

На правах рукописи



Стефаненко Екатерина Александровна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕЛОТОФОБИИ
(СТРАХА НАСМЕШКИ)
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата психологических наук

Москва – 2014

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении
«Научный центр психического здоровья»
Российской академии медицинских наук

Научный руководитель:	Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, доцент; руководитель отдела медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
Официальные оппоненты	Петровский Вадим Артурович – доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО; профессор кафедры психологии личности факультета психологии ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» Тарабрина Надежда Владимировна – доктор психологических наук, профессор; главный научный сотрудник лаборатории психологии посттравматического стресса ФГБУН Институт психологии РАН
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно- исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Защита состоится 27 июня 2014 г. в 15.00 на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 102.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (г. Москва, Ломоносовский просп., д.27); на сайте факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова (<http://www.psy.msu.ru/>).

Автореферат разослан _____ 2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 501.001.15,
кандидат психологических наук,
доцент

Е.Ю. Балашова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В современном обществе, в условиях всё большей индивидуализации, социальной изоляции и виртуализации общения всё более актуальными становятся проблемы, связанные с социальной тревожностью (Рикфорт, 2008; Римап, 1999; Изард, 2003; Хорни, 1997; Мэй, 2001; Баринов, 2011). С точки зрения Т.Е. Дауда, «в прошлые века тревога обычно возникала при восприятии физической опасности, сегодня опасность имеет главным образом социальный межличностный характер» (Дауд, 2003). Избыточное облегчение условий существования становится тормозом развития навыков самостоятельности, сепарации, а также формирования устойчивых личностных границ (Тхостов, Сурнов, 2005).

В центре внимания данного исследования находится довольно специфический и недостаточно изученный аспект социальных страхов - гелотофобия. Гелотофобия (от греч. «гелос» – смех) определяется как патологический страх выглядеть смешным (Ruch et al., 2008).

Адекватная реакция на смех и юмор является важным диагностическим критерием психического здоровья. В большинстве случаев такому узкому, но вместе с тем значимому явлению, как страх насмешки, не уделяется должного внимания. Люди, страдающие гелотофобией, обычно не попадают в поле зрения специалистов, хотя тяжелые формы гелотофобии могут приводить к социальной дезадаптации.

Вместе с тем, особенности смеховой культуры в России, которые всегда были неоднозначными, могут обуславливать определенное отношение к смеху и юмору в нашей стране. Постсоветская ментальность повлияла на особенности отношения к смеху. Массовое увлечение анекдотами, которое в последние десятилетия советской власти перерастало в самостоятельную активность, в настоящее время сошло на нет (Davies, 2007). Однако вероятно, что след советской цензуры сохранился в форме преувеличенно позитивного восприятия юмора в массовом сознании. Юмор, особенно самоирония, считаются неотъемлемой чертой «интеллигентного» человека.

Одной из самых типичных особенностей смеха в Древней Руси считается направленность смеха на самого смеющегося. Обращает на себя внимание позитивное отношение к странности и комичности и имплицитная идея о том, что дурак, шут, клоун всегда на самом деле оказывается самым умным, находчивым и удачливым (Лихачев, Панченко, Понырков, 1984). В России смеялись всегда, несмотря на запреты начальства или общественного мнения (Аверинцев, 1992). Спонтанность русских людей, желание смеяться тогда, когда нельзя, непринужденность в выражении чувств и эмоций говорят об отношении к юмору, по большей части, не как к оценке, а как к положительному, позитивному, объединяющему людей явлению. В связи с этим, актуальным может быть изучение гелотофобии в нашей стране.

Страх насмешки впервые был описан М. Титцем в 1996 году и традиционно рассматривался в контексте психопатологии как особая форма социофобии (Titze, 1996). Понятие гелотофобии тесно переплетается с социофобией, однако имеет свою специфику. Лишь половина людей, демонстрирующих выраженную социофобию, имеют высокий уровень гелотофобии (Carretero-Dios et al., 2010). Гелотофобия характеризуется целым рядом дезадаптивных особенностей: убежденностью в собственной нелепости, восприятием юмора как враждебного, повышенной тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, скованностью в движениях, психосоматическими расстройствами, ранимостью, обидчивостью, а в крайних вариантах – социальной изоляцией. Распространенность гелотофобии среди здоровых людей имеет высокие значения - от 5 до 12% (Стефаненко и др., 2009).

Исходная клиническая детерминация страха насмешки постепенно утратила научный интерес для многих авторов; в последующие годы ракурс научных представлений о гелотофобии сместился в область психологии индивидуальных различий. С этого периода исследования гелотофобии проводятся, прежде всего, у психически здоровых лиц (Ruch et al., 2004; Proyer et al., 2009.; Platt et al., 2008). Однако, последние несколько лет изучение

гелотофобии у больных психическими расстройствами вновь становится актуальным (Forabosco et al., 2009; Ivanova et al., 2008). В связи с маргинальной позицией в обществе таких пациентов и самим характером расстройств, проблемы социальной тревожности нередко обостряются и могут играть существенную роль в течении болезни, нарастании социальной изоляции или, напротив, ресоциализации и реабилитации.

Настоящая работа рассматривает проблему гелотофобии как связанную с психическими заболеваниями. Современные исследования чувства юмора у больных психическими расстройствами малочисленны, а исследования гелотофобии – имеют пилотный характер. Противоречивы и представления о коморбидности гелотофобии психическим заболеваниям. Настоящее исследование представляет собой шаг в направлении верификации феномена гелотофобии в рамках психических расстройств. Исследуется выраженность гелотофобии, ее связь с некоторыми личностными особенностями и с особенностями самооценки у больных шизофренией, больных аффективными расстройствами и у психически здоровых людей. Выбор нозологической группы больных шизофренией обусловлен специфическими нарушениями мышления, особенностями эмоционально-личностных изменений и социального функционирования таких пациентов. Изучение гелотофобии (тесно связанной с нарушениями социальной мотивации и эмоций) у больных также является актуальным в связи с тяжестью социальных последствий и нарушений адаптации этих пациентов (Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Зейгарник, 1986; Холмогорова, 1983; Алфимова, 2013; Коцюбинский, Скорик, Шейнина, Зайцев, 2004; Магомедова, 2003; Курек, 1986; Анри, 1958).

Высокая коморбидность депрессивных расстройств и расстройств тревожно-фобического спектра, а также характерные для депрессивных больных некоторые патологические черты (негативный образ себя, чувство малоценности, выраженная критичность к своим ошибкам, ощущение несоответствия социальным нормам, чувство дискомфорта в обществе, негативный образ будущего) – подтверждают необходимость исследования

гелотофобии в этой группе испытуемых (Холмогорова, 2011; Смулевич, 1997; Морозов, Шумский, 1998; Александровский, 2007).

Повышенные требования к социализации (профессиональное, семейное самоопределение), повышенная фиксация на собственной внешности, интерес к «вечным» вопросам (мировоззренческий поиск), тенденция к рискованному поведению, уязвимость к психотравмирующим факторам – все это делает актуальным изучение гелотофобии у здоровых людей возраста 18-35 лет. Высокая распространенность психопатологических расстройств, таких как гебоидного, психастеноподобного синдромов, астенической несостоятельности, дисморфофобического, сенситивного бреда отношений, подтверждает необходимость изучения страха насмешки у пациентов с психическими расстройствами в данном возрастном периоде (Олейчик, 2006; Цуцельковская, 1979).

Очевидна роль гелотофобии в стигматизации, самостигматизации психически больных, поскольку в таком случае она может быть тесно связана с ощущением чуждости, негодности, со снижением социального статуса и самооценки (Ениколопов, 2013; Кабанов, Бурковский, 2000).

