

ендогенного процесу. Навіть у тому випадку, коли нервова анорексія є самостійним захворюванням, вона має 3 варіанти перебігу з варіативною симптоматикою і прогнозом. Варіанти залежать від «ґрунту», на якому розвивається нервова анорексія. Так звані «ґрунти» представляють розлади особистості у вигляді шизоїдного, істеричного або ананкастного розладу.

Ключові слова: нервова анорексія, шизофренія, розлади особистості.

УДК 616.89-008.441



ГЕЛОТОФОБИЯ (Обзор зарубежных публикаций)

В. В. Пономарёва

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Проведен обзор зарубежных источников по клиническим исследованиям чувства юмора и комизма. Установлено, что результаты эмпирических исследований комичного представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияние юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие. Приведены результаты изучения публикаций, посвященных гелотофобии — патологического страха стать объектом насмешки. Отмечено, что исследование гелотофобии принимает все более масштабный характер и представляет научный и практический интерес в контексте как изучения индивидуальных различий, так и психопатологии, что связано с высокой распространенностью и универсальностью гелотофобии как психосоциального феномена, а также с тем, что избыточная социальная тревога рассматривается как компонент антивиталяного поведения.

Ключевые слова: гелотофобия, социальная тревожность, социальная фобия, обзор публикаций.

В последнее десятилетие в клинической психологии наметилась тенденция рассматривать чувство юмора не только как социально желательную черту личности, но и как важный компонент психического здоровья [13]. Изменение исследовательского вектора привело к появлению новых, ранее не известных данных, что значительно приблизило нас к концептуализации так называемого гелотического поведения человека в норме и патологии. На наш взгляд, актуализация клинических исследований комизма, и ситуаций, в которых восприятие юмора выступает модификатором поведенческого модуса и психоэмоционального комфорта, связана как с проблемой повышенного риска антивиталяного и аддиктивного поведения у лиц с ненормативной (по медицинскому критерию) тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, так и с практической необходимостью выделения ранних психологических маркеров у лиц с психическими расстройствами, отражающих эмоциональные и мотивационно-личностные дефициты.

Проанализировав доступные нам публикации по клиническим аспектам юмора и комизма, мы сочли возможным разделить их на три кластера. Первый кластер объединил работы, посвященные рассмотрению количественных изменений юмора при психических заболева-

ness. Even when anorexia nervosa is a distinct disease, it has 3 choices flow from several different symptoms and prognosis. The options depend on «basis», which develops anorexia nervosa. So-called «basis» is the form of personality disorder, like schizoid, hysterical or anankast disorder.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenia, personality disorders.

ниях, в которых фиксируется «снижение» или «повышение» чувства юмора в результате психопатологии [4-9]. Примером таких работ являются исследования G. Forabosco [6] и R. S. Wyer et al. [9]: из публикации G. Forabosco [6] следует, что при депрессии чувство юмора «снижается», при мании — «повышается»; из публикации R. S. Wyer et al. [9], следует, что при тревожных расстройствах с увеличением фоновой тревоги затрудняется интеллектуальное понимание юмористических событий.

Второй кластер объединил работы, посвященные рассмотрению качественных изменений юмора при психических заболеваниях, качественной специфике юмора у больных различных нозологических групп [10, 11]. Примером работ второго кластера являются исследования А. Н. Лук [10], Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, М. Ю. Максимовой [11]. С точки зрения А. Н. Лук [10], чувство юмора приобретает определенную специфику при разных психических заболеваниях. При шизофрении больные перестают адекватно реагировать на шутку (смеяться) в связи с уплощением эмоций, потерей эмоциональной вовлеченности. При этом способность чисто интеллектуального понимания смысла шутки у них остаётся сохранной вплоть до формирования интеллектуального дефекта. При эпилепсии (при относительной сохранности эмоционального

