична активність, активність за місцем навчання, членство у громадських організаціях та волонтерська активність молоді. Попередні дослідження вказують на те, що саме ці форми активності є внутрішньо детермінованими та в найбільшій мірі спрямовані на результат.

Натомість релігійна та побутова активність часто детерміновані соціальними нормами, дослідження більшості науковців вказують на те, що активність, яка детермінована нормами не сприяє виникненню задоволення та щастя. Відпочинково-розважальна активність теж не передбачає відчуття щастя та задоволеності життям, можливо такий результат можна пояснити тим, що причинами відпочинкової активності є задоволення власних потреб, відсутність соціально значимого результату. Часто причиною розважальної активності є відсутність інших занять у які включені студенти. Аналіз літератури вказує на те, що відчуття щастя не може давати активність спричинена задоволенням потреб, оскільки вона спрямована лише на подолання незадоволення та усунення дискомфорту. Перспективним у цьому контексті є дослідження впливу дозволевих уподобань молоді на відчуття людиною щастя та задоволеності життям.

Література

1. Антоненко В.В. Психологічні чинники становлення громадянських почуттів особистості / М.Й. Боришевський, М.І. Алексеева, В.В. Антоненко [та ін.] // Психологічні закономірності розвитку громадянської свідомості та самосвідомості особистості : У 2-х т. – Київ : Дніпро, 2001. – Т.2. – С.50-66.
2. Argyle M. Happiness and cooperation / M. Argyle, L. Lu // Personality and individual differences. – 1991. – Vol. 12, № 10. – P. 1019-1030.
3. Cooper H. Situation and personality correlates of psychological well-being: social activity and personal control / H. Cooper, L. Okamura, P. McNeil // Journal of research in personality. – 1995. – Vol. 29. – P. 395-417.
4. Costa P.T. Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective well-being: Happy and Unhappy People / P.T. Costa, Jr. McCrae, R. McCrae // Journal of personality and social psychology. – 1980. – Vol. 38, № 4. – P. 668-678.
5. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index / E. Diener // American psychologist. – 2000. – Vol. 55. – P. 34-43.
6. Gilman R. The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent students / R. Gilman // Journal of youth and adolescence. – 2001. – Vol. 30, № 6. – P. 749-767.
7. Hills P. Musical and religious experiences and their relationship to happiness / P. Hills, M. Argyle, L. Lu // Personality and individual differences. – 1998. – Vol. 25. – P. 91-102.
8. Hills P. Positive moods derived from leisure and their relationship to happiness and personality / P. Hills, M. Argyle, L. Lu // Personality and individual differences. – 1998. – Vol. 25. – P. 523-535.
9. Inglehart R. Culture shift in advanced industrial society / R. Inglehart. – Princeton : Princeton university press, 1990. – 484s.
10. Lewicka M. Dwaścieżkowy model aktywności społecznej: Kapitał społeczny czy kulturowy? / D. Rutkowska, A. Szuster, M. Lewicka [i inni] // O różnych obliczach altruizmu. – Warszawa : Scholar, 2008. – S. 245-275.
11. Schwartz S.H. Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects / S. Schwartz, L. Sagiv // European Journal of Social Psychology. – 2000. – Vol. 30. – P. 177-198.
12. Watson D. Affect, Personality, and social activity / D. Watson, A.L. Clark, C. W. McIntyre, S. Hamaker // Journal of personality and social psychology. – 1992. – Vol. 63, № 6. – P. 1011-1025

В статье рассматривается проблема субъективного благополучия как следствия проявленной социальной активности. Субъективное благополучие включает в себя когнитивный (удовлетворенность жизнью) и аффективный (счастье) компоненты. Представляется эмпирическое исследование связи субъективного благополучия с различными формами социальной активности.

The problem of subjective well-being manifested as a result of social activity is considered in the article. Subjective well-being includes cognitive (life satisfaction) and affective (happiness) components. The empirical study of connections between subjective well-being and various forms of social activity are analyzed.

©2012 р.

