

Сергей Шиковец, студ.
Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, Киев

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНТАЛЬНОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РЕГИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ УКРАИНЫ

В статье содержится методологическое обоснование и опыт практического исследования поля ментальности представите лей региональных сообществ Украины. Предмет исследования обуславливает его особую актуальность, поскольку среди совокупности психологических особенностей именно через менталитет и ментальность открывается удобная возможность проследить способы восприятия, интерпретации реальности и реагирования на нее, процессы унификации способов мировосприятия, мироощущение, миропонимание и идентичность паттернов поведения. Данные факты дают возможность глубже понять этнопсихологические особенности региональных сообществ и использовать эти знания с целью консолидации украинского общества и противодействия "региональному сепаратизму".

Ключевые слова: этнопсихология, психологическая проблематика регионалистики, региональные сообщества Украины, ментальность, менталитет.

Sergiy Shykovets, student
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF MENTALITY OF REGIONAL COMMUNITIES OF UKRAINE

This article contains methodological study and practical experience of research in the field mentality of regional communities in Ukraine. The purpose of the study makes it especially actual in our days because mentality as a construct offer convenient opportunity to trace the ways of perceiving, interpreting reality and responding to it, the unification of the ways of perception of the world, attitude, outlook and identical patterns of behavior. These features are more useful in scientific point of view than any other psychological features of members of regional communities. They make it possible to understand the ethno-psychological features of regional communities better and use the knowledge to consolidate Ukrainian society and negate "the regional separatism".

Keywords: ethnicpsychology, psychological problems of regionalistics, regional communities of Ukraine, mentality.

УДК:616.89- 008.441.1

Оксана Шпортун, докторант
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕЛОТОФОБІЇ У ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Стаття присвячена дослідженню та виявленню нозологічної специфіки гелотофобії, гелотофільії і катагеластизму у хворих на психічні розлади. Проводиться аналіз симптоматики та широкого паттерну емоційних станів проявів гелотофобії у здорових людей і людей, хворих на шизофренію.

Ключові слова: гелотофобія, неврозоподібна симптоматика, психічні розлади, соціофобія.

Интерес до досліджень почуття гумору хворих психічними захворюваннями обумовлений поширенням серед клініцистів думкою про те, що його порушення можуть мати діагностичну значимість. Сприйняття гумору є унікальним феноменом, в якому наочно проявляється єдність інтелекту та афекту. У зв'язку з цим припускають, що порушення почуття гумору можуть виникати перш розвитку більш грубих інтелектуальних або емоційних порушень, що дозволяє проводити тонку діагностику на ранніх стадіях захворювання.

Теоретико-методологічною базою дослідження стали уявлення про гелотофобію як про форму соціофобії (Тітц, Форабоско, Рух); психологічна концепція гумору як прояв переваги і ворожості (Платон, Аристотель, Грунер, Зіліман, Гоббс); теорія Р. Мартіна про негативні та позитивні стилі гумору в залежності від мети використання гумору: подолання внутрішньоособистісних проблем суб'єкта або поліпшення взаємин з оточуючими; принципи вітчизняного клініко-психологічного підходу до вивчення психічних розладів, заснованого на принципі синдромного аналізу (Зейгарнік, Критська, Мелешко, Поляків, Соколова, Коченов, Ніколаєва); принципи вітчизняної психіатричної школи, які розглядають соціофобію як соціальний тривожний розлад, що представляє інвалідизуюче хронічне захворювання, що має чіткі критерії діагностики в міжнародній класифікації хвороб (Каплан, Смулевич, Тиганов, Монтгомері, Ковпак).

Однак, незважаючи на практичну значимість подібних досліджень для клінічної практики, досі емпіричних даних у цій галузі вкрай мало. Дана обставина зумовила вибір теми дослідження – розлади емоцій – розлади гумору – гелотофобія та особливості її прояву у хворих на психічні розлади.

Мета статті: здійснити інтерпретацію результатів дослідження гелотофобії у хворих на психічні розлади.

Завдання: розкрити поняття гелотофобії як фобічно-горозладу; визначити симптоматику даного розладу; розглянути результати порівняльного аналізу вираження гелотофобії у хворих на шизофренію, хворих депресією і психічно здорових осіб.