компонента юмора) вязкость больных не позволяет им за множеством деталей уяснить суть шуток, что приводит к потере смысла. Кроме того, А. Н. Лук указывает на возможное «снижение уровня острот» при органической патологии мозга (вероятно, аналогично снижению уровня обобщений в интеллектуальной деятельности). В исследовании Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, М. Ю. Максимовой [11] показано, что нарушение юмора имеет нозологическую специфику. У больных приступообразно-прогредиентной шизофренией наблюдается нарушение способности к узнаванию юмора, что объясняется характерным для этих пациентов нарушением мышления, а также влиянием параноидальных тенденций. У больных вялотекущей шизофренией и аффективными нарушениями способность к узнаванию юмористического материала остаётся сохранной. У больных аффективными расстройствами подавляется смеховая активность при восприятии юмора. Больные вялотекущей шизофренией и с аффективными расстройствами, особенно с маниакальным синдромом, предпочитают цинично-пессимистические анекдоты. Этим же пациентам не нравятся неприличные анекдоты. Больные приступообразно-прогредиентной шизофренией предпочитают юмор, основанный на разрешении противоречия (особенно на сравнении по отдалённому признаку), и анекдоты, дискриминирующие противоположный пол.

Третий кластер публикаций образовали исследования гелотофобии и связанных с ней феноменов гелотофилии (стремления выглядеть смешным) и катагеластизма (склонности высмеивать окружающих). Гелотофобию (от греч. *gelos* — «смех» + фобия) W. Ruch [12] определил как патологический страх выглядеть смешным. Ещё более ста лет назад страх быть осмеянным рассматривался французским психиатром Р. Hartenberg [13] в контексте социальных страхов. Автор описывал таких пациентов как робких, с часто необоснованными проявлениями чувства смущения, стыда и страха, которые в основном возникали в присутствии других людей. Подобные проявления сопровождались физиологическими изменениями (дрожь, покраснение, повышенное потоотделение и др.), нарушениями в работе психических функций (внимания, мышления, памяти). Определяющим признаком такого расстройства автор считал страх насмешки, который был тесно связан со страхом самораскрытия и страхом выражения собственного мнения. Впервые гелотофобия как особая форма социофобии была описана М. Titze [14], однако позже было показано, что гелотофобия имеет свою специфику (Н. Carretero-Dios с соавт. [15]). Гелотофобия на клиническом уровне характеризуется убежденностью в собственной нелепости, восприятием любого смеха 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 [14]. На сегодняшний день исследователи описывают гелотофобов как людей, которые глубоко убеждены в том, что с ними что-то не так, что окружающие воспринимают их как нелепых и комичных. По мнению М. Titze [16], экстремальная выраженность гелотофобии включает параноидные тенденции, повышенную сенситивность и обидчивость и, как результат, — социальную изоляцию. Среди особенностей гелотофобии есть такие, которые напоминают описания критериев социальной фобии в международной классификации болезней (МКБ-10). Общими показателями являются наличие выраженного страха определённого типа социальных ситуаций (ситуации насмешки), преобладание тревоги в определённых ситуациях, выраженность психофизиологических симптомов тревоги, низкая самооценка и боязнь критики, эмоциональное переживание из-за симптомов, осознание того, что страх не обоснован, избегание потенциально опасных ситуаций, что в своих крайних проявлениях приводит к социальной изоляции. В то же время можно отметить ряд специфических особенностей гелотофобии. Так, D. Veale [17] замечает, что концепция социофобии имеет много общего с исследованиями стыда, однако эти два направления исследований не пересекаются в литературе. Гелотофобия (как особая форма тревожности, основанная на стыде) базируется на убеждении человека в своей комичности и нелепости, в ожидании того, что над ним будут смеяться (L. Wurmser [18]). Социальная фобия, по определению МКБ-10, социофобия по определению DSM-IV,V, не включает эту характеристику. Теории социофобии фокусируются на особом чувстве, что человек совершил непростительную ошибку (I. Marks [19]). Испытуемые с выраженной гелотофобией избегают общения с другими людьми, стараются не попадаться им лишней раз на глаза, потому что подозревают, что другие постоянно ищут в них доказательства их нелепости и чужаковости. Такую особенность можно наблюдать и у людей с признаками социофобии, когда пугающие социальные ситуации также избегаются или переживаются с усиленной тревогой [14]. М. Titze [16] описывает типичную внешность лиц с выраженной гелотофобией: нехватка живости и спонтанности, веселья, часто выглядят дистантными и холодными по отношению к сверстникам. Нередко развивается общее мышечное напряжение как отражение эмоционального дискомфорта, и психофизиологические симптомы (повышенное сердцебиение, тремор, покраснение, сухость во рту и горле, учащённое дыхание, нарушения речи). Все эти проявления типичны также для социофобии [16]. Специфическим же физиологическим симптомом, отличающим гелотофобию, является замороженная экспрессивность, мимика. В ситуации острой тревоги (тревоги стыда) лицевая экспрессия этих пациентов становится обездвиженной и неживой, похожей на деревянную маску. Пациенты начинают чрезмерно контролировать движения сво-

