

Психопатология и чувство юмора

Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов

Научный центр психического здоровья, РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

Чувство юмора традиционно считается атрибутом здоровья и психологического благополучия. При психических заболеваниях способность шутить и воспринимать юмор страдает. В работе приведён всеобъемлющий обзор работ и собственные исследования на эту тему. Предлагается использование юмора в качестве инструмента клинической диагностики. Приводятся некоторые формализованные методики, основанные на использовании юмора. Так, у больных шизофренией нарушается узнавание юмора, у больных депрессией и тревожными расстройствами снижается способность смеяться и получать удовольствие от юмора, характер психопатологии определяет предпочтение и/или отвержение различных приёмов комизма и его тем.

Чувство юмора традиционно считается атрибутом здоровья и психологического благополучия. И то, что при психических заболеваниях способность шутить и воспринимать юмор, так или иначе, страдает, очевидно. Однако изучение механизмов нарушения чувства юмора и остроумия при различных видах психопатологии всё ещё находится на начальном этапе. Исследования чувства юмора в клинической психологии можно объединить в два подхода: количественный и качественный [5, 20]. Первый – фиксирует «снижение» чувства юмора в результате психопатологии (например, [17, 19, 37, 51, 54]), второй – предполагает наличие качественной специфики юмора у больных различными нозологическими группами [6, 11, 12, 20, 24, 30, 40]. Так, Й. Ричман (1985), показал, что больные истерией предпочитают рассказывать сексуальные анекдоты, компульсивные пациенты – анальный юмор, психопаты – шутки о манипулировании другими, параноидальные больные – анекдоты о преследовании невинных жертв (Richman, 1985 – цит. по [20]). В исследовании Н. Куипера и сотр. [31] больные психическими заболеваниями получили более низкие баллы по чувству юмора, однако при анализе результатов нозологических групп оказалось, что пациенты с разными заболеваниями получили разные баллы по разным опросникам чувства юмора [31, 33].

Дж. Форабоско [20] на основе анализа имеющихся клинических данных сделал вывод о том, что в целом при депрессии чувство юмора «снижается», при мании – «повышается», а при шизофрении меняется.

В исследовании Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова, О.В. Митиной [7] было выявлено пять типов анекдотов, предпочтение/отвержение которых различается у больных шизофренией, аффективными расстройствами и здоровых людей: 1) юмор нелепости; 2) неприличные анекдоты; 3) юмор, дискриминирующий противоположный пол; 4) цинично-пессимистические анекдоты; 5) юмор, основанный на противоречии–разрешении противоречия. Три типа повторяют данные В. Руха [46], полученные на выборке психически здоровых людей,

а цинично-пессимистический характер и дискриминация противоположного пола в анекдоте, вероятно, являются специфическими факторами восприятия юмора при психопатологии.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЧУВСТВА ЮМОРА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Наибольший интерес клиницистов привлекают особенности чувства юмора больных шизофренией. Специфика мышления, характерная для этих пациентов, называемая «палеологическим мышлением» (Arieti, 1950 – цит. по [20], недостатком дифференциации между символом и объектом (Levin, 1957 – цит. по [20] или искажением процессов общения [2], обнаруживает сходство с механизмами юмора. В связи с этим, больные шизофренией нередко могут восприниматься как остроумные люди. А. Верт и сотр. [55] представили анализ единичного случая наличия неординарного чувства юмора у взрослой женщины с аутизмом, которое, по их мнению, можно рассматривать как искажение в развитии психических функций, характерное для аутизма в целом, по аналогии, например, с необычными способностями к счёту. Однако если юмор базируется на одновременном сосуществовании «нормальной» и «юмористической» логики, то у больных шизофренией, как правило, эта способность снижается [20]. Результаты эмпирических исследований свидетельствуют о том, что больные шизофренией в целом не более остроумны, чем здоровые люди [18, 45]. Являются ли они менее остроумными, т. е. снижается ли чувство юмора при шизофрении, остаётся дискуссионным тезисом.

Большинство исследователей предполагают, что больные шизофренией действительно испытывают трудности при восприятии юмора [15, 37, 51, 56]. Однако ряд авторов подчёркивают, что чувство юмора больных шизофренией страдает не в целом, но, скорее, нарушаются отдельные его компоненты. Так, Н. Куипер с соавт. [32] оценивали чувство юмора у больных шизофренией по стандартным шкалам: ситуативных юмористических реакций (SHRQ), любви к юмору (SHQ-LH), использованию юмора в качестве копинга (CHS) и шкале метакоммуникативной сензитивности (SHQ-MS). Результаты показали, что в отличие от депрессивных пациентов, у больных шизофренией чувство юмора «снижается» лишь по первым двум показателям [32, 33].