Виклад основного матеріалу. Аналіз небагатьох існуючих робіт з дослідження порушень почуття гумору у хворих психічними захворюваннями дозволяє об'єднати їх у два основних напрямки. Кількісний підхід передбачає наявність "зниження" почуття гумору у пацієнтів. Він не дає психологічного пояснення такому дефіциту, і не дозволяє диференціювати хворих з різними діагнозами. Крім того, сприйняття гумору є складним багатовимірним феноменом і включає ряд параметрів: інтелектуальне розуміння змісту жарту, емоційну включеність, схильність до сміху тощо. Тому і порушення почуття гумору, очевидно, відбувається нерівномірно.

Вперше гелотофобію описав німецький психолог і психотерапевт М. Тітц. Він розглядав захворювання як особливу форму соціофобії. Зараз це явище широко досліджує німецький психолог В. Рух. На етіологію і патогенез гелотофобії існує дві точки зору. Класики гелотології М. Тітц і В. Рух, О. Стефаненко, вважають гелотофобію різновидом соціофобії. Підтверджує цю точку зору схожість їх симптомів. За іншою гіпотезою, гелотофобія – порушення почуття гумору, пов'язане з ненормальним його використанням над такими людьми з дитинства. При цьому гумор перестає їх розслабляти. За Р. А. Мартіном, гелотофобія відповідає саме самопринижуючому гумору [3]. В. Рух і Р. Проєр вважають, що явище гелотофобії можна виділити не тільки як нозологічну одиницю, але і як синдром. Вони порівняли хворих з гелотофобією за критеріями М. Тітца, атипової депресією, типової депресією і психічно здорових. На

питання, пов'язані з почуттям сорому, хворі з гелетофобією і атипової депресією відповідали однаково і відрізнялися від інших груп. Однак, конкретно з питань осміяння, хворі з гелетофобією різко відрізнялися від інших груп, мало відрізнялися між собою. На основі цього був зроблений висновок про самостійність синдрому. При цьому гелетофобічний синдром за В. Рухом і Р. Проїером перетинається з соціофобічним [7; 8; 9].

Розглянемо результати порівняльного аналізу вираження гелетофобії у хворих на шизофренію, хворих депресією і психічно здорових осіб. В рамках дослідження гелетофобії у хворих із психічними розладами звертає на себе увагу відсоткове співвідношення кількості випробовуваних, що мають різну ступінь вираження страху здаватися об'єктом глузування. В ході адаптації шкали GELOPH, 7,41 % умовно здорових досліджуваних продемонстрували як мінімум легкий ступінь вираження гелетофобії. Аналіз процентних співвідношень гелетофобії на здоровій вибірці, що брала участь у клінічному дослідженні, продемонстрував 11,2 % випробовуваних, які набрали як мінімум легкий ступінь гелетофобії, що наближається до значень, отриманих у результаті апробації опитувальника PhoPhiKat (12,5 %). Подібні розбіжності можуть забезпечувати різні соціально-демографічні змінні, які передбачають, насамперед, різний статевіковий склад випробовуваних, а також різне співвідношення жителів, які проживають у різних за чисельністю населених пунктах. Таким чином, необхідний детальний якісний аналіз складу вибірок, а також акцент уваги на репрезентативності вибірки. У клінічній групі відсоток випробовуваних із шизофренією мають як мінімум легке вираження гелетофобії. Вираження гелетофобії у групі пацієнтів із шизофренією може залежати від декількох факторів: типу перебігу, форми, а також тривалості хвороби.