их рук и ног, поэтому они теряют спонтанность. Такую специфическую «деревянную» внешность M. Titze [14] назвал «синдромом Пиноккио», и она является одним из ключевых признаков гелотофобии. Кроме того, становится выраженным чрезмерное логическое мышление, они слишком много думают о том, что могут подумать про них окружающие. Эти особенности также являются причиной повышенной инертности, напряжённости и скованности лиц с выраженной гелотофобией. Еще одним типичным проявлением гелотофобии является «агелотичное» состояние — неспособность гелотофобов получать позитивные эмоции от смеха [14]. Люди с выраженной гелотофобией не воспринимают смех и улыбку собеседника как нечто позитивное, но оценивают их как знак насмешки, оскорбления, агрессии. Они убеждены, что их внешность или поступки на самом деле смешны и нелепы, т. е. смех окружающих над ними небезоснователен. Гелотофобы смеются неохотно, против воли, близко к сердцу воспринимают юмористические замечания со стороны других людей, могут шутить только в окружении очень близких людей, воспринимают доброжелательные шутки окружающих как насмешку над собой. Их смех часто неестественен и неуместен, они часто не понимают смысла шутки или понимают его неверно. Юмор для них — соревнование, они язвительны и презрительны, смеются чаще «над другими», чем «с другими», не используют чувство юмора в качестве копинг-механизма. В целом, они либо смеются над всем и всеми, либо не смеются вовсе (W. Ruch et al., [12, 20]).

Связи гелотофобии с пережитым опытом раздражения со стороны сверстников и взрослых в детстве и юности, а также некоторыми аспектами социальной тревожности и некоторыми специфическими страхами отражены в исследовании K. Edwards с соавт. [21]. Результаты продемонстрировали тесную положительную связь гелотофобии с ситуациями раздражения в детстве и юности, касающимися поведения в социуме. Данные также подтвердили связь гелотофобии с несколькими признаками социальной тревожности, но не продемонстрировали связи с такими конкретными опасениями, как, например, страх животных, болезни, смерти, травмы и др. Таким образом, отличительным критерием гелотофобии в данном контексте исследования был назван негативный опыт насмешек и раздражения со стороны сверстников и взрослых.

Исследование N. Carretero-Dios et al. [15] продемонстрировало высокую корреляцию гелотофобии и двух показателей: показателя социальной тревожности и страха негативной оценки. Было показано, что страх насмешки будет скорее выше у лиц с высокими показателями по этим двум переменным. В то же время, высокие значения гелотофобии могли встречаться и у лиц с низкими показателями социальной тревожности и страхом негативной оценки. Лишь половина людей с высокими показателями социальной тревожности превышает по-