Дж. Полимени и Дж. Рейсс [43] показали, что у больных шизофренией нарушается узнавание юмора. Они предлагали испытуемым набор комических рисунков с подписями. У некоторых рисунков подписи меняли местами, так что их юмористичность существенно снижалась или пропадала вовсе. Испытуемые должны были отметить картинку с изменёнными подписями (несмешные). Полученные результаты свидетельствуют о нарушении восприятия юмора у больных шизофренией, по сравнению со здоровыми людьми. При этом степень нарушения коррелировала с баллом по когнитивному компоненту шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS и не за-

висела от выраженности психопатологической симптоматики по той же шкале.

Аналогичные данные были получены в наших исследованиях [6, 8]. Испытуемым предъявляли набор фраз, среди которых были юмористические, неюмористические и остроумные афоризмы. Предлагалось разделить фразы на юмористические и неюмористические. Было установлено, что для больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, в отличие от здоровых людей и больных аффективными расстройствами и вялотекущей шизофренией, характерно нарушение узнавания или распознавания юмора, которое коррелирует с выраженностью интеллектуальных нарушений – искажением процессов обобщений [8]. При этом способность к распознаванию юмора оказывается диагностически значимой, поскольку позволяет дифференцировать вялотекущую и приступообразно-прогредиентную формы шизофрении.

Качественный анализ интерпретаций анекдотов пациентами позволил описать некоторые эмоционально-личностные механизмы нарушения восприятия юмора у больных шизофренией и аффективными расстройствами: снижение эмоциональной вовлечённости в результате уплощения эмоций и идентификация с высмеиваемым персонажем вследствие паранойяльных тенденций [4, 6]. Однако эти показатели с трудом поддаются формализованному измерению.

В одном из исследований больных шизофренией просили не только оценивать предложенные анекдоты, но и отмечать среди них знакомые [7]. Полученные результаты показали, что больные шизофренией знают или помнят меньшее количество анекдотов, по сравнению со здоровыми людьми и больными аффективными расстройствами. При этом количество знакомых анекдотов коррелирует с выраженностью интеллектуальных нарушений по типу искажения процессов обобщений. Чем больше выраженность нарушений мышления, тем труднее больному становится понимать юмор. Это приводит к формированию негативного отношения к юмору, усилению аутизации и снижению мотивации на запоминание анекдотов.

Данные последних исследований показали, что чувство юмора при шизофрении не только и не столько «снижается», сколько меняется, приобретает специфику. Используя типологию приёмов остроумия, предложенную А.Н. Луком [11, 12], нами [7] показано, что больные шизофренией предпочитают анекдоты, основанные на парадоксе и сравнении по отдалённому признаку. Парадокс, по А.Н. Луку [11, 12] заключается в нахождении глубокого смысла в бессмыслице, что близко к понятию резонёрства – симптома, характерного для больных шизофренией. Склонность сопоставлять объекты по отдалённому (или латентному) признаку может быть основой как креативности и остроумия, так и искажения процессов обобщений при шизофрении.

Юмор нелепости включает анекдоты, основанные на таких приёмах остроумия, как нелепость и совмещение планов (при которых за высокими словами скрывается простота, глупость, невежество). Смысл подобного юмора заключается не столько в усмотрении комического противоречия, сколько в нелепости, абсурдности самой ситуации. Фактор неприличного юмора имеет отрицательный полюс, объединяющий шутки нейтральные, универсальные, которые можно рассказать в любом обществе. Анекдоты, дискриминирующие противоположный пол, образующие один из факторов, также имеют противоположность: Это чересчур агрессивный юмор над противоположным полом. Это при-

вело к предположению о том, что смысл дискриминирующих женщин (мужчин) анекдотов – всё-таки флирт, установление отношений между полами. Цинично-пессимистический юмор объединяет шутки, выражающие циничное отношение к жизни, разочарование, пессимизм, уверенность в худшем положении дел. Он включает анекдоты, основанные на таких приёмах, как парадокс и ирония. Последний фактор содержит анекдоты, понимание которых требует догадки, расшифровки, реинтерпретации смысла. Это так называемые «интеллектуальные» анекдоты, если противопоставить их юмору нелепости, то понимание их требует большего эмоционального включения. Анекдоты данной группы основаны на таких приёмах, как двойное истолкование, сравнение по отдалённому признаку, обратное сравнение и др. Восприятие этого юмора сходно с эстетическим удовольствием от остроумного решения интеллектуальной задачи.