Цель работы: Изучение индивидуально-психологических, клинических особенностей гелотофобии у больных шизофренией и больных аффективными расстройствами, а также индивидуально-психологических и социо-демографических особенностей у психически здоровых лиц.

Объект исследования: отношение к юмору и смеху у больных шизофренией, больных аффективными расстройствами и у психически здоровых лиц.

Предмет исследования: связь страха насмешки с личностными особенностями и особенностями самооценки у больных шизофренией, больных аффективными расстройствами и у психически здоровых людей.

Основные гипотезы:

1. Гелотофобия в группе пациентов с психическими расстройствами значительно выше, чем в группе психически здоровых людей.

2. Гелотофобия у больных шизофренией, больных аффективными расстройствами и у психически здоровых людей связана с разными индивидуально-психологическими особенностями.
3. Гелотофобия в группе пациентов с шизофренией значимо коррелирует с чувством страха, в группе больных аффективными расстройствами и здоровых испытуемых - с чувством стыда.
4. При шизофрении гелотофобия отрицательно коррелирует с длительностью болезни.
5. Существуют социо-демографические различия в выраженности гелотофобии.

Задачи исследования:

1. Анализ теоретических и эмпирических исследований связи чувства юмора и психического здоровья.
2. Обоснование клинико-психологической концепции гелотофобии.
3. Апробация методики исследования гелотофобии, гелотофилии (склонность выставлять себя объектом смеха) и катагеластизма (склонность высмеивать других) PhoPhiKat <45>, адаптация опросника гелотофобии GELOPH <15>.
4. Эмпирическое исследование клинических особенностей гелотофобии у больных шизофренией и больных аффективными расстройствами.
5. Эмпирическое исследование индивидуально-психологических особенностей гелотофобии: исследование взаимосвязи гелотофобии с агрессивностью, стилями юмора, самооценкой, уровнем притязания у больных шизофренией и больных аффективными расстройствами, а также у психически здоровых людей.
6. Эмпирическое исследование социо-демографических особенностей гелотофобии в России.

Теоретико-методологической базой исследования стали представления о гелотофобии как о форме социофобии (Titze, 2009; Forabosco et al., 2009; Ruch et al., 2008); психологическая концепция юмора как проявление

превосходства и враждебности (Plato, 1993; Аристотель, 1998; Gruner, 1979; Zilliman, 1983; Гоббс, 1964); представления Р. Мартина о негативных и позитивных стилях юмора в зависимости от цели использования юмора: преодоления внутриличностных проблем субъекта или улучшения взаимоотношений с окружающими (Martin et al., 2003); принципы отечественного клинико-психологического подхода к изучению психических расстройств, основанного на принципе синдромного анализа (Зейгарник, 1986; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Соколова, 1976; Николаева, 1978); принципы отечественной психиатрической школы, рассматривающие социофобию как социальное тревожное расстройство, представляющее собой инвалидизирующее хроническое заболевание, имеющее чёткие критерии диагностики в международной классификации болезней (Каплан и др., 1994; Смулевич и др., 1998; Тиганов, 1999; Карвасарский и др., 1990; Монтгомери, 1995; Ковпак, 1995).

Эмпирическая база исследования. На этапе адаптации русскоязычной версии опросника GELOPH<15> приняли участие 216 человек. Из них: 76 мужчин и 140 женщин в возрасте от 18 до 69 лет.

На стадии апробации опросника PhoPhiKat <45> в исследовании принимали участие 818 испытуемых: 208 мужчин, 609 женщин в возрасте от 18 до 66 лет.

На этапе исследования социо-демографических особенностей распространения гелотофобии приняли участие 1342 испытуемых (818 из которых приняли участие в апробации PhoPhiKat <45>) в возрасте от 11 до 66 лет ($M=23$, $SD=11.6$). Среди них: 435 мужчин и 900 женщин.

Клиническое исследование проводилось на базе клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, а также ГКУЗ ПБ № 13ДЗМ. Участие приняли три группы испытуемых в возрасте от 18 до 35 лет (две экспериментальных и одна контрольная): больные шизофренией, пациенты с аффективными расстройствами (с преобладанием депрессивной симптоматики), группа здоровых людей (Таблица 1).

Таблица 1.

Количественное распределение испытуемых в экспериментальных и контрольной группах.

Группы/ подгруппы испытуемых	Общее кол-во	Мужчины	Женщины
Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3)	25	23	2
Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения (F 20.01):	61	42	19
• Один приступ	21	16	5
• Больше, чем один приступ	40	26	14
Гебефренная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения (F20.11)	3	3	0
Депрессивный эпизод (F32):	51	35	16
Депрессивный эпизод лёгкой степени (F32.0)	13	6	7
Депрессивный эпизод средней степени (F32.1)	28	17	11
Депрессивный эпизод тяжёлой степени без психотических симптомов (F32.2)	12	9	3
Здоровые люди	125	78	47

Методы исследования. Выбор методик определялся предметом, целями и задачами исследования. В исследовании использовалась шкала гелотофобии GELOPH<15> (Ruch, Proyer, 2009); опросник гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat<45> (Ruch, Proeyer, 2009); рисованный тест гелотофобии PICTURE-GELOPH, структурированный по аналогии методики интерпретации Розенцвейга (Ruch, Titz, 2000); авторская модификация методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (добавлены шкалы: настроение, страх, стыд, тревога, гнев), (Рубинштейн, 1970); проба Шварцландера – исследование уровня притязания (Зейгарник, 1986; Бороздина, 1993); опросник стилей юмора Р. Мартина (Иванова и др., 2013); проективная методика исследования личности - модификация теста руки Вагнера, направленная на диагностику проактивной агрессивности, прогноза агрессивного поведения (Елисеев, 2003).

Научная новизна исследования. В работе выявлена нозологическая специфика гелотофобии, что объясняется различиями в корреляционных связях гелотофобии с личностными особенностями и особенностями самооценки в группе больных шизофренией, больных аффективными

расстройствами и здоровых испытуемых. Показано, что в группе больных шизофренией гелотофобия имеет более диффузный характер, чем в группе больных аффективными расстройствами и здоровых испытуемых, поскольку связана с более широким спектром эмоциональных проявлений. Анализ выраженности гелотофобии в зависимости от длительности болезни в подгруппе приступообразно-прогредиентной шизофрении позволил выявить ранее не описанный в литературе факт о том, что высокие значения гелотофобии соответствуют меньшей длительности болезни, а низкие – большей длительности.

Впервые в России исследованы такие аспекты отношения к смеху и юмору, как гелотофилия (склонность выставлять себя объектом смеха) и катагеластический юмор (склонность высмеивать других). Получены новые данные, демонстрирующие противоположный характер динамики выраженности гелотофилии и катагеластического юмора у больных шизофренией и психически здоровых лиц в зависимости от пола. У больных шизофренией женщин гелотофилия и катагеластический юмор значимо выше в сравнении с группой здоровых женщин, у больных шизофренией мужчин гелотофилия и катагеластический юмор значимо ниже по сравнению с группой здоровых мужчин. Также выявлено, что женщины, болеющие шизофренией, в целом используют чаще самоподдерживающий стиль юмора, чем мужчины с таким же диагнозом.

Впервые на российской выборке проведена адаптация шкалы GELOPH<15>, апробация методики PhoPhiKat<45>.