Аналіз вираження гелетофобії в трьох групах випробовуваних підтвердив припущення про те, що страх здаватися об'єктом глузування в групі здорових випробовуваних є значно меншим, ніж у групі психічно хворих людей. Однак гелетофобія у групі пацієнтів із шизофренією і пацієнтів з афективними розладами значимо не відрізняється, що знову ж таки може бути пов'язано з гетерогенним складом групи, типом перебігу і формою шизофренії. Виражена гелетофобія в групі пацієнтів із шизофренією поєднується з деякими результатами дослідження, які демонструють виражені соціофобічні прояви при шизофренії. У випадку простої шизофренії вони відбуваються за типом простого дефіциту (інтелектуальне зниження, падіння активності, втрата спонукань, аутизація). Сенситивні ідеї відносин в даному випадку можуть представляти стійкі переконання в негативному ставленні оточуючих. При шизофренії із в'ялим перебігом побічні зміни відбуваються у рамках переконання у власній психічній неповноцінності. При параноїчній шизофренії спостерігається виражена поведінка уникнення, а сенситивні ідеї відносин характеризуються ідеями переслідування. Дослідження зв'язку гелетофобії із тривалістю хвороби додатково дозволило побачити деякі особливості гелетофобії при шизофренії різних форм і типів перебігу. Зміна вираження гелетофобії при шизофренії може відображати етапи розвитку та наростання емоційно-особистісного дефекту у пацієнта. Особистісні зміни, характерні для уповільненої і нападаподібнопрогресивної шизофренії, можуть бути пов'язані із наростанням гелетофобії. Характерна неврозоподібна симптоматика (рисі прикордонного розладу: вразливість, сенситивність, емоційна нестійкість, вразливість до стресу, жвавість уяви, і шизоїдні розлади – замкнутість, холодність) може бути підставою для пояс-

нення високих значень гелетофобії в цій групі. Визначення того, якою мірою це визначається характером самих розладів або ефектом стигматизації, потребує подальших досліджень. Наростання дефекту у хворих прогресивною шизофренією передбачає посилення негативної симптоматики від нападу до нападу (аутизм, емоційно-вольове зниження, порушення мислення). Співвіднести вираження гелетофобії і глибину дефекту дозволяють якісні подання психіатрії про негативні симптоми. Найбільш популярними в цьому зв'язку є поняття когнітивного зниження, зниження психічної активності, ангедонії, особистісного спотворення (аутизації). Оскільки проблема діагностування та корекції дефекту в психіатрії завжди залишалася не до кінця вирішеною, є актуальним подальше більш детальне вивчення співвідношення гелетофобії і глибини дефекту. Виражені дефектні стани, що супроводжуються апатоабулічним синдромом (низькою емоційністю, зниженням активності, безвольністю), можуть характеризуватися байдужістю до оцінки оточуючих і тому гелетофобія у таких пацієнтів знижується. Пацієнти з першим нападом в молодому віці, як правило, не встигають досягти такого ступеня дефектності, як пацієнти, які перенесли кілька нападів. Б.В. Зейгарник пише про специфічні особистісні зміни хворих на шизофренію, а саме, зміни механізмів смислоутворюючої функції мотивів. Значимість думки оточуючих, громадська оцінка також можуть втрачати свою колишню цінність [1, с. 48].

Ще один підхід до пояснення виділених закономірностей заснований на раніше отриманих результатах О.М. Іванової, і стосується, насамперед, порушення в інтелектуальній сфері. Описані порушення здатності до впізнавання гумору у хворих нападаподібнопрогресивною шизофренією. Автор пояснює отримані результати порушеннями мислення за типом спотворення процесів узагальнення. Подібне порушення може виявлятися, з точки зору автора, як "нездатність визначити наявність гумору, так і у наділленні жартівливим змістом негумористичного тексту" [2, с. 130]. Таким чином, нездатність розпізнати гумористичне ставлення оточуючих, з однієї сторони, може бути причиною більш ворожого розуміння дій оточуючих, з іншого боку – дозволяє виробляти до потенційних ситуацій глузування менш сенситивне ставлення.

На додаток до перерахованих коментарів варто розглянути дане питання з точки зору попередніх результатів, отриманих в дослідженні О.М. Івановою. Мається на увазі зв'язок схильності до неадекватних ідентифікацій із висміюваним об'єктом із параноїчними розладами. Не виключено, що в рамках не грубих порушень мислення та неглибоких особистісних дефектів, що спостерігаються у пацієнтів з нападаподібнопрогресивною шизофренією не більше, ніж з одним нападом, зазначається подібний механізм неадекватної ідентифікації із висміюваним об'єктом, можливо, проявляється в перебільшеному сприйнятті себе як безглузлого і смішного, провокуючого ворожий сміх з боку оточуючих. З наростанням дефекту, ймовірно, порушується взагалі яка-небудь спроможність ідентифікації. Наочним прикладом даної логіки міркування став отриманий у чинному дослідженні результат найбільш вираженої гелетофобії у групі пацієнтів із нападаподібнопрогресивною шизофренією з одним нападом. Не прослідковується змін вираження гелетофобії із тривалістю хвороби у пацієнтів із депресивним епізодом. При такому патогенезі в основному страждає емоційна сфера, грубих змін особистості і порушень мислення зазвичай не спостерігається. Імовірно тому вираження гелетофобії у цій групі досить рівномірно виражена як у па-