О. О. Ставицький (м. Рівне)

ПСИХОЛОГІЯ СТАВЛЕННЯ ДО ІНВАЛІДИЗОВАНИХ (за результатами використання методики «Незакінчених речень»)

Постановка проблеми. Чисельність інвалідизованої частини населення різниться у кожній країні у діапазоні від 6 до 12 %. Їхня кількість залежить від багатьох факторів: від економічної, політичної ситуації до звичайних побутових умов. Екологічна сфера, економічна криза, недосконалість законодавчої бази, практична відсутність якісної медичної допомоги для більшості населення (щодня ЗМІ закликають до допомоги у фінансуванні лікування тієї чи іншої людини), зростання соціальної напруги не сприяють зменшенню чисельності неповносправних у нашій країні. У суспільстві, де сьогодні цілком

здоровим його членам тяжко вижити, про людей, що мають вади розвитку чи здоров'я годі й говорити. За статистичними даними чисельність інвалідизованої частини суспільства у нашій державі зростає. Тому не можливо стає не помічати їх існування, їхні проблеми та ті проблеми, що виникають у взаємодії інвалідизованих з іншими людьми.

Інвалідність є предметом дослідження багатьох наук: медицина, соціальна робота, фізична реабілітація тощо, кожна з них вивчає свій предмет відповідно до своїх методів дослідження. Сьогодні проблема психологічних аспектів інвалідності: гандикапізм, гандикап, гандикапність (без вживання цих термінів) вивчалась лише в межах спеціальної психології та педагогіки, де основна увага приділялась психологічному дизонтогенезу та видам порушень психічного розвитку, відхиленням від норми психічного розвитку дітей з вродженими або набутими дефектами сенсорної, інтелектуальної, емоційної сфер. Інваліди є членами різних вікових, гендерних та етнічних груп, проживають у різному соціальному оточенні – в сім'ї або в умовах стаціонару, залишаються поза увагою психологів, незважаючи на наявне соціальне замовлення [1, 3].

Виходячи зі сказаного вище, метою нашого повідомлення є аналіз емпірично отриманих результатів дослідження ставлення суспільства до людей з особливими потребами за допомогою методу незакінчених речень.

Виклад основного матеріалу дослідження. В основу розробки методики був покладений принцип проєкції, зокрема асоціативний метод. Методика складається з 60 речень, які мають незавершену форму. Обстежуваному пропонується завершити їх на свій розсуд, керуючись емоціями та думками, які викликає стимульний матеріал. Речення сформульовані таким чином, щоб стимулювати обстежуваного давати відповіді, відповідно до явища, яке досліджується.

Всі завдання методики можна розділити на 13 груп, що так чи інакше характеризують ставлення особистості до інвалідизованих, та дозволяють виявити, є воно позитивним, негативним чи нейтральним. Також методика дозволяє виявити емоційні стани та переважаючі почуття, що виникають у людини при взаємодії з неповносправним. За допомогою цієї методики також можна виявити характерологічні особливості особистості [2, 34-35], які впливають на сприйняття людини з особливими потребами, зумовлюючи його модальність.

Кількісні результати дослідження за відповідними шкалами, які дають можливість розкрити особливості ставлення до інвалідизованих та з'ясувати рівень проявів гандикапності [2, 34-35] стосовно них представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Особливості ставлення до інвалідизованих (%)

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

Високий рівень прояву депресії, що виникає внаслідок взаємодії респондента з інвалідизованим притаманний 4,3% респондентам. Такі опитані сприймають контакт з людиною з обмеженими можливостями як психотравмуючу ситуацію, оскільки переносять на себе емоційний стан інваліда, його переживання, чому сприяє високий рівень емпатії та дії механізму ідентифікації. Депресивні стани та пригнічення виникають через страх обстежуваного опинитись на місці інвалідизованого, оскільки розуміють, що жодна людина не застрахована від важкої хвороби чи автокатастрофи, що призведе до втрати працездатності та стане причиною появи фізичного дефекту. Для прикладу можна навести такі висловлювання опитуваних: „Коли я думаю про інваліда, у мене викликає депресію те, що я можу опинитись на його місці”, „Взаємодія з інвалідом може ввести мене у депресію, якщо я ідентифікую себе з ним”.