Получены данные о социо-демографических особенностях распространения гелотофобии в России, согласно которым у мужчин гелотофобия наиболее выражена в подростковом и первом зрелом возрастах; у женщин – в юношеском и втором зрелом возрастах; наиболее высокие значения гелотофобии чаще встречаются в менее крупных по численности населения административно-территориальных единицах. Изучение социо-демографических особенностей гелотофобии в России стало частью

крупномасштабного кросскультурного исследования гелотофобии, проведённого в 70 странах, инициируемого исследователями из Швейцарии (Proyer et al., 2009).

Теоретическая значимость исследования. Продемонстрирована динамика исследований гелотофобии с момента первых попыток описания феномена до настоящего времени – современных кросс-культурных исследований гелотофобии. Полученные данные обогащают научные представления о социофобии, способствуют более глубокому пониманию эмоции страха, а также таких недостаточно изученных социальных эмоций как стыд (Изард, 2003; Якоби, 2011).

Практическая значимость исследования. Изучение гелотофобии в контексте психических расстройств может иметь диагностические и прогностические цели, например, при описании клинической картины болезни. Степень выраженности гелотофобии при шизофрении может быть дополнительным индикатором показателя степени глубины дефекта, что может играть важную роль при социально-трудовой адаптации пациента, поскольку современная психофармокология позволяет снимать прежде всего продуктивную симптоматику, в меньшей степени влияя на дефицитарную (негативную) симптоматику (Авруцкий, Недува, 1998; Тиганов, Снежневский, Орловская, 1999). Результаты демонстрируют, что выраженная гелотофобия свидетельствует о неглубоком дефекте, в то же время, она может быть значительным препятствием для реабилитационных программ. В связи с этим важной является разработка социально-психологических, коррекционных и психотерапевтических программ при организации помощи людям с выраженным страхом осмеяния.

Изучение гелотофобии в различных нозологических группах несёт ценную информацию для лучшего понимания шизофрении и аффективных расстройств. Диагностика гелотофобии может быть включена в комплекс методов патопсихологического обследования как метод изучения эмоционально-личностной сферы, интерперсональных отношений, а также как

дополнительный метод диагностики социофобии. Создаётся возможность своевременного распознавания, адекватной оценки клинического и социального прогноза этой группы расстройств. В психологии развития изучение гелотофобии может играть важную роль в разработке способов адаптации к образовательному учреждению, где дразнение и высмеивание всегда занимали большое место. Страх выглядеть смешным способен играть важную роль при выборе досуга, в межличностных отношениях. Очевидно значение гелотофобии для самопрезентации, при выступлении перед большими аудиториями.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечивается большим количеством наблюдений, комбинацией взаимодополняющих и взаимопроверяющих методик, наиболее адекватных изучению особенностей гелотофобии. Материалы настоящего исследования анализировались с помощью алгоритмов вариационной статистики. Статистический анализ данных проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 20. Консультанты по статистической обработке данных: Dr. René Proyer, Universität Zürich, Psychologisches Institut – Persönlichkeitspsychologie und Diagnostik, канд. психол. наук Е.И. Рассказова.

Положения, выносимые на защиту

1. Особенности гелотофобии в группе больных шизофренией и группе больных аффективными расстройствами свидетельствуют об ее нозологической обусловленности. Гелотофобия в группе больных шизофренией и группе больных аффективными расстройствами значимо выше, чем в группе психически здоровых лиц.
2. Гелотофобия в группе больных шизофренией, группе больных аффективными расстройствами и группе психически здоровых лиц связана с различными индивидуально-личностными особенностями. У психически здоровых лиц она связана с переживанием чувства стыда, у больных аффективными расстройствами – с чувством стыда и страха, у больных шизофренией - с более широким кругом эмоциональных

проявлений: чувством стыда, страха, тревоги, грусти, гнева.

3. Уровень гелотофобии в группе больных приступообразно-прогредиентной шизофренией меняется в зависимости от длительности болезни: чем длительнее болезнь, тем менее выражена гелотофобия.
4. Отмечаются поло-возрастные особенности гелотофобии, свидетельствующие о наиболее выраженной гелотофобии в подростковом и первом зрелом возрасте у мужчин, юношеском и втором зрелом возрасте у женщин. Выраженность гелотофобии обратно пропорциональна численности населения административно-территориальной единицы.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации обсуждались на заседании межотделенческой научной конференции ФГБУ «НЦПЗ» РАМН 17 апреля 2013 года. Основные положения и результаты исследования докладывались на ежегодной XX Международной конференции по изучению юмора (Испания, Мадрид, 2008 г.); на ежегодной XIV Международной конференции по изучению юмора (Польша, Краков, 2012); на X международной научно-теоретической конференции «О природе смеха», (Украина, Одесса, 2012); на V международной конференции по когнитивной науке (Россия, Калининград, 2012); на Международной конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов» (Россия, Москва, 2007 г.); на конференции, посвящённой 115-летию со дня рождения Б. М. Теплова» (Россия, Москва, 2011 г.); на Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)» (Россия, Москва, 2013).

По теме диссертации опубликовано 6 работ. Среди них 4 в изданиях, входящих в перечень ведущих рецензируемых журналов, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России.

Объем и структура диссертационной работы. Диссертация состоит из введения, 6-ти глав, выводов и заключения, списка литературы из 201

наименований, из них 85 на иностранном языке, 9 приложений. Основной текст диссертации изложен на 159 страницах.

Основное содержание диссертации

Во Введении обосновывается актуальность изучения проблемы гелотофобии у больных психическими расстройствами и психически здоровых лиц, а также социо-демографических особенностей распространения гелотофобии; формулируются объект, предмет, цель и задачи исследования; выдвигаются гипотезы исследования; освещается научная новизна, практическая и теоретическая значимость работы; раскрываются теоретико-методологические основания работы. Представлены положения, выносимые на защиту, сведения об апробации результатов исследования.

Глава 1 «Чувство юмора и психическое здоровье» посвящена теоретическому анализу субъективной стороны юмора. Продемонстрированы основные подходы к изучению юмора в философии и психологии (Гоббс, 1964; Gruner, 1979; МакДугалл, 1903; Козинцев, 2007; Дземидок, 1974; Кант, 1966; Фрейд, 2006; Forabosco et al., 2009). Кратко обсуждаются функции юмора в психической деятельности человека: юмор как черта личности, как психологический защитный и регуляторный механизм; когнитивные, эмоциональные и социальные аспекты юмора. Представлена связь юмора и смеха с психическим здоровьем, а также специфика нарушения чувства юмора при психических расстройствах.

Глава 2 «Эмоциональные проявления гелотофобии: тревога, страх, стыд, социофобия» посвящена подробному рассмотрению эмоциональных проявлений, связанных с гелотофобией: тревога, страх, стыд. Описаны адаптивные и дезадаптивные функции этих эмоциональных состояний, расстройства тревожно-фобического спектра (Bleuler, 1911; Schneider, 1923; Kretschmer, 1925; Ганнушкин, 1907; Смулевич, 2012 Суханов, 1905; Каплан, Сэдок, 1994). Отдельное внимание уделено анализу социофобии. Показана история развития представлений о социофобии в психиатрии, клиническая картина, патогенез, коморбидные социофобии расстройства и состояния

(Каплан и др., 1994; Монтгомери, 1995; Hartenberg, 1904; Жане, 1911; Суханов, 1995; Ястребов, 2000). Сделан теоретический обзор представлений о главной составляющей гелотофобии – чувстве стыда. Продемонстрированы адаптивная и дезадаптивная роль стыда в жизни человека, а также защитные механизмы личности, связанные с переживанием чувства стыда. Особое внимание уделено психоаналитическим концепциям этого переживания. Показана связь стыда с нарциссическими устремлениями, а также взаимообуславливающая связь с чувством страха, тревоги и гнева. Показана роль стыда в тревожно-фобических расстройствах.