цієнтів, які нещодавно хворі, так і у тих, які хворіють тривалий час. Таким чином, гіпотеза про зниження гелетофобії з тривалістю хвороби підтвердилася лише частково – в групі хворих на шизофренію із більш ніж одним нападом. Спостережувані результати дозволяють припустити, що ступінь вираження гелетофобії більшою мірою пов'язана із наростаючими порушеннями мислення і змінами особистості по шизотипу, ніж з афективною симптоматикою. Імовірно, однією з причин гелетофобії можуть бути зміни в емоційній сфері за типом збіднення, аутистичні тенденції. Не до кінця вивченим залишається питання про вплив порушень мислення за типом спотворення процесів узагальнення, які, в свою чергу обумовлені, параноїчними тенденціями, на вираження гелетофобії. У зв'язку з цим може бути актуальним лонгітюдне дослідження гелетофобії, що дозволяє побачити процес зміни гелетофобії у відповідності з динамікою психопатологічних показників (насамперед негативної симптоматики у хворих на шизофренію) у кожному випадку захворювання. Це дозволить провести аналіз зв'язку гелетофобії і процесу стигматизації хвороби.

Відсутність зв'язку гелетофобії із тривалістю хвороби в групі пацієнтів із депресією, а також зв'язок гелетофобії у цій групі як із соромом, так і зі страхом, дозволяє припустити, що саме іпохондричне забарвлення мислення, порушення мислення виявляються у відчутті малоцінності, помилковості, гріховності і почутті вини, що тісно перекриваються із гелетофобією.

Динаміка вираження гелетофобії у чоловіків і жінок має протилежний характер. У жінок, які хворіють на шизофренію, гелетофобія має більш високі значення, ніж у здорових жінок. У чоловіків динаміка вираження гелетофобії носить зворотний характер. Якщо у здорових чоловіків спостерігаються більш високі значення гелетофобії, то при шизофренії вони значно нижче. Схожа закономірність спостерігається у разі катагеластизму, з тією лише різницею, що у жінок найбільш низькі значення катагеластизму отримані у разі депресивного епізоду, і вони значно вище у пацієнтів із шизофренією. Хоча кількість досліджень на тему міжстатевих відмінностей хворих шизофренією обмежена, деякі автори підкреслюють специфічні особливості. У жінок частіше діагностується афективна симптоматика, емоційна експресивність, гнівливості і нестриманості, в той час як у чоловіків когнітивний дефіцит і негативні симптоми; чоловіки стають більш поступливими і пасивними. Крім того, більш ранній початок хвороби у чоловіків припадає в цілому частіше на більш низький рівень соціального розвитку, що в свою чергу ускладнює подальший психосоціальний розвиток. Оскільки феномени гелетофобії і катагеластизму передбачають певну соціальну сміливість, закономірно, що у чоловіків хворих на шизофренію значно частіше, ніж у жінок, може спостерігатися дефіцит цих особливостей. Що стосується здорових випробовуваних, то в цілому, здорові чоловіки більш схильні, ніж жінки, до прагнення шукати привід для сміху над іншими, тобто бути більш агресивними. Зарубіжні дослідження це підтверджують. Спостереження М. Ламперта показують, що у чоловіків гумор використовується здебільшого з метою конкуренції, у той час як у жінок – для отримання соціальної підтримки [10]. Ще одним результатом, який апелює до міжстатевих відмінностей, стало те, що жінки, які хворіють на шизофренію, частіше використовують самопідтримуючий стиль гумору, ніж чоловіки з таким же діагнозом. Уміння посміятися над собою є важливим аспектом справитися із важкими ситуаціями. Імовірно, у ситуації хвороби (шизофренії) існує набагато менше ресурсів і можливостей конкурувати, ніж отримувати соці-