71 % обстежуваних (середній рівень за цією шкалою) притаманне відчуття дискомфорту при взаємодії з інвалідом, зниження емоційного фону та переважання астеничних емоцій, однак це рідко призводить до появи депресивних станів. Прикладами висловлювань таких опитуваних є: „Спілкування з інвалідом викликає депресію, коли він близька для мене людина”, „Я близький до стану депресії, коли інвалід намагається загрузити мене своїми проблемами” тощо.

Низький рівень депресії, що детермінується взаємодією з інвалідизованим притаманний 24,7% опитаних. Вони рідко відчують зміну психічного стану при спілкуванні з людиною з обмеженими фізичними можливостями та сприймають таку ситуацію як буденну, звичну для себе. Такі респонденти або не проявляють емпатії до інваліда та не здатні досягнути його емоційного стану, або ж сприймають його як повноцінну особистість, що не потребує жалості, оскільки є добре адаптованою та самореалізованою в соціумі. Приклад: „Я зберігаю спокій в процесі взаємодії з інвалідом”.

За шкалою „Гнів” високий рівень властивий 7,4 % опитаних, які негативно реагують на контакт з інвалідом та проявляють ворожість до нього. Інвалідизований сприймається ними як людина нав'язлива, лінива, що не хоче сама

працювати та вважає, що здорові люди та держава повинні її забезпечувати. Прикладом можуть служити такі висловлювання: „Дивно, чому інвалід просить милостиню замість того, щоб знайти роботу”, „Гніватись на інваліда – природно, бо це людина яка живе за рахунок здорового суспільства, не намагаючись забезпечити себе сама”.

Середній рівень за цією шкалою притаманний 57,2% обстежуваних, для яких характерне відчуття гніву до інваліда в окремих, визначених ситуаціях, коли респондент стикається з інвалідизованим, що знаходиться в нетверезому стані, поводить себе неввічливо та агресивно, сам провокує прояви гніву, поводяться ворожо. Для прикладу наведемо такі висловлювання: „Дивно, чому інвалід п'є замість того, щоб намагатися влаштувати своє життя”, „Щоб викликати у мене гнів інвалід повинен поводитись непристойно”.

Низький рівень за цією шкалою властивий 35,4% досліджуваних, які вважають, що гніватись на інваліда непотрібно в будь-яких ситуаціях, оскільки ця людина пережила сильну психотравму, та кожного дня долає перешкоди, виконуючи дії, які в здорової людини не викликають жодних труднощів. Тому емоційну нестриманість, бурхливість емоційних проявів та нестабільність емоційних станів такої людині, на думку респондентів, можна пробачити. Прикладом є такі висловлювання: „Гніватись на інваліда недопустимо в будь-якому випадку”, „Гнів до інваліда – явище неприйнятне в цивілізованому суспільстві”.

За шкалою „Відраза” високий рівень притаманний 9,4% респондентам, які сприймають інваліда як людину глибоко неповноцінну, спілкуватися з якою непотрібно, а контактувати – недоречно, оскільки це особа „другого ґатунку”. Взаємодія з інвалідом породжує огиду та неприйняття, а фізична вада сприймається як відштовхувачий фактор. Особистість не може перебороти почуття відрази, що виникає при спогляданні зовнішнього вигляду людини з особливими потребами, її фізичних недоліків. Наприклад: „Я відчую відразу, коли інвалід підходить до мене, демонструючи свої вади”.

Середній рівень властивий 53% обстежуваних, які відчувають відразу до інваліда в провокуючих ситуаціях, коли він демонструє соціально неприйнятні моделі поведінки. Як приклад можна навести такі висловлювання: „Я відчую відразу, коли інвалід п'яний та брудний”, „Інвалід викликає відразу, якщо не слідкує за собою”.