Глава 3 «Гелотофобия как форма социофобии» посвящена подробному анализу современных теоретических представлений о феномене гелотофобии. Продемонстрирована динамика теоретических подходов к изучению гелотофобии: от традиционных взглядов на гелотофобию как на клинический феномен, как форму социофобии, до смещения ракурса изучения гелотофобии в область психологии индивидуальных различий, где гелотофобия исследуется у психически здоровых лиц. Отмечены новые тенденции в изучении гелотофобии, касающиеся попыток возвращения феномена гелотофобии в область клинической психологии. Проведен анализ возможных причин возникновения гелотофобии и последствий ее влияния на социальную адаптацию. Рассмотрены кросс-культурные особенности гелотофобии, показана универсальность феномена гелотофобии, а также его культуральная специфика. Показана связь гелотофобии и психического здоровья. Приведены результаты исследований гелотофобии у больных психическими расстройствами (Форабоско, 2009; Титц, 2009; Stefanenko et al., 2008; Samson et al., 2011). Отмечается наибольшая выраженность гелотофобии у больных психическими расстройствами: у пациентов с социофобией, шизофренией, расстройствами личности шизоидного спектра, депрессией, расстройствами пищевого поведения, расстройствами аутистического спектра. Рассмотрены общие проявления гелотофобии и бредовых расстройств, сенситивных идей отношения. Проанализирован вопрос о роли гелотофобии в

стигматизации психических расстройств (Форабоско, 2009). Рассмотрены новые аспекты отношения к смеху и юмору - гелотофилия (склонность выставлять себя объектом смеха) и катагелластицизм (склонность высмеивать других).

Глава 4 «Материалы и методы исследования» посвящена постановке проблемы, описанию программы исследования и эмпирической базы, обоснованию методического аппарата.

В группе больных шизофренией в исследовании приняли участие: пациенты с вялотекущей шизофренией (F21.3 – псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения), приступообразно-прогредиентной шизофренией (F20.01 - параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения; F20.11 - гебефренная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения).

С целью более подробного анализа особенностей гелотофобии в группе больных приступообразно-прогредиентной шизофренией были выделены две подгруппы испытуемых: пациенты с приступообразно-прогредиентной (параноидной) шизофренией, имеющие один приступ, и пациенты с бо́льшим количеством приступов, чем один.

В группу больных аффективными расстройствами вошли пациенты с диагнозом депрессивный эпизод различной степени тяжести (F32.0, F32.1, F32.2). Для данной группы пациентов характерно преобладание депрессивной симптоматики, частично редуцированной на фоне психофармакологического лечения.

Пациенты подбирались в группу по согласованию с лечащими врачами. Все пациенты прошли стандартное патопсихологическое обследование. Критериями исключения из группы были: затрудняющие обследование нарушения мышления, органические поражения ЦНС, тяжелые соматические заболевания, признаки зависимости от ПАВ.

Контрольную группу составили условно здоровые люди, большую часть которых представили студенты различных специальностей, обучающихся в

московских ВУЗах.

Глава 5 «Результаты эмпирического исследования» посвящена описанию трёх исследовательских этапов: апробации и адаптации методов изучения гелотофобии, исследованию социо-демографических особенностей гелотофобии в России, исследованию гелотофобии у больных психическими расстройствами (у больных шизофренией и аффективными расстройствами).

Адаптация опросника GELOPH<15>; апробация опросника PhoPhiKat <45>. В результате адаптации русскоязычной версии шкалы гелотофобии GELOPH<15> получена высокая внутренняя согласованность пунктов (высокая надёжность, Альфа Кронбаха = 0.83), высокие корреляции пунктов со шкалой (>0.28), пригодность всех пунктов. Результаты факторного анализа позволили выделить оптимально один фактор, объясняющий 30.59% дисперсии. Настоящее исследование показало, что 7.41% людей в случайной выборке набрали балл, превышающий пороговую величину 2.5, т.е. обнаружили как минимум лёгкую степень выраженности гелотофобии.

В результате апробации опросника PhoPhiKat <45> анализ надёжности шкал «гелотофобия», «гелотофилия», «катагеластичесизм» продемонстрировал хорошую внутреннюю согласованность пунктов со шкалой ($\alpha=0.829$, $\alpha=0.834$, $\alpha=0.769$). Несколько пунктов характеризуются низкими (<.3) значениями корреляции пункта со шкалой. Анализ факторных нагрузок в ряде случаев показал их неоднозначность. В составе опросника имеется несколько пунктов, имеющих низкую различительную силу признака. Имеются пункты с высокой факторной нагрузкой не на целевой фактор. На данном этапе анализа было отобрано 30 пунктов (по 10 на каждую шкалу), получивших наилучшие психометрические характеристики, которые формируют краткую версию опросника. Полная версия требует повторного сбора данных после внесения коррективов в формулировки десяти проблемных пунктов. В результате 12.5% испытуемых набрали балл по гелотофобии, превышающей пороговый 2.5; 18.9% превысили пороговый балл по гелотофилии и 41.6% - по катагеластичесизму. Получены следующие описательные статистики шкал для

русской выборки: «гелотофобия» ($M=1.96$, $SD=.52$); «гелотофилия» ($M=2.10$, $SD=.52$); «катагеластический юмор» ($M=2.49$, $SD=.48$). В подтверждение более ранних результатов показано, что гелотофобия негативно связана с численностью населения ($r=-.12$, $p=.000$). Получена связь между гелотофилией и катагеластическим юмором ($r=.32$, $p=.000$), что согласуется с результатами оригинального исследования (Ruch et al., 2009). Отрицательной связи между гелотофобией и гелотофилией, выявленной в оригинальном исследовании, получено не было. Корреляционный анализ шкал опросника PhoPhiKat <45> с различными стилями юмора, параметрами агрессии и качества жизни свидетельствует в пользу валидности русскоязычной версии опросника. Гелотофобия отрицательно, а гелотофилия и катагеластический юмор - положительно коррелируют с позитивными стилями юмора – аффилиативным ($r=-.25$, $r=.41$, $r=.31$; $p=.000$) и самоподдерживающим ($r=-.25$, $r=.23$, $r=.14$; $p=.000$). При этом гелотофилия и катагеластический юмор также положительно коррелируют и с негативными стилями – агрессивным ($r=.26$, $r=.51$; $p=.000$) и самоуничижительным ($r=.63$, $r=.18$; $p=.000$), в то время как гелотофобия не связана с ними. Гелотофобия и катагеластический юмор положительно связаны со всеми шкалами агрессии (коэффициенты от .25 до .35 при $p=.000$), гелотофилия не связана ни с одним из параметров (Стефаненко и др, 2013).