альну підтримку. Таким чином, жінки в такому випадку виявляються у більш вигірній ситуації, отримуючи додатковий привід для реалізації власних потреб, і, таким чином, керуючи власною хворобою. Такий хід справи підводить до думки про те, що більш адаптованими в ситуації хвороби (шизофренії) виявляються жінки. Кореляційний аналіз гелетофобії, гелетофобії і катагеластизму в трьох групах випробовуваних підкреслив стійкий зв'язок гелетофобії і катагеластизму у всіх групах і підгрупах (при шизофренії) випробовуваних. Подібний зв'язок зустрічається і в більш ранніх дослідженнях. Автори стверджують, що люди із гелетофобією із задоволенням шукають і створюють ситуації, в яких вони можуть виглядати смішними, і не упустять шанс, якщо такий трапиться, посміятися над іншими. В цьому плані гелетофобія і катагеластизм імовірно узгоджуються на основі соціальної сміливості і впевненості в собі, не характерних для гелетофобії. Також у дослідженні спостерігається зв'язок гелетофобії і катагеластизму в групі пацієнтів з в'ялою шизофренією і пацієнтів із депресивним епізодом. Такий двозначний зв'язок (катагеластизм і гелетофобії, катагеластизм і гелетофобії) може свідчити про неоднозначність поняття катагеластизму.

Р. Мартін пише про те, що зазвичай виявляються помірні кореляції між само підтримуючим та афілійованим стилем гумору, агресивний гумор зазвичай слабо корелює із само підтримуючим та афілійованим, що може свідчити про те, що навіть позитивний гумор може включати деякі агресивні елементи. Таким чином, "гелетофобії" не здатні використовувати добродушні жарти в компанії оточуючих, а у важких життєвих ситуаціях їм складно використовувати гумор з метою подолання. Такі результати є очікуваними, оскільки "здорові" стилі гумору тісно пов'язані з такими особливостями як позитивна самооцінка, позитивні емоції, оптимізм, соціальна підтримка, і, навпаки, не спостерігаються при депресивних особливостях і тривозі. У той же час, особи із високою гелетофобією готові принижувати жартами самих себе з метою отримання схвалення оточуючих. В літературі описують зв'язок самопринизливого гумору з такими станами як тривога, депресія, незадоволеність відносинами, низькою самооцінкою. Що стосується агресивного стилю гумору, то можна відзначити деякі протиріччя. Як з'ясувалося, для деяких "гелетофобів" (при в'ялій шизофренії або депресії) характерним є катагеластизм, але не характерний агресивний стиль гумору. Хоча ці поняття мають близькі смислові значення, більш ранні дослідження показали, що не всі "гелетофоби" здатні до агресивного маніпулювання оточуючими за допомогою гумору. Лише частина осіб із вираженою гелетофобією вдаються до такого захисного механізму як висміювання оточуючих [3, с. 88]. Пацієнти із депресивним епізодом обох статей значимо відрізняються від психічно здорових осіб тим, що агресивний стиль гумору у них виражений у меншій мірі, ніж у інших. Навпаки, показники самопринизливого стилю гумору в даній групі пацієнтів різко зростають порівняно із групою психічно здорових випробовуваних. Подібні закономірності співвідносяться із результатами досліджень механізмів контролюючої поведінки пацієнтів із депресивною симптоматикою. Копінг-поведінка як чоловіків, так і жінок у статусі пацієнтів з депресивним епізодом характеризується помітним патопротекторним змістом.

Аналіз категорії "агресивність" продемонстрував, що в групі пацієнтів із шизофренією агресивність виявилася більш вираженою, ніж у групі здорових випробовуваних. У той же час показник афективності виявився найбільш вираженим у групі здорових людей, менш вира-

женим – у групі хворих на шизофренію, і найнижчі значення він отримав у групі пацієнтів з депресією. Під категорією афективності в тесті Вагнера малися на увазі емоційно-позитивне ставлення і дії на свою адресу, на адресу інших, а також емоційно-позитивне власне самопочуття. Подібні характеристики відображають комфортне самопочуття, задоволеність собою, гарний настрій, готовність радувати оточуючих, що в цілому є показником гармонійної здорової особистості. Ймовірно, дефіцитарний стан даного показника при шизофренії може бути пов'язаний із порушенням емоційного контакту з оточуючими. При депресії спостерігається когнітивна тріада основних патернів депресивної самосвідомості – негативний образ себе, негативний образ майбутнього, негативний досвід – коректно узгоджується з низькими показниками афективності, а також самовідчуттям депресивних пацієнтів як нещасних.