рог гелотофобии. В связи с этим, становится очевидно, что все переменные связаны между собой, но пересекаются лишь частично. Так авторы свидетельствуют, что страх быть объектом насмешки гораздо шире, чем страх негативной оценки. Если концепция гелотофобии описывает два основных феномена, с одной стороны, социальную тревогу и изоляцию, с другой стороны, параноидальные тенденции, то страх негативной оценки скорее относится ко второй категории нарушений. Вышеописанные особенности гелотофобии позволяют говорить о тесной ее связи с социальной фобией. Однако некоторые проявления гелотофобии, не описанные в контексте социальной фобии, тем не менее, имеют место, и в силу травматичности последствий, также требуют особого внимания. Таковыми являются убежденность в своей комичности, неспособность воспринимать юмор окружающих как позитивный, «замороженная» экспрессивность, потеря телесной спонтанности. Обобщив концепцию гелотофобии, представленную в трудах W. Ruch et al., [20], M. Titze [14,16], исследовательница из России Е. А. Стефаненко [1], выделила и характеризовала 3 основных составляющих гелотофобии: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. С точки зрения первой, по мнению автора, имеет место выраженная убежденность лиц с высокой гелотофобией в собственной нелепости, странности, подозрительности. Такие негативные мысли и убеждения могут быть доминирующими над чувствами и поведением. С точки зрения эмоциональных проявлений для гелотофобов характерна повышенная чувствительность к насмешкам окружающих, тревога, чувство стыда и страха. Выходом из подобного опасного для человека состояния являются определённые формы поведения гелотофобов: аутизация, повышенный контроль, неловкость, агрессия, избегание социально опасных ситуаций. Автор сделал аргументированный вывод о том, что все процессы, которые протекают в личности гелотофобов, взаимообусловлены и в конечном итоге дезадаптивны.

В публикации Е. А. Стефаненко, С. Н. Ениколопов, Е. М. Иванова [22] отражены результаты эмпирического исследования социодемографических характеристик гелотофобии в России. Были проверены следующие гипотезы: гелотофобия в подростковом возрасте выше, чем во взрослом; гелотофобия выше у людей, не состоящих в отношениях с противоположным полом; гелотофобия не связана с гендером; у жителей населенных пунктов с меньшей численностью населения гелотофобия выше, чем в городах с более высокой численностью населения; имеются значимые различия в выраженности гелотофобии у студентов различных факультетов: у студентов естественнонаучных и технических факультетов выше, чем на гуманитарных факультетах. Выборка: 1335 испытуемых в возрасте от 11 до 66 лет, среди них 435 мужчин и 900 женщин. Испытуемые проживали в разных городах РФ. В качестве

психологического инструментария использовалась шкала «GELOPH 15», состоящая из 15 утвердительно сформулированных предложений, которые касались трех аспектов: проявления убежденности в собственной нелепости и смехотворности, возможных предпосылок гелотофобии, возможных последствий гелотофобии.

Гипотеза о наибольшей выраженности гелотофобии в подростковом возрасте не подтвердилась. Зато была отмечена тенденция к увеличению гелотофобии после 35 лет как у мужчин, так и женщин. У женщин гелотофобия проявляется в меньшей степени в подростковом возрасте, увеличивается в юношеском и спадает в первом зрелом периоде, по мнению авторов, это связано с тем, что в период 22–35 лет женщина более всего ориентирована на семью и в меньшей степени на социум, соответственно, и меньше сравнивает себя с другими. Дальнейшее повышение гелотофобии характеризуется тем, что после декретного отпуска вернуть себе высокий социальный статус бывает сложно. У мужчин «кривая» гелотофобии выглядит несколько иначе: от подросткового к юношескому возрасту происходит спад, а к первому зрелому — подъем. Результаты исследования также подтвердили гипотезу о том, что чем меньше численность населения в городе, тем выше уровень гелотофобии. Это закономерно, так как чем меньше численность населения, тем выше риск уронить себя в глазах окружающих, что неразрывно связано со страхом показаться смешным и нелепым. Отсутствие связи гелотофобии с семейным статусом также подтвердилось результатами исследования. Гипотеза о преобладании гелотофобии у студентов технических и естественнонаучных специальностей не подтвердилась. Однако была обнаружена явная выраженность страха быть высмеянным у студентов медицинских специальностей и специальности менеджмента. Закljučая свое исследование, авторы отметили, что изучение гелотофобии и особенностей ее диагностики, профилактики и психотерапевтических методов по работе с ней важно не только в качестве помощи людям, страдающим этой фобией, но и для изучения механизмов страха и особенностей чувства юмора.