Исследование социо-демографических особенностей гелотофобии. На этапе адаптации опросника GELOPH<15> социо-демографический анализ гелотофобии показал, что процент людей с выраженной гелотофобией в России (7.41%) оказался ниже, чем в Германии, где, по данным В. Руха и В. Проьера, он составил 11.65% (Ruch et al., 2008). В то же время, процент людей с гелотофобией в России выше, чем в Австрии (5.80%), и близок к данным Китая (7.31%) и Швейцарии (7.23%) (Proyer et. al., 2012). В результате корреляционного анализа Пирсона обнаружена значимая положительная связь гелотофобии с возрастом ($r=0,154$, $p=0,00$). Значимой корреляции с полом не получили. С возрастом гелотофобия у мужчин и женщин меняется неодинаково. У мужчин подростковый период (13-16 лет) характеризуется

более высокими значениями гелотофобии, чем юношеский (17-23 лет), ($M=2.11$ и 1.91 , $t=0.231$ при $p=0.018$). Однако, уже в первом зрелом возрасте (24-35 лет) гелотофобия приобретает более выраженный характер и значимо больше, чем в юношеском ($M=2.25$ и 1.91 , $t=0.675$ при $p=0.01$). В женской группе второй зрелый возраст (36-55 лет) имеет самые высокие значения гелотофобии и значимо отличается от первого зрелого (22-35 лет), ($M=2,33$ и 1.98 , $t=0,137$ при $p=0,002$). Юношеский возраст у женщин (16-21 лет) также имеет более выраженные значения гелотофобии, как по сравнению с подростковым (12-15 лет), ($M=2.1$ и 2.02 , $t=0.128$ при $p=0.018$), так и с первым зрелым ($M=2.1$ и 1.98 , $t=0.436$ при $p=0.002$) (рис. 1). Высокие значения гелотофобии у мужчин в первом зрелом возрасте и высокие значения гелотофобии у женщин во втором зрелом возрасте совпадают с высоким суицидальным риском в соответствующих группах (Комер, 2007). Результаты корреляционного анализа Пирсона продемонстрировали увеличение гелотофобии с уменьшением численности населения ($r=0,133$ $p=0,00$) в месте проживания респондентов.

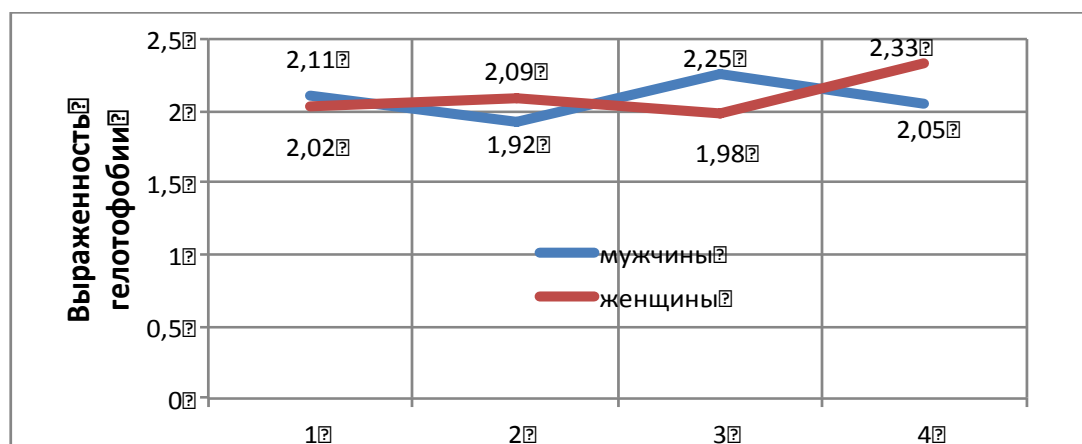


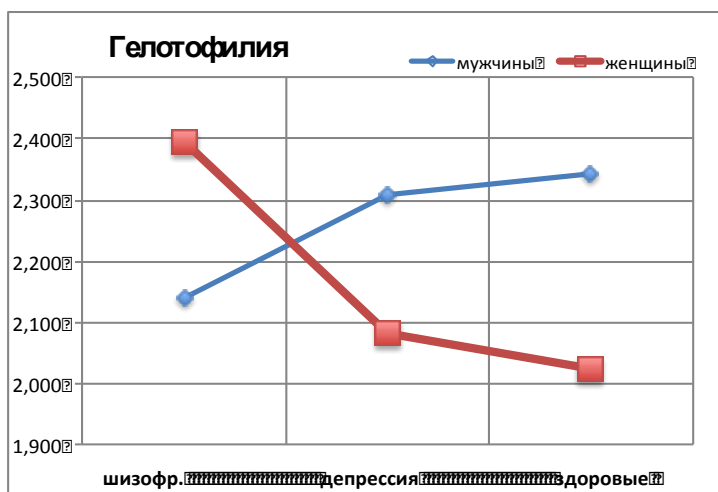
Рисунок 1. Выраженность гелотофобии у мужчин и женщин в разных возрастных периодах (по периодизации Аллахвердова и др., 2007).

Это значит, что самые высокие значения гелотофобии можно наблюдать в деревнях и селах, самые низкие - в крупных городах. Схожие результаты были получены в ходе адаптации шкалы GELOPH<15>, апробации опросника PhoPhiKat <45> (Стефаненко и др., 2011; 2012).

Клиническое исследование гелотофобии. Результаты исследования гелотофобии у больных психическими расстройствами показали, что среди пациентов 24,8% имеют, как минимум, лёгкую степень выраженности гелотофобии (22,9% среди пациентов с шизофренией и 28% с депрессией). Получены значимые различия средних значений у пациентов с шизофренией, у пациентов с депрессией и у здоровых испытуемых ($M_{здоровые}=1.81$, $SD=.51$, $M_{шизофр}=2.21$, $SD=.47$ при $p<.001$, $M_{здоровые}=1.81$, $SD=.51$, $M_{депрес}=2.19$, $SD=.47$ при $p<.001$). Сходные закономерности получены в результате выполнения картиночного теста Picture-GELOPH.

Группа больных шизофренией и группа больных депрессией значимо не различаются по среднему значению. Анализ гелотофобии в рамках диагноза шизофрении продемонстрировал у больных параноидной шизофренией с одним приступом гелотофобию значимо выше, чем у больных параноидной шизофренией более чем с одним приступом ($MS_{один\ приступ}=2,38$ при $SD=0,257$, $MS_{более\ одного\ приступа}=2,12$ при $SD=0.39$ при $p<.05$). Значимых различий в остальных подгруппах получено не было.

В группе пациентов с параноидной шизофренией более чем с одним приступом была получена значимая связь гелотофобии с длительностью болезни. Корреляционный анализ продемонстрировал, что значение гелотофобии с увеличением длительности болезни заметно снижается ($r=-0.670$ при $p=0.003$). В группе пациентов с одним приступом, с вялотекущей шизофренией, с аффективными расстройствами подобной связи не выявлено.



Рисунки 2, 3. Выраженность гелотофии и катагеластичизма у больных нозологических групп и у здоровых лиц.

Дисперсионный анализ продемонстрировал, что в группе мужчин и женщин изменения выраженности гелотофии и катагеластичизма (от группы больных с шизофренией, группы пациентов с депрессией к группе здоровых испытуемых) имеют противоположный характер (гелотофия: $F=5.202$ при $p= .006$; катагеластичизм: $F=7.739$ при $p= .01$), (рис. 2, 3).

У здоровых мужчин катагеластичизм, гелотофия значимо выше, чем у здоровых женщин. Противоположный результат получен у больных шизофренией мужчин. В то же время, высокие значения катагеластичизма и гелотофии являются выраженными у больных шизофренией женщин. У здоровых женщин эти показатели значительно снижаются. В целом, здоровые мужчины более склонны искать повод для смеха над другими, чем женщины

(Proyer et al., 2012). Исследования в области психологии юмора также демонстрируют преобладание агрессивного стиля юмора у мужчин (Мартин, 2009). Исследования М. Ламперта свидетельствуют, что мужчины чаще используют юмор в целях конкуренции, в то время как женщины – в целях получения социальной поддержки (Lampert et al., 2010). Хотя количество исследований на тему гендерных различий больных шизофренией ограничено, некоторые авторы подчёркивают специфические особенности. У женщин болеющих шизофренией чаще диагностируется аффективная симптоматика, эмоциональная экспрессивность, гневливость и несдержанность, в то время как у мужчин - когнитивный дефицит и негативные симптомы, мужчины становятся более покладистыми и пассивными (Nasser et al., 2002; LaTorre et al., 1979). Кроме того, более раннее начало болезни у мужчин приходится в целом чаще на более низкий уровень социального развития, что, в свою очередь, затрудняет дальнейшее психосоциальное развитие. Поскольку феномен гелотофилии и катагеластии подразумевает определённую социальную смелость, закономерно, что у мужчин с шизофренией данные показатели снижаются значимо больше.