Анализ оценок пациентами анекдотов данных пяти факторов показал, что больные приступообразно-прогредиентной шизофренией предпочитают анекдоты, дискриминирующие противоположный пол. Возможно, такие шутки наиболее просты для распознавания юмора в силу чёткого обозначения объекта осмеяния. При выраженном искажении процессов обобщений больные шизофренией предпочитают юмор, основанный на разрешении противоречия, что формирует особое «шизотипическое» чувство юмора, описанное клиницистами (например, Arieti, 1950 и Levin, 1957 – цит. по [20]). То, что больные приступообразно-прогредиентной шизофренией предпочитают анекдоты, основанные на разрешении противоречия, хорошо соотносится со снижением у них способности к узнаванию юмора среди неюмористической информации. Известно, что эти больные плохо понимают контекст интеракции. Другими словами, они не чувствуют, шутит ли собеседник или говорит серьёзно. Поэтому при узнавании юмора они могут опираться лишь на когнитивную его составляющую – разрешение противоречия. Однако разрешение противоречия не всегда связано с комизмом.

Предпочтения анекдотов при вялотекущей шизофрении формируются в зависимости от преобладания у больного эмоциональных или когнитивных нарушений. Чем больше выраженность аффективного компонента, тем вероятнее предпочтение больным цинично-пессимистического юмора и неприятие неприличных анекдотов (что характерно для депрессивного синдрома). При нарастании интеллектуального дефекта пациент, скорее, предпочтёт анекдоты, основанные на разрешении противоречия и дискриминирующие противоположный пол. Таким образом, одним из результатов исследования является демонстрация возможности оценки структуры в клинической диагностике с помощью юмора [7, 8].

Тематический анализ анекдотов чаще применяется при исследовании депрессии (Fasolo, Gambini, 1991 – цит. по [20, 23, 52]). Однако полученные данные о том, что больные приступообразно-прогредиентной шизофренией, как и пациенты с маниакальным синдромом, могут предпочитать и сексуальный юмор, и анекдоты на тему алкоголизма и наркомании [7].

Долгое время в психологии юмора наблюдалась тенденция к переоценке позитивного влияния чувства юмора на психическое и физическое здоровье человека. Однако за последние 20 лет в результате анализа многочисленных противоречивых данных, большинство исследователей стали приходить к выводу о том, что позитивными свойствами обладает не юмор в целом, а некоторые из

его компонентов [28, 31, 39]. Р. Мартин [39] разработал опросник для оценки как адаптивных, так и дезадаптивных стилей юмора, который был переведён и апробирован на российской выборке [1].

Данные клинического исследования Д.И. Ивановой [3] показали, что у больных шизофренией снижена выраженность аффилиативного, самоподдерживающего и агрессивного стилей юмора, по сравнению со здоровыми людьми. Однако уровень самоуничижительного стиля юмора не отличается от группы нормы. Кроме того, в данном исследовании выявлялись взаимосвязи использования того или иного стиля юмора с действием различных защитных механизмов и копинг-механизмов. Было показано, что у больных шизофренией, в отличие от здоровых людей, самоподдерживающий и самоуничижительный стили юмора положительно коррелируют с защитным механизмом интеллектуализации (который развит у них в большей степени, чем у здоровых людей), а аффилиативный юмор – с отрицанием. У больных шизофренией самоуничижительный юмор положительно связан с копингом самоконтроля, в то время как у психически здоровых людей эта связь отрицательна. Несмотря на то, что у больных шизофренией более развита копинг-стратегия дистанцирования, по сравнению со здоровыми людьми, это не связано с большей способностью использовать те или иные стили юмора. В целом, больные шизофренией оценивают свою остроумность и эффективность своего копинг-поведения ниже, чем здоровые люди.

Таким образом, при шизофрении, в связи с искажением процессов обобщения, снижается способность к узнаванию юмора. Снижение эмоциональной вовлечённости и склонность к идентификации с высмеиваемым персонажем препятствуют получению удовольствия при восприятии юмора, больные не склонны запоминать анекдоты. Больные шизофренией предпочитают шутки, основанные на парадоксе и сравнении по отдалённому признаку. Эти пациенты выше оценивают анекдоты, основанные на дискриминации противоположного пола и на разрешении противоречия. При наличии в клинической картине депрессивного синдрома, больные шизофренией предпочитают также цинично-пессимистический юмор и отвергают неприличные анекдоты.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЧУВСТВА ЮМОРА У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Широко распространено мнение о том, что депрессия и чувство юмора имеют обратную связь [17, 31–33, 54]. Это соответствует здравому смыслу и самому определению депрессивного синдрома, для которого характерны тенденции к самообвинению, самоуничижению, самокритике [27, 28]. Однако даже при депрессии, восприятие юмора страдает не тотально, а лишь на уровне отдельных компонентов.