Результаты кросскультурного исследования гелотофобии представлены в публикациях [23, 24]. Подтверждена универсальность феномена гелотофобии [23]. Показано, что смех — врожденная форма эмоциональной экспрессии, имеющая определенную мимический и вокальный паттерн [23, 24]. Выделено 102 различных повода оказаться объектом смеха [23]. Используя метод многомерного шкалирования, Proyer R. T., Ruch W. et al. [23] выявили 2 фактора, объясняющих вариативность ответов, имеющих отношение к страху стать объектом насмешки. Первый из них описывает специфическую форму реагирования на смех других и изменяется от небезопасной (например, попытка скрыть ощущение небезопасности, чувство непреднамеренной комичности) до выраженной реакции избегания-ограничения по отношению к смеху окружающих. Максималь-

ные значения по небезопасным реакциям на смех окружающих получены в Туркменистане и Камбодже, а максимальные значения по реакциям избегания-ограничения в ответ на смех других — в Ираке, Египте и Иордании. Второй фактор характеризует высокую или низкую подозрительность по отношению к смеху окружающих. Максимальные значения получены в Буркина-Фасо, Эфиопии и Румынии, а минимальные — в Камбодже, Шотландии и на Украине. В общем, профиль ответов по 15 пунктам опросника оказался выше в восточных странах, чем в западных, что полностью противоречит исследованиям социофобии, которая оказалась чаще распространена в западных, чем в восточных странах. Подобное расхождение ставит под вопрос принадлежность гелотофобии к социофобии и требует подробных исследований. Исследование также показало большие различия в ответах на разные пункты опросника. Так, подозрительность, если другие смеются в твоём присутствии, широко распространена в Таиланде (80,00 % согласились), в то же время в Финляндии она намного ниже (лишь 8,50 %). Тем не менее, ни в одной из стран не было получено максимального или минимального значения по всем пунктам опросника в целом (Proyer et al. [23]). По данным авторов, распространённость гелотофобии (т.е. процент испытуемых с выраженной гелотофобией, превышающей пороговый балл 2,5) в Австрии, Китае и Швейцарии составляет соответственно 5,80, 7,31, и 7,23 %. В отличие от двух других стран, в Китае гелотофобия связана с низким уровнем жизни удовольствия и смысла. C. Davies [25] полагает, что распространённость гелотофобии в разных странах определяется двумя кластерами социальных переменных. Первый связан с социальной ролью смеха как давления, способа достижения конформности и установления гармонии (апеллируя к стыду, правилам приличия и этикета). Второй относится к таким социальным переменным, как иерархичность, статус, власть. Это означает, что теоретически высокая распространённость гелотофобии должна быть в иерархически организованных социумах, где основным инструментом социального контроля является стыд.

Анализ источников, входящих в третий кластер публикаций, посвященных клиническому изучению чувства юмора, показал, что публикации по распространённости гелотофобии в популяции единичны. Распространённость гелотофобии по данным исследования W. Ruch., R. T. Proyer [24] среди здоровых составляет от 5,00 % до 12,00 % населения. Анализ распространённости гелотофобии в России показал, что 7,41 % испытуемых обнаружили симптомы гелотофобии [22]. Также малочисленны публикации по распространённости гелотофобии в контингентах больных с психическими заболеваниями. В исследовании Forabosco et al., [6] показано, что больные психическими заболеваниями характеризуются выраженной гелотофобией, в сравнении с психически здоровыми людьми. При этом выраженность гелотофобии в разных нозологических группах

не одинакова. Так, у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности она выше, чем у пациентов с расстройствами настроения, тревожными и расстройствами пищевого поведения. Кроме того, выраженность гелотофобии позитивно связана с длительностью заболевания. Результаты исследования, проведенного в РФ Е. Стефаненко, подтверждают большую выраженность гелотофобии у пациентов психиатрической клиники в сравнении со здоровыми людьми [26]. При этом не удалось обнаружить связей между гелотофобией, с одной стороны, и агрессивностью, использованием агрессивного стиля юмора и уровнем притязаний, с другой. Интересно, что в контрольной группе гелотофобия оказалась больше связана с переживанием стыда, измеряемого по шкале Дембо–Рубинштейна, в то время как у больных психическими заболеваниями гелотофобия, скорее, была связана с переживанием страха, измеренного по той же методике.