Выраженность самоподдерживающего юмора в группе пациентов с шизофренией у женщин (4.59) значимо больше, чем у мужчин (4.03). В группе пациентов с депрессией подобных гендерных различий не отмечается. Наоборот, мужчины и женщины солидарны в этом плане, поскольку в ситуации болезни (3.94) они одинаково менее склонны к самоподдерживающему юмору, чем здоровые люди (4.31), ($F=3.834$ при $p=.023$). Наблюдаются групповые различия среди женщин - самоподдерживающий юмор более выражен у пациентов с шизофренией (4.59), чем у пациентов с депрессией (3.87), ($F=3.318$ при $p=.038$). Подобный паттерн результатов гармонирует с полученной ранее нами динамикой выраженности гелотофилии у мужчин и женщин в трёх группах испытуемых. Гелотофилия, как и самоподдерживающий юмор, в большей степени характерны для женщин с шизофренией, чем для мужчин с таким же

диагнозом. Вероятно, данный результат связан с гендерными особенностями при шизофрении.

Дисперсионный анализ различий по самоуничижительному стилю юмора показал, что у пациентов с депрессией он более выражен, чем у здоровых людей ($F=3.4$, $p=.035$). Одна из особенностей самоуничижительного юмора заключается в том, что такие люди смеются сами над собой, «выставляют себя посмешищем» часто ради того, чтобы другие не заметили их действительно подавленное настроение. Эта идея пересекается с точкой зрения К. Шнайдера, который приписывает депрессивным личностям огромный набор «масок». Не желая выделяться, они часто используют стандартные модели поведения, одобряемые окружающими, позиционируют себя в качестве весёлых, счастливых, в то время как на душе у них безрадостно (Schneider, 1959). В то же время, полученные результаты соотносимы с результатами исследований копинг-механизмов пациентов с депрессивной симптоматикой, которые свидетельствуют о преимущественной выраженности патопротекторных механизмов совладания в этой группе испытуемых (Антохин, 2010).

Обнаружено снижение общей агрессивности в континууме от больных шизофренией, депрессией к здоровым пациентам. Фактор группы при полученном равенстве дисперсий ($\text{Sig.}=0.377$) оказывает значимое влияние на различия в выраженности степени агрессивности в группе пациентов с шизофренией (-0.139) и здоровых испытуемых (-0.198) как у мужчин, так и у женщин ($F=.074$). В то же время, показатель аффективности (удовлетворённость собой и другими, положительное отношение к себе и другим) оказался наиболее выраженным в группе здоровых людей (3,15), чуть менее в группе больных шизофренией (2,59) и самые низкие значения он получил в группе пациентов с депрессией (2,03), ($F=4.68$, $p=.032$). Вероятно, дефицитарное состояние данного показателя при шизофрении может быть связано с нарушением эмоционального контакта с окружающими. Описанные в литературе особенности проявления чувства радости у пациентов с

шизофренией обычно редко касаются конкретных жизненных вещей, чаще они могут быть выражены в виде абстрактных идей, например, радость вызволения может быть обусловлена отрицанием социальных отношений или эмоционально-чувственных отношений (Кемпиский, 1998). Наблюдающаяся при депрессии когнитивная триада основных паттернов депрессивного самосознания: негативный образ себя, негативный образ будущего, негативный опыт - корректно согласуется с низкими показателями аффективности, а также самоощущением пациентов с депрессивным эпизодом как несчастных (Тхостов, 2002).

У пациентов с депрессивным эпизодом агрессия, направленная на предмет, и агрессия направленная на себя, достоверно выше, чем в группе пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых ($F=7,603$). Подобные закономерности соотносимы с результатами, полученными ранее А.А. Абрамовой, которые демонстрируют, что у пациентов с депрессивной симптоматикой по сравнению со здоровыми испытуемыми, в большей степени выражена проактивная агрессия, направленная на предметы (Абрамова, 2005). Распространённым является мнение авторов, что депрессия связана с суицидальными, аутоагрессивными тенденциями, основанными на идеях самообвинения и фиксации собственных проблем (Тиганов, 1999; Смулевич, 2000).

Гелотофобия во всех трёх группах испытуемых положительно связана с чувством страха, стыда, тревоги, гнева, отрицательно - с хорошим настроением и ощущением себя счастливым (Табл. 2). В группе пациентов с шизофренией гелотофобия положительно связана со стыдом ($r= .266$ при $p= .014$), тревогой ($r= .279$ при $p= .010$), гневом ($r= .251$ при $p= .021$); отрицательно - с хорошим настроением ($r= - .229$ при $p= .035$), счастьем ($r= - .319$ при $p= .003$). В группе пациентов с депрессией гелотофобия положительно связана со страхом ($r= .466$ при $p= .001$), стыдом ($r= .286$ при $p= .049$), тревогой ($r= .288$ при $p= .047$). В группе здоровых людей гелотофобия значимо положительно коррелирует со стыдом ($r= .333$ при $p= .007$).

Таблица 2.

Связь гелотофобии с самооценкой, определяемой по шкалам методики Дембо-Рубинштейн.

	Грусть	Страх	Стыд	Тревога	Гнев	Счастье	Ум
Гелотофобия GELOPH <15>	,216**	,323**	,341**	,337**	,167**	-,318**	-,345**
Кол-во испытуемых	197	197	197	197	197	152	85

Результаты корреляционного анализа Спирмена ** p < .001; * p < .05

Таким образом, наиболее эмоционально «нагруженной» гелотофобия оказывается в группе больных шизофренией.

Наблюдаются некоторые различия среди пациентов с шизофренией. Группа пациентов с параноидной шизофренией менее чем с одним приступом обнаруживают связь гелотофобии с чувством страха ($r = .413$ при $p = .053$), в то время как группа больных вялотекущей шизофренией – связь гелотофобии с чувством стыда ($r = .407$ при $p = .060$). Пациенты с параноидной шизофренией с более чем одним приступом не продемонстрировали связей гелотофобии с этими эмоциональными состояниями. Таким образом, формы шизофрении, подразумевающие в своей клинической картине менее выраженные нарушения мышления и эмоционально-личностные изменения, демонстрируют гелотофобию, в большей степени связанную с чувством стыда, что является аналогичным результатам здоровых испытуемых. Полученные данные соотносятся с данными литературы о том, что чувство стыда наиболее часто проявляется у людей с шизоидным характером, шизоидным расстройством личности. Другая картина наблюдается у больных шизофренией, которые игнорируют мнение окружающих (Рикрофт, 2008).

В группе больных вялотекущей шизофренией и группе пациентов с депрессией отмечается связь гелотофобии и катагеластизма ($r = 0.652$ при $p = 0.003$, $r = 0.411$ при $p = 0.005$). Данный результат соотносится с мнением авторов, что половина «гелотофобов» имеют выраженные признаки

катагеластичизма, в то время как вторая половина не проявляет подобных особенностей (Ruch et al., 2009). Можно предположить, что катагеластичизм в таком случае может играть роль защитного механизма от насмешек окружающих. Предположительно, у здоровых испытуемых наблюдается превалирование других, более эффективных способов совладания. Отсутствие не только адаптивных, но и патопротекторных механизмов совладания у больных параноидной шизофренией соотносится с распространенными в литературе данными о наличии индивидуально непереносимого стрессового воздействия при низкой способности защитно-совладающего поведения у таких пациентов (Исаева, 1999).