Как правило, интеллектуальное понимание соли анекдотов остаётся сохранным (см, например, Fasolo, Gambini, 1991 – цит. по [20, 6]).

Клиническая картина депрессивного синдрома препятствует переживанию веселья и смеху. Тем не менее, в исследовании Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова и О.В. Митиной [7, 8] различия по выраженности смеховой активности в группах больных аффективными расстройствами и шизофренией оказались незначимыми, хотя обе группы с высокой значимостью отличались от здоровых людей. Этот результат может объясняться, с одной стороны, тем, что депрессивный синдром нередко со-

провождает и шизофрению. С другой стороны, снижение смеховой активности у пациентов с разной психопатологией может объясняться самим фактом заболевания и стационарирования.

Несмотря на снижение смеховой активности, больные с депрессивным синдромом способны получать удовольствие при восприятии юмора. Так, Ф. Фасоло и Ф. Гамбини показали, что депрессивные пациенты оценивают шутки на тему депрессии даже выше, чем медсёстры клиники (Fasolo F., Gambini F., 1991 – цит. по [20]).

Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов и О.В. Митина [7] показали, что у больных аффективными расстройствами значимо чаще вызывают смеховую реакцию анекдоты, основанные на совмещении планов или смешении стилей. По А.Н. Луку [11, 12] смысл этого приёма сходен с клиническими проявлениями аффективных расстройств, для которых характерна резкая смена противоположных состояний.

Больные с депрессивным синдромом не любят неприличные анекдоты [7]. Это может объясняться либо снижением сексуального интереса, либо общим снижением уровня экспансии этих больных, поскольку неприличный юмор связан с определённой долей эпатажа.

Суицидальные пациенты предпочитают юмор на тему смерти [23] и склонны рассказывать интропунитивные анекдоты, где страдает главный персонаж [52]. Противоречащие результаты были получены в исследовании Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова и О.В. Митиной [7], которые выявили отвержение депрессивными больными анекдотов на темы болезни и смерти, однако в последнем случае контролировалась выраженность депрессии, а не суицидальных тенденций как таковых. Так или иначе, необходимы дальнейшие исследования предпочтений этих пациентов с сопоставлением как стимульного материала разных исследований, так и характеристик клинических групп больных.

По некоторым данным, больные с депрессивным синдромом предпочитают «депрессивный» юмор (Fasolo F., Gambini F., 1991 – цит. по [20, 26]). Однако в исследовании Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова, О.В. Митиной [7], несмотря на то, что эта тенденция выявлялась, она не достигала уровня значимых различий. Напротив, оказалось, что цинично-пессимистический юмор выше оценивают пациенты с маниакальным синдромом, чем депрессивным.

Наибольшей противоречивостью характеризуется чувство юмора пациентов с маниакальным синдромом. Широко известно, что такие больные часто шутят, смеются и хихикают (например, [24]). Патологическая раскрепощённость этих пациентов выражается, в частности, в предпочтении ими сексуального юмора и анекдотов на тему алкоголизма и наркомании [7]. Интересно, однако, что пациенты с маниакальным синдромом предпочитают цинично-пессимистические анекдоты, причём оценивают их выше, чем больные с депрессией. Этот факт даёт возможность объединить два трудно сочетаемых взгляда на маниакальное состояние. С одной стороны, мания, по определению, предполагает наличие эйфории, желание шутить и беспричинный смех. С другой стороны, в психологии маниакального состояния есть стремление к юмору депрессивному. Полученные результаты позволяют говорить о том, что в маниакальном состоянии возникает стремление к юмору, но не к любому, а к особому его виду: цинично-пессимистическому, т. е., по сути своей – депрессивному.

Таким образом, при депрессии у больных в целом снижается способность получать удовольствие от юмора и выраженность смеховой активности, при этом сохраняется способность к пониманию

соли шутки. Эти пациенты отличаются неприятным неприличным юмором. Они предпочитают «депрессивный» юмор, анекдоты, в которых главный персонаж каким-либо образом страдает, и шутки на тему смерти, а также анекдоты, основанные на совмещении планов или смешении стилей.