В завершении обзора охарактеризуем итоги исследования Е. А. Стефаненко [1]. Проведенное автором исследование представляет первую, и, несомненно, удачную попытку верификации феномена гелотофобии в России. Результаты исследования свидетельствуют о тесной связи страха быть осмеянным с такими глубокими личностными переживаниями, как стыд и страх, социально нежелательными в обществе. Автором установлено, что оптимальные значения выраженности гелотофобии являются необходимым условием формирования адекватной самооценки человека, здорового чувства идентичности, социальной компетентности. В то же время, показано, что высокие значения гелотофобии часто связаны с социальной дезадаптацией и согласуются с психическими расстройствами. Важным представляется вывод о том, что 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. Описаны автором 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. Выраженность гелотофобии может быть дополнительным индикатором глубины нарушения психической деятельности при ступообразно-прогредиентной шизофрении, поскольку различия в показателях гелотофобии

в этой группе испытуемых связаны с длительностью болезни и количеством приступов. Гелотофобия, связанная с чувством стыда, является менее патологичной, чем гелотофобия, связанная с чувством страха. Если высокая тревога в первом случае связана с ощущением собственной никчемности, 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. У больных шизофренией наблюдаются межполовые 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. В исследовании продемонстрирована культуральная специфика гелотофобии в России. Показано, что 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. Несомненным достоинством работы является и адаптация русскоязычной шкалы гелотофобии GELOPH<15>, и апробация методики исследования гелотофобии, гелотофилии, катагеластиицизма PhoPhiKat <45>.

Выводы

1. Результаты эмпирических исследований комичного представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияние юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие [27], что косвенно указывает на существование различных механизмов или видов чувства юмора, одни из которых могут быть терапевтическими и способствовать адаптации, а другие — нейтральными или даже антитерапевтическими [28, 29].

2. На сегодняшний день исследование гелотофобии принимает все более масштабный характер и представляет научный и практический интерес в контексте как изучения индивидуальных различий, так и психопатологии [1, 2, 30], что связано с высокой распространенностью и универсальностью гелотофобии как психосоциального феномена [23, 24], а также с тем, что избыточная социальная тревога рассматривается как компонент антивиталяного поведения [3].

3. Перспективность изучения страха насмешки как феномена, отражающего эмоциональные и мотивационно-личностные аспекты психического здоровья, не вызывает сомнения, и является особенно важным в связи с тяжестью социальных последствий и нарушений адаптации в контингентах лиц с психической патологией.

4. Отсутствие отечественных исследований гелотофобии, отражающих её клиническую и культуральную специфичность существенно сужает диапазон терапевтических возможностей,

прежде всего в контингентах лиц с избыточной социальной тревожностью, с повышенным риском формирования коморбидных, суицидоопасных состояний.