37,5% опитуваних (низький рівень) не відчувають відрази до інваліда та сприймають фізичну ваду лише як одну з його особливостей. Такі респонденти вважають, що наявність фізичного дефекту не може впливати на вироблення ставлення до людини з особливими потребами, оскільки пріоритетними у формуванні образу особистості є її внутрішні якості. Для прикладу: „Інвалід викликає відразу, якщо є поганою людиною”.

За шкалою „Презирство” високий рівень характерний для 8,3% респондентів, які вважають, що інвалід заслуговує на зневагу, сам винен у тому, що опинився в скрутному становищі, оскільки вчасно не взяв своє життя під контроль. Інвалід сприймається як людина неповноцінна, з низьким рівнем інтелекту та освіченості, безвольна та неадекватна. Прикладом можуть служити такі висловлювання: „Особливо дивує, що інвалідopusкається до тваринного рівня”, „Відчувати презирство до інваліда, – це природно, оскільки на інше він не заслуговує”, „Якщо інвалід викликає презирство, я показую це йому”.

Середній рівень притаманний 57% респондентів, у яких презирство до інваліда може виникати в ситуаціях, коли він демонструє деструктивні форми взаємодії, нав'язує спілкування, проявляє ворожість чи агресію. Наприклад: „Щоб викликати у мене презирство, інвалід повинен просити милостиню, поводитися негідно, принижуватись перед здоровими людьми”.

Низький рівень за цією шкалою характерний для 34,8% опитаних, які не відчувають презирства до інваліда, навіть якщо спостерігають за ним у несприятливих ситуаціях. Деструктивні дії інваліда пояснюються впливом психотравми, яку йому довелося пережити, складністю адаптації до умов життя в здоровому соціумі, який не пристосований до потреб людини з обмеженими можливостями та не готовий прийняти її як свого повноцінного члена. Для прикладу наведемо таке висловлювання: „Відчувати презирство до інваліда не можна ні в якому випадку, він не винен, що втратив працездатність”.

Показники за шкалою „Страх” вказують та наявність високого рівня у 17,3% респондентів. Для них ситуація взаємодії з інвалідом провокує появу негативних емоцій та переживань, зниження настрою, призводить до стану фрустрації. Страх виникає через те, що опитані ставлять себе на місце інваліда, відчувають як важко йому живеться, що провокує боязнь опинитися на їхньому місці, заразитися від них невиліковною хворобою, чи потрапити в таку ситуацію, що призведе до інвалідизації. Саме наявність страху особливо негативно впливає на мотивацію до встановлення контактів з людиною з функціональними обмеженнями, та формування позитивного ставлення до неї. Прикладом можуть служити такі висловлювання: „Я боюсь бути з інвалідом, щоб не заразитися від нього хворобою, що викликала інвалідизацію”, „Коли я дивлюся на інваліда, то боюсь, що опинюся на його місці”, „Я відчуваю страх, коли інвалід розповідає про те, як змінилося його життя після набуття вади”.

Середній рівень за даною шкалою притаманний 60% опитаних, які рідко відчувають страх при спілкуванні з інвалідом, що в основному зумовлений об'єктивними причинами, наприклад опитувані бояться, що інваліду стане погано, а вони не зможуть йому допомогти, або ж відчувають загрозу через неадекватність людини з обмеженими можливостями тощо.

Низький рівень вираження реакції страху характерний для 22,7% опитуваних, які не відчувають тривоги та побоювань при встановленні контактів з інвалідом, оскільки сприймають його як повноцінну особистість, здатну про себе подбати.

За шкалою „Ворожість” високий рівень притаманний 10,3% респондентам. Вони проявляють стосовно інваліда агресію та використовують деструктивні форми взаємодії. Такі опитані вважають, що людина з обмеженими можливостями не заслуговує на повагу та позитивне ставлення, оскільки відрізняється від здорових людей за інтелектуальним та культурним рівнем, не здатна про себе подбати та живе на дотацію від держави. Прикладом можуть служити такі висловлювання: „Щоб не відчувати ворожості до інваліда я з ним не спілкуюсь”, „Щоб викликати у мене ворожість, інвалід повинен звернутися з проханням”.