Пациенты с маниакальным синдромом склонны шутить и смеяться, они любят сексуальный юмор и анекдоты на тему алкоголизма и наркомании. В то же время, эти больные, как и больные в депрессивном состоянии, предпочитают цинично-пессимистические анекдоты.

ИССЛЕДОВАНИЯ ЧУВСТВА ЮМОРА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Взаимосвязь между получением удовольствия от шутки и тревожностью неоднозначна даже в контексте психического здоровья. Большинство исследователей соглашаются с тем, что тревожность снижает эффект комизма [19, 31, 32, 34].

Дж. Дорис и Е. Фирман отбирали студентов с высокой и низкой тревожностью и предлагали им оценивать юмористические картинки, характеризовавшиеся агрессивным, сексуальным либо абсурдным юмором [19]. Результаты показали, что высоко тревожные пациенты оценивают ниже все шутки.

А. Бланк и сотр. (Blank A. et al., 1983 – цит. по [20]) просили испытуемых оценивать психотерапевтические интервенции, содержавшие юмор, в сравнении с серьёзными и обнаружили, что только низко тревожные пациенты оценивают шуточные интервенции выше, чем серьёзные.

Клинические данные свидетельствуют о том, что высокий уровень тревожности снижает эффект комизма при восприятии юмора (см, например, Forabosco G., 1997). Так, Я. Левайн и Р. Абельсон [34] предлагали врачам-психиатрам оценить ряд юмористических картинок по тому, насколько они могут повысить тревогу у тревожных больных. Затем картинки предъявлялись группам здоровых испытуемых, больным шизофренией и пациентам с тревожными расстройствами. Регистрировалась поведенческая реакция на восприятие стимула (смех) и его оценка. В целом оценки здоровых испытуемых оказались не связанными с тревожностью содержания картинок, в то время как обе группы остальных пациентов предпочитали низко тревожные картинки.

Однако влияние фактора тревожности на возникновение чувства смешного не всегда однозначно, оно зависит от уровня интеллектуальной сложности шутки. Повышенный фон тревоги затрудняет понимание юмора, таким образом, повышая субъективную сложность шутки. Поэтому в случае простой шутки, тревога может повышать эффект комизма [57]. Примером может служить истерический смех, провоцируемый малейшим поводом.

Нарушения чувства юмора у тревожных больных описаны психоаналитиками. Помимо распространённого мнения о том, что чувство юмора может снижаться вследствие работы защитных механизмов [14, 35], обсуждается феномен неосознаваемых шуток, когда человек говорит смешные вещи, не осознавая их комичности [16, 42].

Таким образом, в целом можно сказать, что тревожность снижает эффект комизма при восприятии юмора. Однако имеющиеся эмпирические данные не позволяют увидеть различия между высоким уровнем тревожности у здоровых людей и тревожностью как клиническим синдромом. В связи с этим необходимо проведение дальнейших исследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕЛОТОФОБИИ (ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТРАХА НАСМЕШКИ)

Одним из перспективных и быстро развивающихся направлений психологии юмора является изучение феномена гелотофобии или патологического страха показаться смешным или стать объектом юмора [48]. Впервые феномен гелотофобии выделил и описал на клиническом материале М. Титц [53]. Он понимал гелотофобию как особую форму социофобии, при которой пациенты испытывают тревогу, связанную со страхом осмеяния другими и убеждены, что они смешны, что с ними «что-то не так». Такие больные избегают общения с другими людьми, стараются не попадаться им лишним раз на глаза, потому что подозревают, что другие постоянно ищут в них доказательства их нелепости, чужаковости. В случае выраженного проявления страха насмешки возникает «синдром Пинокио» [53], при котором больные не способны воспринимать юмор позитивно и непринужденно. Они реагируют на улыбки и незлобивый юмор таким образом, что становится очевиден их страх. Их манера общения, особенно пантомимика, выдают их скованность и производят странное впечатление. Для таких больных характерно мышечное напряжение вплоть до онемения и психофизиологические симптомы, типичные для тревоги: учащение сердцебиения, тремор мышц, сухость в горле, заикание. Отличительной чертой больных гелотофобией, в сравнении с больными социофобией, являются неловкие, несурзные движения. «Деревянный вид» – важный критерий клинической оценки гелотофобии, поэтому М. Титц [53] проводит параллель с фигурой Пинокио.

Чувство юмора больных гелотофобией характеризуется также тем, что они 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 смысл шуток 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. Больные с гелотофобией, как правило, либо смеются над всем и всеми, либо вовсе не смеются [48].