Передуючи обговоренню особливостей емоційної сфери "гелотофобії" при різних психічних розладах у порівнянні із групою здорових осіб, необхідно підкреслити деякі загальні закономірності взаємозв'язку гелотофобії з емоційними патернами за шкалами Дембо-Рубінштейн у всіх трьох групах випробуваних. Позитивний кореляційний зв'язок гелотофобії зі страхом, соромом, тривогою, зниженим настроєм і негативний зв'язок із відчуттям щастя і високою оцінкою власних розумових здібностей у всіх групах випробуваних є передбачуваним і обґрунтованим. Найвищі значення кореляції відзначаються із почуттям сорому. З точки зору більшості авторів почуття сорому за своїм психологічними характеристиками є найбільш близьким до відчуттів, що виникають в ситуації глузування, оскільки пов'язане із почуттям безпорадності, почуттям власної дурості, нікчемності, непридатності.

Поряд із соромом значимими при гелотофобії виявляються й інші перераховані вище емоції. Схожа картина взаємопов'язаних емоційних патернів спостерігається при розгляді почуття сорому. Можна провести паралель між логікою розгортання почуття сорому і гелотофобією. Тривога з'являється кожен раз, коли ми думаємо про ситуації, що породжують почуття сорому. За непокоєння в даному випадку пов'язане з перспективою попадання в делікатну ситуацію в найближчому майбутньому. Почуття страху, ймовірно, має місце у разі наближення потенційно небезпечної для людини ситуації. Резюмуючи, отриманий патерн зв'язків гелотофобії із перерахованими вище емоціями, по-перше, відтворює більш ранні результати дослідження емоційних особливостей гелотофобів, по-друге, демонструє особливості співвідношення вкладу кожної емоції у показник гелотофобії, по-третє, підтверджує класичні дослідження психології емоцій, демонструє тісний зв'язок таких емоцій як: страх, тривога, сором, сум, гнів.

Вивчення емоційних особливостей гелотофобії у хворих психічними розладами в порівнянні із групою психічно здорових осіб свідчить про деяку специфіку. Гелотофобія в групі пацієнтів із шизофренією виявилася пов'язаною із досить широким паттерном емоційних станів: із соромом, смутком, тривогою, гнівом, відчуттям нещастя. У групі пацієнтів із депресією: із соромом (на рівні тенденцій), страхом, тривогою. В групі здорових людей – з почуттям сорому. Широкий спектр спостережуваних емоцій при шизофренії може бути обумовлений труднощами у диференціюванні почуттів і емоцій у таких хворих, емоційним збіднінням, з одного боку, вагою, глибиною дефекту, порушенням багатьох психічних функцій, з іншого боку – великим клінічним поліморфізмом. Своєрідний і суперечливий характер соціальної перцепції у пацієнтів із шизофренією може бути

бар'єром для адекватної інтерпретації як власних емоцій, так і емоцій оточуючих. Незвичайність шизофренічних емоційно-чуттєвих реакцій ґрунтується на їх незрозумілості, тобто неможливості розміщення їх у нормальній структурі емоційно-чуттєвої інтеракції із оточенням. Незвичайна сила почуттів при шизофренії: екстатична любов, ненависть до себе або оточуючих, страх, жаж тощо – деформуюча дійсність у маревну галюциаторну структуру, є певною мірою наслідком ізоляції від емоційної інтеракції із оточенням. Своєрідний характер соціальної перцепції таких пацієнтів є причиною неадекватності соціально-психологічної інтерпретації власного самопочуття і самопочуття оточуючих. Такі особливості можна пояснити чинником такого широкого залучення почуттів та емоцій в структуру гелотофобії у хворих шизофренією в порівнянні з групою пацієнтів із депресивним епізодом і здорових випробуваних і які, ймовірно, мають більш специфічну спрямованість функціонування гелотофобії в їх структурі особистості.