Литература

1. Стефаненко Е. А. Психологические особенности гелотофобии (страха насмешки) при шизофрении и аффективных расстройствах: дисс. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Е. А. Стефаненко – М.: 2014. – 159 с. / [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.psy.msu.ru/science/autoref/stefanenko/stefanenko_diss.pdf (дата обращения: 30.11.2014).
2. Стефаненко Е. А. Исследование гелотофобии у больных шизофренией с разным типом течения и длительностью болезни [Текст] / Е. А. Стефаненко, Е. М. Иванова // «Психиатрия вчера, сегодня, завтра»: Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 22–24 апреля. – Кострома, – 2014. – С. 71 – 75.
3. Сагалакова О. А. Социальная тревога — маркер антивиталяного поведения в подростковом и юношеском возрасте [Текст] [Электронный ресурс] / О. А. Сагалакова, И. Я. Стоянова, Д. В. Труевцев // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4 (6) – Режим доступа: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 30.11.2014).
4. Deaner S. L. Relationship of humor to depression and personality [Text] / S. L. Deaner, J. T. McConatha // Psychological Reports. – 1993; 72. – P. 755 – 763.
5. Doris J. Humor and Enxiety [Text] / J. Doris, E. Fierman / J. Levine (ed.). Motivation in Humor. – N. Y., 1969. – P. 245 – 230.
6. Forabosco G. The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. The Sense of Humor: explorations of a personality characteristic [Text] / G. Forabosco / Ed. W. Ruch. – N. Y.: Mouton de Gruyter, 2007. – P. 271 – 292.
7. Marjoram D. Mind Reading Cartoons: a Pictorial Theory of Mind Study in People with Schizophrenia [Text] / D. Marjoram, H. Tansley, D. MacIntyre [et all.] // Schizophrenia Research. Abstracts of the XIIth biennial winter workshop on schizophrenia. – Davos. Switzerland. 7-13 Feb. – Davos, 2004.
8. Senf R. The use of comic cartoons fro the study of social comprehension in schizophrenia [Text] / R. Senf, P. E. Huston, B. D. Cohen // American Journal of Psychiatry. – 1956; 113. – P. 45 – 51.
9. Wyer R. S. A Theory of Humor Elicitation [Text] / R. S. Wyer, J. E. Collins // Psychological Review. – 1992. – №99, 4. – P. 663 – 688.
10. Лук А. Н. Юмор, остроумие, творчество [Текст] / А. Н. Лук. – М.: Искусство, 1977. – 183 с.
11. Иванова Е. М. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при шизофрении и циклотимии [Текст] / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов, М. Ю. Максимова // Психиатрия. – 2005. – №3. – С. 60 – 65.
12. Ruch W. Gelotophobia – fear of being laughed at: A useful new concept? [Text] / W. Ruch // IPSR. – Spring. – 2004. – Colloquium Series (manuscript unpublished).
13. Hartenberg P. La phobie du regard [Text] / P. Hartenberg // Arch. NeuroL. – 1904. – Vol. 18. – № 105. – P. 202 – 209.
14. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter [Text] / M. Titze // Humor and Health Journal. – 1996. – V. 5. – P. 1–11.
15. Carretero-Dios H. Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study [Text] / H. Carretero-Dios W. Ruch, D. Agudelo [et all.] // Psychological Test and Assessment Modeling. – Vol. 52. – 2010 (1). – P. 108-124.
16. Titze M. Gelotophobia: The fear of being laughed at [Text] / M. Titze // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2009. – Issue 22 (1-2). – P. 27–48.
17. Veale D. Treatment of social fobia [Text] / D. Veale // Advances in Psychiatric Treatment. – 2003. – №9. – P. 258 – 264.
18. Wurmser L. Die Maske der Scham: die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten [Text] / L. Wurmser. – Berlin: Springer, 1997. – 531 p.
19. Marks I. Fears and Phobias [Text] / I. Marks. – London: Heineann, 1969. – 243 p.
20. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview [Text] / W. Ruch // Humor: International Journal of Humor Research. – 2009. – № 22 (1–2). – P. 1–26.
21. Edwards K. R. The fear of being laughed at, social anxiety, and memories of being teased during childhood [Text] / K. R. Edwards, R. A. Martin, D. J. A. Dozois // Psychological Test and Assessment Modeling. – 2010. – № 52. – P. 94 - 107.
22. Стефаненко Е. А. Социодемографические аспекты гелотофобии в России [Текст] / Е. А. Стефаненко, С. Н. Ениколопов, Е. М. Иванова // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 104–111.
23. Proyer R. T. Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multinational study involving 73 countries [Text] / R. T. Proyer, W. Ruch [et all.] // Humor: International Journal of Humor Research. – 2009. – P. 253–279.
24. Ruch W. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia [Text] / W. Ruch, R. T. Proyer // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2008. – Issue 21(1). – P. 47–67.
25. Davies C. Humor theory and the fear of being laughed at [Text] / C. Davies // Humor: International Journ. of Humor Research. – 2009. – Issue 22 – (1-2). – P. 49–62.
26. Ivanova A. Gelotophobia in structure of mental illness [Text] / A. Ivanova, E. Stefanenko, S. Enikolopov. / Paper presented at the 20th annual conference of the International Society for Humor Studies. Alcal3 de Henares, Spain, July 7-11, 2008.
27. Martin R. A. Humor, Laughter, and Physical Health. Methodological Issues and Research Findings [Text] / R. A. Martin // Psychological Bulletin. July 2001. – 127 (4). – P. 504–519.
28. Иванова Е. М. Психопатология и чувство юмора [Текст] [Электронный ресурс]. / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов // Трудный пациент. – 2009 (июль) – Режим доступа: <http://t-pacient.ru/articles/6443/> (дата обращения: 30.11.2014).
29. Иванова Е. М. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) [Текст] / Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов // Вопросы психологии. – 2006. – №4. – С. 122–133.
30. Стефаненко Е. А. Культурные особенности гелотофобии в России [Текст] / Е. А. Стефаненко / Дифференциальная психология и дифференциальная психофизиология сегодня: Материалы конференции, посвященной 115-летию со дня рождения Б. М. Теплова, 10–11 ноября 2011 г. / под ред. М. К. Кабардова. – М.: Смысл, 2011. – С. 297–300.