В. Рух и Р. Проьер [48] разработали опросник по выявлению гелотофобии, который недавно был переведён на русский язык и апробирован Е. Стефаненко. Часть утверждений опросника имеет непосредственное отношение к специфической феноменологии гелотофобии, другие описывают феномены, встречающиеся и при других формах психопатологии. Первоначальный вариант опросника содержит 46 утверждений, описывающих: 1) проявления убежденности в собственной нелепости и смехотворности; 2) возможные предпосылки гелотофобии (насмешки в детстве); 3) возможные последствия гелотофобии (избегание социальных ситуаций, в которых усматривается вероятность показаться смешным другим людям). Позже была предложена сокращённая версия опросника из 15 утверждений [50].

В целях эмпирической верификации описываемого феномена В. Рух и Р. Проьер [48] сравнили баллы, полученные по опроснику гелотофобии у больных гелотофобией (группа была предоставлена автором понятия М. Титцем); больных с «атипичной депрессией» (основанной на чувстве стыда, а не вины); больных с типичной депрессией и группой психически здоровых людей. Результаты

показали, что на вопросы, связанные с переживанием чувства стыда и социальным избеганием, больные с гелотофобией и атипичной депрессией отвечали одинаково и значимо отличались от двух других групп. Но по утверждениям, отражающим специфические симптомы страха осмеяния, больные гелотофобией получили значимо более высокие баллы, чем испытуемые всех других групп, которые мало отличались между собой. Таким образом, синдром гелотофобии выделяется как относительно самостоятельный [48].

Для валидации опросника гелотофобии В. Рух и сотр. провели также два эксперимента. В одном из них больным с гелотофобией и здоровым испытуемым предъявлялись аудиозаписи смеха с различной эмоциональной окраской [47]. Предлагалось оценить эмоциональное состояние смеющегося, а также собственную эмоциональную реакцию на данный смех. Оказалось, что больные с гелотофобией чаще, чем здоровые испытуемые, воспринимают смех как негативно окрашенный, агрессивный. Особенно ярко это проявлялось при оценке позитивно мотивированного смеха. Больные с гелотофобией в большинстве случаев оценивали позитивный смех как негативный, а негативный – ещё негативнее. Таким образом, больные с гелотофобией практически не различают позитивный и негативно мотивированный смех.

В другом эксперименте использовался рисованный тест гелотофобии, сконструированный по аналогии с тестом Розенвейга. Испытуемым предъявлялись картинки с изображениями более или менее неопределённых ситуаций, которые можно было интерпретировать как насмешку одного или нескольких персонажей над другим. Было показано, что больные с гелотофобией интерпретируют неопределённую ситуацию как ситуацию высмеивания и демонстрируют страх подобных ситуаций [47].

В исследовании Дж. Форабоско и сотр. было показано, что больные психическими заболеваниями в целом получают более высокий балл по опроснику гелотофобии [20]. Наиболее выражен синдром гелотофобии у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности, по сравнению с пациентами с расстройствами настроения, тревожными расстройствами и пищевыми расстройствами. Кроме того, выраженность гелотофобии позитивно связана с длительностью заболевания.

Результаты отечественного исследования, проведённого Е. Стефаненко, подтверждают большую выраженность гелотофобии у пациентов психиатрической клиники в сравнении со здоровыми людьми [25]. 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 настоящее время вопрос о том, правомерно ли и оправданно ли выделение гелотофобии как психопатологического синдрома, остаётся дискуссионным. Его проявления пересекаются с социофобическим синдромом В. Руха и Р. Проьера [48]. Эмпирически было подтверждено отличие таких больных от пациентов с типичной депрессией и депрессией стыда [48]. Учитывая данные, полученные Дж. Форабоско [21], можно предположить, что в эту группу попали больные с большей выраженностью шизоморфных симптомов. Феномен гело-

тофобии также хорошо соотносится со склонностью к идентификации с высмеиваемым персонажем у больных психическими расстройствами [6]. Однако пока нет данных о прогностической значимости синдрома гелотофобии. Несмотря на то, что впервые феномен гелотофобии был выделен на клиническом материале, в настоящее время его исследование преимущественно проводится в контексте дифференциальных различий у здоровых людей. Учитывая описанные выше различия в проявлениях гелотофобии у здоровых людей, трудно сказать, насколько эти результаты можно экстраполировать на больных с психическими расстройствами. Так или иначе, необходимы дальнейшие исследования гелотофобии в клинике.