Середній рівень переважає у 72,5% обстежених, які відчувають ворожість в ситуаціях, коли інвалід сам провокує особистість на прояви агресії. Прикладом виступають такі висловлювання: „Щоб викликати у мене ворожість інвалід повинен сам поводити себе ворожо”, „Моя ворожість до інваліда зумовлена його агресивним ставленням до оточуючих” тощо.

Низький рівень за цією шкалою притаманний 17,2% респондентам, для яких прояви ворожості до інваліда не характерні. Такі опитані переконані, що проявляти агресію щодо людини з особливими потребами недопустимо у будь-якому випадку, незалежно від того, як поводить себе інвалід. Вони виправдовують деструктивну поведінку інваліда тим стресом та депресивним станом, який він відчуває, долаючи труднощі, зумовлені наявністю інвалідизуючого дефекту.

Дані отримані при аналізі шкали „Тривога” вказують на те, що високий рівень притаманний 18,2 % респондентам, які в ситуації взаємодії з інвалідом відчувають значний психологічний дискомфорт, збентеження та неспокій. Тривога виникає через усвідомлення того, що фізичний дефект певним чином впливає на особистість, що є його носієм, змінюючи її психологічні характеристики та психічний стан. Опитані ж не знають, як взаємодіяти з такою людиною, бояться її образити чи викликати неадекватну реакцію. Іншою причиною виникнення тривоги є страх опинитися на місці інваліда, що виникає в процесі ідентифікації з ним. Прикладом можуть виступати такі твердження: „Тривога, що виникає при спілкуванні з інвалідом змушує мене втрачати психологічну рівновагу та поводитися неадекватно”, „Щоб позбавитись почуття тривоги при взаємодії з інвалідом я повинен уявити, що він нормальна людина”.

Середній рівень за цією шкалою проявляється у 65% опитаних. Вони відчувають тривогу в ситуації, коли інвалід хворий заразною хворобою, є зовсім немичним та потребує допомоги респондента, просить про послугу, яку особистість не може йому надати.

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

Показники за шкалою „Егоїзм” вказують на наявність високого рівня у 4,2% досліджуваних, які залишаються байдужими до переживань та проблем інвалідів. Їх не цікавлять труднощі, з якими стикається людина з функціональними обмеженнями, її думки та емоції. Наприклад, висловлювання: „Мене не хвилюють проблеми інваліда тому, що я не інвалід”.

Середній рівень притаманний 76,2% опитаних, які ставляться до інвалідів егоїстично в окремих ситуаціях взаємодії, коли відбувається зіткнення їх власних інтересів та інтересів людини з обмеженими можливостями. Наприклад: „Мене не хвилюють проблеми інваліда тоді, коли є багато своїх”.

Низький рівень характерний для 19,6% респондентів, які не схильні до прояву егоїзму стосовно інвалідів та демонструють високу готовність до надання їм допомоги та підтримки навіть за рахунок власних психологічних чи матеріальних затрат.

За шкалою „Прагнення до домінування” високий рівень притаманний 7,3% опитаних, які вважають себе кращими за інвалідів, оскільки сприймають їх як людей неповноцінних, наділених багатьма негативними особливостями. У них часто виникає свідоме чи підсвідоме прагнення самоствердитись за рахунок людини з обмеженими можливостями, підкреслюючи її недоліки, ображаючи та принижуючи її. Для прикладу наведемо такі висловлювання: „При порівнянні себе з інвалідом я відчуваю задоволення, тому що я кращий”, „Я кращий за інваліда, тому що здоровий”.

Середній рівень характерний для 76% опитаних, які прагнуть до домінування над інвалідом в окремих ситуаціях, зазвичай тоді, коли це передбачено їх соціальним статусом та професійними ролями.

Низький рівень за цією шкалою проявляється у 16,7% респондентів, які сприймають інваліда як повноцінну особистість та будують стосунки з ним за принципом рівності. Увага акцентується не на фізичній ваді, а на особистісних рисах людини.