Результаты корреляционного анализа показали высокую силу линейной связи гелотофилии с катагеластичизмом во всех группах испытуемых, что согласуется с полученными ранее результатами в Швейцарии (Ruch, et al., 2009), (Табл. 3).

Таблица 3.
Значимые корреляции гелотофобии, гелотофилии, катагеластичизма в разных нозологических группах.

		Гелотофобия	Гелотофилия	Катагеластичизм
Шизофрения	Гелотофилия			,618**
	Катагеластичизм		,618**	
Депрессия	Гелотофобия			,426**
	Гелотофилия			,587**
	Катагеластичизм	,426**	,587**	
Здоровые	Гелотофилия			,521**
	Катагеластичизм		,521**	

Результаты корреляционного анализа Спирмена ** $p < .001$; * $p < .05$

В группе пациентов с параноидной шизофренией менее чем с одним приступом наблюдается положительная связь между гелотофобией и

гелотофилией ($r=0.324$ при $p=0.05$). Это свидетельствует о том, что пациенты демонстрируют неуверенность и подозрительность, связанную со страхом насмешки, в то же время проявляют уверенность, демонстрируя себя с нелепой точки зрения. Подобная закономерность может быть связана с выраженным дефектом данной подгруппы, с дисгармоничностью и парадоксальностью их внешнего вида и поведения.

В главе 6 «Обсуждение результатов» проведен анализ и интерпретация полученных данных.

Адаптация и апробация методов исследования гелотофобии, гелотофилии и катагеластиицизма. Шкала гелотофобии обнаружила хорошие психометрические свойства: высокую внутреннюю согласованность пунктов (высокую надежность), высокие корреляции пунктов со шкалой, пригодность всех пунктов. Результаты исследования показали, что феномен гелотофобии релевантен для российской выборки.

Полученные в результате апробации методики PhoPhiKat <45> данные свидетельствуют о хороших психометрических свойствах опросника. Показана высокая степень внутренней согласованности пунктов. Отмечается релевантность исследуемых феноменов русскоязычной выборке. Корреляционный анализ шкал опросника с различными стилями юмора, параметрами агрессии и качества жизни свидетельствует в пользу валидности русскоязычной версии опросника. Краткая версия PhoPhiKat<30> может быть рекомендована к использованию. Полная версия опросника нуждается в доработке.

Социо-демографические особенности гелотофобии. Выраженность гелотофобии согласуется с особенностями смеховой культуры в России, а также обусловлена некоторыми социо-демографическими особенностями. Социо-демографическая специфика гелотофобии касается поло-возрастных особенностей, особенностей, связанных с численностью населения административно-территориальных единиц.

Неравнозначность выраженности гелотофобии у мужчин и женщин в

одном и том же возрастном периоде может объясняться гендерными особенностями динамики социальных половых ролей и говорить об адаптивной стабилизирующей функции полученных несоответствий у мужчин и женщин в супружеских отношениях, о взаимодополняющей роли в разные периоды жизни, что важно для взаимопонимания.

Наблюдаемые данные о снижении гелотофобии с увеличением численности населения административно-территориальной единицы свидетельствуют в пользу полученных ранее результатов (Стефаненко, 2011). Риск уронить себя в глазах окружающих заметно выше в городах с меньшей численностью, что связано с меньшей анонимностью. Страх выглядеть смешным предположительно связан с коллективизмом/индивидуализмом, взаимозависимостью/независимостью в социуме (Lampert et al., 2010). Считается, что в рамках российской культуры индивидуализм не является доминирующим мировоззрением, особенно в небольших городах, где привязанность к традициям более прочная, нежели в крупных административно-территориальных единицах (Данилова и др., 2003).

Клиническое исследование гелотофобии. Анализ выраженности гелотофобии в трех группах испытуемых подтвердил предположение о том, что страх казаться объектом насмешки в группе здоровых испытуемых значимо меньше, чем в группе психически больных людей.

Значительное место уделяется анализу и объяснению полученной связи длительности болезни и гелотофобии при шизофрении. Предполагается, что снижение гелотофобии с длительностью болезни у больных параноидной шизофренией с более чем одним приступом в анамнезе связано с прогрессивностью болезненного процесса, который более выражен, чем при вялотекущей шизофрении. Нарастание дефекта в данном случае имеет постоянный характер. Приступообразно-прогрессивная форма предполагает усугубление негативной симптоматики от приступа к приступу (аутизм, эмоционально-волевое снижение, нарушения мышления) (Морозов, 1988). Такие наиболее выраженные дефектные состояния, сопровождающиеся

апатобулическим синдромом (эмоциональным оскудением, снижением активности, безвольностью), могут характеризоваться безразличием к оценке окружающих и поэтому сниженной гелотофобией. Предположительно, пациенты с первым приступом в молодом возрасте не успевают достичь такой степени дефектности, как пациенты, перенёсшие несколько приступов. Б.В. Зейгарник пишет о специфических личностных изменениях больных шизофренией, а именно, изменениях механизмов смыслообразующей функции мотивов. Значимость мнения окружающих, общественная оценка также могут утрачивать свою прежнюю ценность. (Зейгарник, 1986). Это свидетельствует о более выраженных изменениях личности при данном типе течения болезни, чем при вялотекущей. При вялотекущих формах шизофрении отмечается более медленное развитие, обычно не достигающее крайней степени выраженности изменений личности, особенно в молодом возрасте. Характерная неврозоподобная симптоматика при вялотекущей шизофрении (обсессивная, фобическая, компульсивная, конверсионная), специфическое преморбидное состояние (черты пограничного расстройства: впечатлительность, сенситивность, эмоциональная неустойчивость, уязвимость к стрессу, живость воображения, и шизоидные расстройства: замкнутость, холодность) могут быть основанием для объяснения высоких значений гелотофобии в этой группе (Тиганов, 1999).

Соотнести выраженность гелотофобии и глубину дефекта позволяют представления психиатрии о негативных симптомах. Наиболее популярными в этой связи являются понятия когнитивного снижения, снижения психической активности, ангедонии, личностного искажения (аутизации) (Тиганов и др., 1999). Поскольку проблема диагностирования дефекта и дальнейшей его коррекции в психиатрии всегда оставалась не до конца решенной, является актуальным более детальное изучение соотношения гелотофобии и глубины дефекта.

В работе акцентировано внимание на нозологической специфике гелотофобии, в связи с чем подробно рассматриваются и объясняются

качественные и количественные связи гелотофобии с личностными особенностями и особенностями самооценки у больных психическими расстройствами в сравнении с группой здоровых лиц.

Выявленная в работе нозологическая специфика гелотофобии свидетельствует о том, что у больных шизофренией она коррелирует гораздо с большим количеством негативных эмоций, чем в группе больных аффективными расстройствами и группе здоровых испытуемых. Это может объясняться меньшей дифференцированностью эмоциональной сферы таких пациентов, трудностями понимания своих собственных чувств и переживаний, а также чувственных проявлений окружающих, что соотносимо с данными в области клинической психологии и психиатрии (Зейгарник, 1986; Критская и др., 1991; Морозов, 1988; Смулевич, 2012).