Наряду с феноменом гелотофобии, в последние годы были выделены и описаны противоположная ей склонность становиться объектом юмора (гелотофилия) и склонность к высмеиванию других людей (катагеластизм) [50]. Однако, несмотря на значимость этих феноменов для клинической психологии, их изучение на материале психопатологии ожидает нас в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование юмора в качестве инструмента клинической диагностики, очевидно, является привлекательным, поскольку повышает мотивацию и эмоциональную включённость как пациента, так и врача или психолога, может сокращать время обследования. Однако научное обоснование такого диагностического приёма пока только делает первые шаги. Данные первых исследований в этой области свидетельствуют о том, что у больных шизофренией нарушается узнавание юмора, у больных депрессией и тревожными расстройствами снижается способность смеяться и получать удовольствие от юмора, характер психопатологии определяет предпочтение и/или отвержение различных приёмов комизма и его тем. Следующим шагом должно стать создание формализованных диагностических методик, основанных на использовании юмора.

В заключение стоит упомянуть о целом направлении работ, посвящённых использованию юмора в психотерапевтических целях. Так, например, в одном из исследований больным шизофренией систематически и в течение длительного времени показывали комедийные фильмы (а контрольной группе больных – некомедийные фильмы) [22]. Результаты показали, что, по мнению персонала, у пациентов экспериментальной группы снижались вербальная (но не поведенческая) агрессия, тревога и депрессия, напряжение; сами же пациенты отмечали повышенную социальную поддержку со стороны медперсонала.

В настоящее время всё большей популярностью начинают пользоваться различные виды юморотерапии, начиная от тренингов остроумия [9, 10, 41] и заканчивая клоунадой в онкологических стационарах. Создаются международные ассоциации, пропагандирующие данный подход к терапии различных заболеваний – например, Американская Ассоциация Терапевтического Юмора (AATH – American Association for Therapeutic Humor).

Результаты эмпирических исследований представляют противоречивые данные о том, насколько позитивно влияния юмора на психическое здоровье и психологическое благополучие [38], поэтому, вероятно, стоит говорить о различных механизмах или видах чувства юмора, одни из которых могут быть терапевтическими и способствовать адаптации, а другие – нейтральными или даже антитерапевтическими.

В рамках психотерапевтических работ эта дискуссия основана на восприятии чувства юмора в качестве показателя психического и психологического здоровья, с одной стороны, и защитного механизма, с другой. В связи с этим, различные авторы приводят аргументы «за» и «против» применения юмора в психотерапии [29, 30, 36, 42, 44].