Показники за шкалою „Антипатія” вказують на те, що 11,4% опитаних мають високий рівень за цією ознакою. Такі респонденти відчувають до інваліда неприязнь та ворожість, оскільки він наділяється такими рисами, як нав'язливий, слабкий, безвольний, неадекватний, пасивний. Антипатія може виражатись у прихованій формі, за рахунок уникнення спілкування та ігнорування людини з особливими потребами, або ж в активній формі, за рахунок прояву агресії щодо неї. Наприклад: „Інваліди не заслуговують на симпатію, оскільки є неповноцінними”.

Середній рівень за цією шкалою притаманний 70% опитаних, які проявляють антипатію до інваліда, в ситуаціях, що на думку респондента, виправдовують таке ставлення до людини з функціональними обмеженнями. Наприклад, коли інвалідизований володіє негативними особистісними рисами, поводить себе агресивно чи неадекватно та провокує прояви ворожості до себе.

Низький рівень проявляється у 18,5% опитуваних, які відчувають симпатію до інваліда, демонструють позитивне ставлення до нього та схвально оцінюють його особистісні якості, зокрема силу волі, наполегливість та рішучість.

За шкалою „Інтолерантність” високий рівень притаманний 9,5% респондентів, які проявляють нетерпимість стосовно інваліда, схильні до його дискримінації та неприйняття. В свідомості таких опитуваних сформована значна кількість негативних уявлень про людину з обмеженими можливостями, що виникають через вплив стереотипів. Наприклад твердження: „Терпимо ставитись до інвалідів просто неможливо, тому що це люди неповноцінні, неадекватні та недієздатні”.

Середній рівень властивий 74,8% опитаним, які демонструють прояви інтолерантності до інвалідів в окремих випадках, коли людина з особливими потребами поводить себе неадекватно. Наприклад: „Прояви інтолерантності до інвалідів пов'язані з їх деструктивною поведінкою”.

Низький рівень за цією шкалою характерний для 15,7% опитуваних, для яких нормою є толерантне ставлення до інваліда, прийняття його як особистості, акцентування уваги на його психологічних рисах, а не на наявній ваді: „Прояви інтолерантності до інвалідів є абсолютно недопустимими”.

За шкалою „Упередження” високий рівень притаманний 28,3% респондентам, які схильні до стереотипізації образу інваліда, неадекватного його сприйняття та неможливості об'єктивно бачити образ людини з функціональними обмеженнями. Як приклад „Щоб не викликати упереджене ставлення, інваліди повинні прагнути бути такими ж як і здорові люди”.

Середній рівень проявляється у 61,2% респондентів, в яких наявні певні стереотипні погляди щодо інвалідів, однак вони в значній мірі не викривлюють уявлення про людину з фізичними обмеженнями та не призводять до її дискримінації.

Низький рівень за даною шкалою характерний для 10,5% опитаних, які здатні адекватно оцінити інваліда, виробити позитивне ставлення до нього, пізнати його індивідуальні характеристики та особистісні властивості: „Щоб не викликати упереджене ставлення інваліди повинні бути самими собою”.

За шкалою „Нерозвинена емпатія” високий рівень притаманний 8,7% опитаних, які не здатні відчувати те, що переживає інвалід, усвідомити його переживання та труднощі, з якими він стикається. Вони є емоційно закритими та відгородженими від людини з особливими потребами, не прагнуть зрозуміти її.

Середній рівень проявляється у 76% респондентів, які схильні до прояву емпатії щодо інваліда в окремих ситуаціях, зокрема, коли інвалідом є близька опитану людина.

Низький рівень за даною шкалою притаманний 15,4% опитуваних, яким притаманне співчуття, співпереживання та виражена емпатія до інваліда, позитивне до нього ставлення та здатність досягнути весь спектр його переживань. Для прикладу наведемо такі твердження: „Співчувати інваліду потрібно завжди”, „Інвалід заслуговує на співпереживання, оскільки потребує психологічної підтримки” тощо.