ГЕЛОТОФОБИЯ**(Обзор закордонних публікацій)**

В. В. Пономарьова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Проведено огляд закордонних джерел клінічних досліджень почуття гумору і комізму. Встановлено, що результати емпіричних досліджень комічного представляють суперечливі данні про те, наскільки позитивний вплив гумору на психічне здоров'я та психологічне благополуччя. Наведено результати вивчення публікацій, присвячених гелотофобії — патологічного страху стати об'єктом кепкування. Зазначено, що дослідження гелотофобії приймає все масштабніший характер і представляє науковий і практичний інтерес в контексті як вивчення індивідуальних відмінностей, так і психопатології, що пов'язано з високою розповсюдженістю та універсальністю гелотофобії як психосоціального феномену, а також з тим, що надлишкова соціальна тривога розглядається як компонент антивітальної поведінки.

Ключові слова: гелотофобія, соціальна тривожність, соціальна фобія, огляд публікацій.

GELOTOPHOBIA**(Review of foreign publications)**

V. V. Ponomaryova

V. N. Karazin Kharkiv National University

A review of foreign sources on clinical studies of sense of humor and comic elements has been carried out. It was found that the results of the empirical research of the comical are conflicting data on how positive the effect of humor on mental health and psychological well-being is. The article gives the results of the analysis of publications on gelotophobia – a pathological fear of becoming the object of derision. It is noted that the study of gelotophobia is becoming more widespread and is of great scientific and practical interest in the context of study of individual differences and psychopathology, which is associated with high prevalence and universality of gelotophobia as a psychosocial phenomenon, as well as with the fact that excessive social anxiety is considered as a component of anti-vital behavior.

Key words: gelotophobia, social anxiety, social phobia, publication review.

УДК 616.895.8-085



ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 И ШИЗОИДНАЯ ПСИХОПАТИЯ КРЕЧМЕРА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье на основании многолетних клинических, терапевтических, психотерапевтических наблюдений автор обосновывает необходимость возврата к классическим представлениям Э. Кречмера о статике и динамике шизоидного расстройства личности с наиболее принципиальным положением о психоэстетической пропорции в его структуре. Крайние полюса оси шизоидного расстройства личности представлены сенситивным типом с астеническими проявлениями и экспансивным типом со стеническими проявлениями. Рассмотрены особенности биологической и психической терапии, включая терапию хобби и творчеством.

Ключевые слова: шизоидное расстройство личности, статика, динамика, сенситивный, экспансивный, терапия биологическая, психическая.

Причиной, побудившей нас к написанию настоящей статьи, является разительное расхождение между трактовкой рассматриваемого расстройства личности в МКБ-10 [1] и тем, как описал его сам автор-создатель [2], пророчески внедривший в психиатрическую науку и практику термин «шизоидная психопатия». Эти расхождения настолько качественно несопоставимы, требуют настолько разных подходов к установлению контакта и психотерапии, что не могут не быть не представлены перед широкой аудиторией психиатров и психологов, что обусловлено значением знаний классических проявлений статики и динамики

шизоидной психопатии Кречмера для успешного проведения биологической терапии и психотерапии, а также психопрофилактики.

Несмотря на то, что вышеуказанное было замечено нами сразу же в 1996 г. при переходе от четкости на МКБ-10, только впоследствии нам стала в полной мере понятна вся пагубность отступления от классических принципов психиатрии, ибо, никак не повлияв на нас, старшее поколение, она отразилось на формировании молодых специалистов.

В МКБ-10 для диагностики шизоидного расстройства личности, кроме общих симптомов