Більш детальний аналіз таких емоційно-чуттєвих станів, як сором і страх в рамках діагнозу шизофренії показав достовірні відмінності гелотофобії в залежності від типу перебігу та форми і продемонстрував, що гіпотеза про зв'язок гелотофобії тут тільки із почуттям страху, не підтвердилася. Таким чином, типи перебігу шизофренії, у своїй клінічній картині передбачають менш виражений дефект (уповільнена шизофренія), демонструють гелотофобію, більшою мірою пов'язану з почуттям сорому, що збігається зі здоровими випробуваними. Група пацієнтів із параноїчною шизофренією менш ніж з одним нападком виявляють зв'язок гелотофобії із почуттям страху. А.С. Тиганов зазначає, що якщо на початку захворювання шизофренії часто можна зустріти підвищену сором'язливість, конфузність, то з перебігом хвороби відбувається втрата тонких емоцій, втрачається почуття такту, на зміну приходить емоційна приглушеність [6]. Отриманий результат може свідчити про якісні відмінності в етіології гелотофобії у рамках різних за типом течії синдромальних формах шизофренії. Отримані результати також можуть бути пов'язані зі специфікою почуття сорому і страху. Сором – це поняття більш соціальне, ніж страх. Сором, насамперед, стосується хворобливих переживань власного "Я", переживань власної безглуздості і вимагає певного рівня самосвідомості. Водночас, страх – це вроджена базова емоція, більшою мірою пов'язана із почуттям безпеки. Соціальна відгородженість хворих шизофренією обумовлює труднощі в тонкому диференціюванні соціальних норм, а також розрізненні почуттів і емоцій інших людей. Труднощі розрізнення значно зростають зі збільшенням глибини дефекту. Такі результати узгоджуються з точкою зору Ф. Рімана, який говорить про переважання у таких пацієнтів, насамперед, страху зближення. Таким чином, їм не соромно, а страшно, так як висміювання для таких випробуваних – це загроза цілісності особистості, а не сумніви в тому, яку цінність представляє в очах інших людей [5].

Гелотофобія у пацієнтів з нападоподібно-прогресивною шизофренією більш ніж з одним нападком не виявляє яких-небудь зв'язків із почуттям сорому, страху, тривоги. Ймовірно, це пов'язано із дефектом цих хворих і труднощами адекватно оцінювати свої власні переживання. Ч. Рікфорт відзначає, що почуття сорому найбільш часто проявляється у людей із шизоїдним характером, шизоїдним розладом особистості. Автор вважає, що такі особистості вірять в те, що вони володіють певною властивістю, такою, що підносить їх над іншими "звичайними" людьми, однак смутно усвідомлюють, що насправді їх думка не підкріплюється

оточуючими. І це на відміну від справді обдарованих людей, які змушують інших прийняти уявлення про себе як обґрунтоване, і на відміну від хворих з психічними розладами, які ігнорують думку оточуючих [4, с. 65].

Переходячи до обговорення чуттєво-емоційної сфери пацієнтів із депресією, насамперед, необхідно відзначити вагоме значення почуття провини в структурі розглянутої психопатології. Межа між провинною і соромом не така прозора, як на перший погляд може здаватися. Певна ситуація може викликати як провинну, так і сором, або і те, і інше. Але вина більше пов'язана із порушенням закону, а сором виникає в результаті викриття глибокої особистісної невідповідності, коли між нашим реальним характером та поведінкою, з однієї сторони, і певною упередженою думкою про нас, з іншої сторони, виникає невідповідність. Пацієнт із депресією, дійсно може повірити в те, що він скоїв злочин, ставши пригніченим і сповненим докорами сумління. При цьому почуття сорому може сприйматися як почуття провини. В даному дослідженні випробовувані самостійно оцінювали свій емоційний стан. Експериментатор допомагав досягти правильного розуміння сенсу запропонованих емоційних станів за допомогою уточнюючих питань. Тим не менш, в силу значного впливу особистісного фактора важко гарантувати однозначність інтерпретації запропонованих понять. Більш зрозумілі в цій групі випробовуваних виявилися кореляції гелотофобії і страху. Таким чином, гелотофобія у даній категорії пацієнтів також вбудовується в структуру депресивного конструкта. Безпека таким особистостям часто дає відчуття залежності від іншого. "Стадний потяг", прагнення бути як всі – все це підживлює почуття безпеки. Індивідуалізація означає вихід із системи безпеки, а отже поява страху бути відкинутим. Узагальнюючи отримані результати, гелотофобія в групі пацієнтів з шизофренією корелює з набагато більшою кількістю негативних емоцій, ніж в групі депресії і здорових випробовуваних. Це наводить на думку про менш тонку диференційованість емоційної сфери таких пацієнтів, труднощі розуміння своїх власних почуттів і переживань, а також чуттєвих