Висновки. Отримані результати на репрезентативній вибірці (n=1450) в ході проведеного експериментального дослідження з використанням методики „Незакінчених речень” дозволяють констатувати факт інтолерантного ставлення до інвалідизованих у середньому в 10-12 % населення. Тобто, практично кожна десята людина є носієм рис гандикапності. Нажаль лише близько 20 % респондентів схильні толерантно сприймати та ставитись до людей з особливими потребами, що є свідченням неготовності суспільства до прийняття людей з інвалідністю.

Перспективним напрямком дослідження є розробка та впровадження психокорекційної програми подолання проявів гандикапності та інтолерантності стосовно інвалідизованої частини населення.

Література

1. *Психологія інвалідності: хрестоматія /* сост. О. В. Краснова. – М. : МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 352 с. – (Серія „Бібліотека психолога”).
2. *Ставицький О. О. Психологія гандикапізму. Монографія. /* О. О. Ставицький – Рівне, „ПринтХаус”, 2011. – 376 с.

В статтє содержательнo интерпретируются результаты эмпирического исследования изучения проявлений гандикапности по отношению к людям с особыми потребностями с помощью методики „Неоконченных предложений”.

The article gives the content interpretation of the handicap displays empiric study research in relation to people with the special necessities by means of methodology of "unfinished suggestions".

©2012 р.

В. П. Ходан (м. Переяслав-Хмельницький)

ПАРАПСИХОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ В ПОПЕРЕДЖЕННІ ХВОРОБ НООГЕННОЇ СИМПТОМАТИКИ

Постановка проблеми. Кінець ХХ століття знаменував себе не лише досягненнями у розвитку новітніх космічних та комп'ютерних технологій, а й стрімким зростанням хвороб ноогенної симптоматики серед населення нашої планети. Психотерапевти зіштовхнулися із цією проблемою навіть в країнах, які вважалися інтелектуально відсталими, де більшість захворювань носили психосоматичний характер. З'ясовуючи причини фрустрації розумових здібностей людей учені дістали висновку - комп'ютерна й інтернет залежність провокують виникнення порушень ментальної сфери. Для того, щоб уникнути розповсюдження цієї хвороби необхідно сформувати у свідомості людей культуру засвоєння різнобічних знань. Санація мислення й допомога у розкритті інтуїтивного каналу для отримання необхідних знань зі сфери Позасвідомого повинні стати пріоритетом у роботі психотерапевта. Для цього необхідно підготувати спеціалістів, які у своїй практичній діяльності будуть використовувати парапсихологічні (трансцендентальні) методи терапії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Винесену для розгляду проблему вивчали такі вітчизняні й закордонні дослідники як: Л.Л.Васильєв, О.П.Дубров, В.Н.Пушкін, В.В.Налімов, А.Г.Асмолов, Ю.П.Орлов, О.Р.Лурія, І.М.Коган, С.Н.Смірнов, В.П.Зінченко, О.Н.Панченко, О.І.Бєлік, Ю.В.Ореф'єв, Т.І.Ахмедов, А.В.Алексєєв, О.А.Андрєєв, Б.В.Богомислов, О.С.Прангішвілі, О.Є.Шерозія, В.С.Біблер, В.Ф.Бассін, К.Юнг, С.Гроф, І.Якобі, Дж.Мерфі, М.Еріксон, Ф.Капра, Р.Ассаджолі, А.Маслоу, Р.Уолт, Дж.Мішлав та інші.

Мета написання статті - сприяти поширенню парапсихологічних знань серед широких мас населення, санації мислення й впровадженню в психотерапевтичну практику технологій та методів, які передбачають трансценденцію свідомості людини у сферу колективного Позасвідомого.

Виклад основного матеріалу. Більшість людей звикли вважати, що наше здоров'я залежить від харчування, медицини, екології, міжособистісних відносин, тощо. Але мало хто думає, що наше здоров'я, перш за все, залежить від особистої життєвої філософії, яка складає принципи нашого мислення. Буденне мислення сучасної людини можна назвати нормально-патогенним, бо все про що б вона не думала породжує емоційний стрес й конфлікт із самим собою, оточенням, зі