Связь гелотофобии со стыдом и страхом в этой группе носит неоднозначный характер. Более грубые формы шизофрении, с более длительным периодом болезни и бо́льшим количеством приступов, демонстрируют связь гелотофобии с чувством страха, в рамках которой осмеяние может рассматриваться как угроза целостности личности. С другой стороны, малопрогрессирующий тип шизофрении обнаруживает связь гелотофобии со стыдом, в рамках которой более сохранными могут оставаться критичность, самосознание, различимость тонких эмоциональных состояний. Полученный результат может свидетельствовать о качественных различиях в этиологии гелотофобии в рамках различных по типу течения синдромальных формах шизофрении. Будучи тесно связанной с чувством стыда, гелотофобия у больных вялотекущей шизофренией может проявляться в рамках убеждённости в собственной психической неполноценности и быть обусловленной сохранностью понимания болезни. Гелотофобия, связанная у больных приступообразной-прогрессирующей (параноидной) шизофренией с чувством страха, соотносится с описываемым в литературе поведением избегания и сенситивными идеями отношения у таких пациентов (Ястребов, 2010).

Специфика изменения выраженности гелотофилии и катагеластиицизма у женщин больных шизофренией, выраженность самоподдерживающего юмора у больных шизофренией женщин, в сравнении с группой больных шизофренией мужчин, вероятно, является подтверждением того, что женщины оказываются более адаптированными в ситуации болезни, чем мужчины. Способность посмеяться над собой является важным аспектом совладания с трудными ситуациями (Lampert et al., 2010). Приводимые в литературе данные о гендерных особенностях копинг-механизмов свидетельствуют о том, что женщины чаще мужчин используют когнитивную стратегию позитивной переоценки, придавая трудностям новый смысл, обесценивая для себя значимость событий (Исаева, 2009). Такая стратегия имеет схожий механизм со смехом, который часто играет роль универсального отрицателя и избавителя (Козинцев, 2007).

Полученные особенности больных шизофренией и аффективными расстройствами рассматриваются и обсуждаются с точки зрения традиционных теоретических представлений о клинической картине этих заболеваний в психологии и психиатрии (Зейгарник, 1986; Рубинштейн, 1999; Критская и др., 1991; Морозов, 1988; Смулевич, 2012; Тиганов, 1999).

В Заключении подведены основные итоги исследования, обсуждаются перспективы дальнейшего изучения гелотофобии с точки зрения ее связи с социофобией. Выявлены некоторые психотерапевтические мишени, связанные с выраженным страхом насмешки.

Выводы исследования:

1. Оптимальные значения выраженности гелотофобии являются необходимым условием формирования адекватной самооценки человека, здорового чувства идентичности, социальной компетентности. В то же время, высокие значения гелотофобии часто связаны с социальной дезадаптацией и согласуются с психическими расстройствами.
2. Выраженная гелотофобия может быть характерна как для психически здоровых людей, так и для больных шизофренией и аффективными

расстройствами. В целом в группе больных психическими расстройствами гелотофобия чаще имеет высокие значения. Если в группе психически здоровых лиц выраженные значения гелотофобии являются риском социальной дезадаптации, то у больных шизофренией – это показатель менее выраженного дефекта.

3. Описаны клинико-психологические особенности гелотофобии, согласно которым страх казаться объектом насмешки может иметь нозологическую специфику. В группе больных шизофренией гелотофобия имеет более диффузный характер, чем в группе больных депрессией и здоровых людей, поскольку связана с более широким спектром эмоциональных проявлений: чувством стыда, страха, тревоги, грусти, гнева. Гелотофобия имеет качественные различия при разных типах течения шизофрении, и соотносится с клинической картиной в каждом случае.
4. Выраженность гелотофобии может быть дополнительным индикатором глубины нарушения психической деятельности при приступообразно-проредивной шизофрении, поскольку различия в показателях гелотофобии в этой группе испытуемых связаны с длительностью болезни и количеством приступов.
5. В группе больных шизофренией гелотофобия имеет более диффузный характер, чем в группе больных депрессией и здоровых людей, поскольку связана с более широким спектром эмоциональных проявлений: чувством стыда, страха, тревоги, грусти, гнева.
6. Гелотофобия, связанная с чувством стыда, является менее патологичной, чем гелотофобия, связанная с чувством страха. Если высокая тревога в первом случае связана с ощущением собственной никчёмности, беспомощности и отверженности в ситуации выраженного стыда, то во втором случае – также с ожиданием попадания в негативные ситуации в будущем и выраженным беспокойством по этому поводу.

7. У больных шизофренией наблюдаются гендерные особенности отношения к смеху и юмору (более выраженный по сравнению с мужчинами самоподдерживающий стиль юмора, а также более выраженные значения гелотофилии и катагеластиицизма у женщин), свидетельствующие о большей адаптированности женщин в ситуации болезни.
8. Выраженность гелотофобии у психически здоровых лиц согласуется с особенностями смеховой культуры в России, а также может быть связана с некоторыми социо-демографическими особенностями:
- наиболее высокие значения гелотофобии соответствуют наименьшей численности населенного пункта;
 - возрастная динамика выраженности гелотофобии не одинакова у мужчин и женщин: у мужчин гелотофобия наиболее выражена в подростковом и первом зрелом возрасте, у женщин - в юношеском и втором зрелом.
9. Адаптирована русскоязычная шкала гелотофобии GELOPH<15>, апробирована методика исследования гелотофобии, гелотофилии, катагеластиицизма PhoPhiKat <45>. Продемонстрирована адекватность шкалы GELOPH<15> для исследования гелотофобии и необходимость доработки опросника PhoPhiKat<45>.

Список публикаций по теме диссертации

Основное содержание диссертации отражено в 6 публикациях (общий объем – 5,24 п. л., авторский вклад – 1, 26 п. л.).

Публикации в рецензируемых журналах и изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

- 1. Стефаненко, Е.А. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии / Е.А. Стефаненко,**

Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов, Р. Проер, В. Рух // Психологический журнал. - 2011. - Том 32. - № 2. - С. 94–108 (1,47 п.л./0,37 п.л.). Импакт-фактор РИНЦ – 0,456.

2. Стефаненко, Е.А. Социодемографические аспекты гелотофобии в России / Е.А. Стефаненко, Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов // Вопросы психологии. - 2013. – № 2.– С. 104 – 112 (0,61 п.л./0,31 п.л.). Импакт-фактор РИНЦ – 0,184.
3. Стефаненко Е. А. Русскоязычная адаптация опросника стилей юмора Р. Мартина / Е.М. Иванова, О.В. Митина, А.С. Зайцева, Е.А. Стефаненко, С.Н. Ениколопов // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2013. – Т. 6 - № 2. – С. 71-85. (1,21 п.л./0,17 п.л.). Импакт-фактор РИНЦ - 0,119.
4. Стефаненко Е. А. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией / Е.А. Стефаненко, С.Н. Ениколопов, Е.М. Иванова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. - № 1. - С. 26-29 (0,46 п.л./0,36 п.л.). Импакт - фактор – 0.716.

Научные публикации в других изданиях

5. Stefanenko, E.A. Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multinational study involving 73 countries / R.T. Proyer, W. Ruch, E.A. Stefanenko et al. // Humor: International Journal of Humor Research. - 2009. - Vol. 22. - P. 253–279 (1,47 п.л./0,02 п. л.). Impact factor – 0,857.
6. Stefanenko, E.A. The fear of being laughed at in healthy people and psychiatric patients. Assessing gelotophobia in Russia / Е.М. Ivanova, Е.А. Stefanenko, S.N. Enikolopov, R.T. Proyer, W. Ruch // Bridging Eastern and Western Psychiatry. - 2011. - P. 20-21 (0,09 п.л./0,03 п.л.).