проявів оточуючих, що співвідноситься із даними в області психіатрії.

Таким чином, незалежно від нозологічної специфіки коморбідним гелотофобії виявилось почуття сорому. Винятком стала група пацієнтів із нападоподібно-прогресивною шизофренією, що значимо відрізняється від інших груп респондентів рядом виражених патологічних процесів. Таким чином, в основі гелотофобії лежить, насамперед, почуття сорому. Переживання почуття сорому, незручності в ситуаціях насмішки викликає тривогу і страх перед подібними подіями, в кінцевому підсумку часто можна спостерігати уникання "гелотофобами" багатьох потенційно небезпечних соціальних ситуацій. Аналізуючи гелотофобію в групі пацієнтів з шизофренією і депресією, ще раз підтверджується константність взаємозв'язку гелотофобії і сорому.

Список використаних джерел

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.
2. Иванова Е.М. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) / Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов, М.Ю. Максимова // Вопросы психологии. – 2006. – № 4. – С. 122–133.
3. Мартин Р. Психология юмора / Р. Мартин // Пер. с англ. под ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2009. – 480 с.
4. Рикфорт Ч. Тревога и неврозы / Ч. Рикфорт; пер. с англ. В.М. Астапов, Ю.М. Кузнецова / Под ред. В. М. Астапова. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 142 с.
5. Риман Ф. Основные формы страха / Ф. Риман; пер. с нем. Э.Л. Гушанского. – М.: Алетея, 1999. – 336 с.
6. Тиганов А.С. О фебрильной шизофрении / А.С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1960, т. 60, вып. 4. – С. 641–648.
7. Proyer R. T. An Initial Study on How Families Deal with Ridicule and Being Laughed at: Parenting Styles and Parent-Child Relations with Respect to Gelotophobia, Gelotophilia, and Katagelasticism / R.T. Proyer, S. Estoppey, W. Ruch // Journal of Adult Development. – 2012. – Vol. 19, Issue 4. – P. 228–237.
8. Ruch W. Gelotophobia – fear of being laughed at: A useful new concept? / W. Ruch // IPSR. – Spring. – 2004. – Colloquium Series (manuscript unpublished).
9. Titze M. Die heilende Kraft des Lachens [The Healing Power of Laughter] / M. Titze. – Munich: Kösel, 2004. – 367 p.
10. Lampert M.D. Cross-cultural variation in gelotophobia with in the United States / M.D. Lampert, K.L. Isaacso, J. Lyttle // Psychological Test and Assessment Modeling. – 2010. – 52(2). – P. 202–216.

Надійшла до редколегії 02.02.16

Оксана Шпортун, докторант
Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, Киев

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕЛОТОФОБИИ У БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья посвящена исследованию и выявлению нозологической специфики гелотофобии, гелотопии и катагеластизма у больных психическими расстройствами. Проводится анализ симптоматики и широкого паттерна эмоциональных состояний проявления гелотофобии у здоровых людей и людей, больных шизофренией.

Ключевые слова: гелотофобия, невротизированная симптоматика, психические расстройства, социофобия.

Oxana Shportun, post-doctorate
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

ANALYSIS OF GELOTOPHOBIA'S RESEARCHES RESULTS OF PATIENS WITH MENTAL DISORDES

The article is devoted to research and identify of specific nosology of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism in patients with mental disorders. The analysis of a broad pattern and symptoms of emotional states of gelotophobia of healthy people and people with schizophrenia is conducted.

Keywords: gelotophobia, neurotic symptoms, mental disorders, social phobia.