Литература

1. Ениколопов С.Н., Иванова Е.М., Зайцева А.С. Апробация опросника Р. Мартина на стили юмора. Материалы IV Всероссийского съезда Российской общества психологов. Ростов-на-Дону. 18–21 сентября 2007; 1: 357.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ. 1986.
3. Иванова Д.И. Юмор, защитные механизмы и копинг-стратегии у больных с психическими расстройствами. Дипломная работа, выполненная под руководством С. Н. Ениколопова. – 2008.
4. Иванова Е.М. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при психических заболеваниях. Качественный анализ. В.М. Бехтерев и современная психология. Материалы докладов всероссийской научно-практической конференции. Том 2. Ред. Л. М. Попов. Казань. КГУ. 29-30 сентября 2005; 144–151.
5. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) // Вопросы психологии. 2006; 4: 122–133.
6. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Максимова М.Ю. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при шизофрении и циклотимии // Психиатрия. 2008; 3: 60–65.
7. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Митина О.В. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах // Вопросы психологии. 2008; 1: 45–57.
8. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Митина О.В. Нарушение распознавания юмора у больных шизофренией // Психологический журнал. 2008.
9. Иванова Т.В. Обучающая программа «Восприятие комического» // Журнал практического психолога. 1998; 5: 57–61.
10. Иванова Т.В. Остроумие и креативность // Вопросы психологии. 2002; 1–2: 76–87.
11. Лук А.Н. О чувстве юмора и остроумии. М.: 1968.
12. Лук А.Н. Юмор, остроумие, творчество. М.: «Искусство». 1977.
13. Мартин Р. Психология юмора. СПб. «Питер». 2008.
14. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному // «Я» и «Оно». Тбилиси. 1991.
15. Asperger H. Autistic Psychopathy in Childhood / Frith U. (ed.) Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press. 1992; 37–92.
16. Barry R.R. Recognizing Unconscious Humor in Psychoanalysis / Streat H. S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy. Northvale. NJ: Jason Aronson. 1994.
17. Deaner S.L., McConatha J.T. Relationship of humor to depression and personality // Psychological Reports 1993; 72: 755–763.
18. Derks P., Leichtman H.M., Carroll P.J. Production and judgement of «humor» by schizophrenics and college students // Bulletin of the Psychonomic Society. 1975; 6: 300–302.
19. Doris J., Fierman E. Humor and Enxity / Levine J. (ed.) Motivation in Humor. New York. 1969.
20. Forabosco G. The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. The Sense of Humor: explorations of a personality characteristic / Ed. W. Ruch. N.Y.: Mouton de Gruyter, 2007; 271–292.
21. Forabosco G., Ruch W., & Nucera P. (in press). The fear of being laughed at among psychiatric patients. Humor: International Journal of Humor Research.
22. Gelkopf M., Kreitler S., Sigal M. Laughter in a psychiatric ward: Somatic, emotional, social and clinical influences on schizophrenic patients // Journal of Nervous and Mental Diseases 1993; 181: 283–295.
23. Goldsmith L.A. «The capacity for adaptive regression and humor and its relation to suicide lethality» in L. Bellak, L. A. Goldsmith (eds.) The Broad Scope of Ego Function Assessment. New York: Wiley, 1984; 362–375.
24. Haig R.A. The anatomy of humor: Biopsychosocial and therapeutic perspectives. Springfield, IL: Thomas. 1988.
25. Ivanova A., Stefanenko E., Enikolopov S. Gelotophobia in structure of mental illness. Paper presented at the 20th annual conference of the International Society for Humor Studies. Alcal3 de Henares, Spain, July 7-11, 2008.
26. Kantor M. The human dimension of depression: A practical guide to diagnosis, understanding, and treatment. New York: Praeger. 1992.
27. Kirsh G.A., Kuiper N.A. Individualism and relatedness themes in the context of gender, depression, and a self-schema model of emotion // Canadian Psychology. 2002; 43: 76–90.
28. Kirsh G.A., Kuiper N.A. Positive and negative aspects of sense of humor: Associations with the constructs of individualism and relatedness // Humor: International Journal of Humor Research. 2003; 16–1: 33–62.
29. Kubie L.S. The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy / Streat H. S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy. Northvale N.J. 1994.
30. Kuhlman T.L. Humor and psychotherapy. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin. 1984.
31. Kuiper N.A., Martin R.A. Is sense of humor a positive personality characteristic? // Ruch W. (ed.) The sense of humor: Explorations of a personality characteristic. Berlin; New York: Mouton de Gruyter. 1998; 179–202.
32. Kuiper N., Martin R., Olinger J., Kazarian S. and JettO J. Sense of humor, self-concept, and psychological well-being in psychiatric inpatients // Humor: International Journal of Humor Research. 1998; 11: 4: 357–381.
33. Kuiper N., Olinger J. Humor and mental health / Friedman H. (ed.) Encyclopedia of Mental Health 2.- San Diego CA: Academic Press. 1998; 445–457.
34. Levine J., Abelson R. Humor as a Disturbing Stimulus / Levine J. (ed.) Motivation in Humor. New York: Atherton Press. 1969.
35. Levine J., Redlich F.C. Intellectual and emotional factors in the appreciation of humor // Journal of General Psychology. 1960; 62: 25–35.
36. Marcus N.N. Treating Those Who Fail to Take Themselves Seriously: Pathological Aspects of Humor / Streat H. S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy. Northvale NJ: Jason Aronson. 1994.
37. Marjoram D., Tansley H., MacIntyre D., Miller P., Owens D., Johnstone E., Lawire S. Mind Reading Cartoons: a Pictorial Theory of Mind Study in People with Schizophrenia // Schizophrenia Research. Abstracts of the XIth biennial winter workshop on schizophrenia. - Davos. Switzerland. 7–13 Feb. 2004.
38. Martin R.A. Humor, Laughter, and Physical Health. Methodological Issues and Research Findings. // Psychological Bulletin. July 2001; 127: 4: 504–519.
39. Martin R.A., Puhlik-Doris P., Larsen G., Gray J., Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire // Journal of Research in Personality. 2003; 37: 48–75.
40. Moody R.A.J. (1978) Laugh after laugh: The healing power of humor. Jacksonville, FL: Headwater Press.
41. Nevo O., Aharonson H., Klingman A. The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor / Ruch W. (ed.) The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic. Berlin/New York: Mouton de Gruyter. 1998; 384–404.
42. Poland W.S. The gift of laughter / Streat H. S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy. Northvale NJ: Jason Aronson. 1994.
43. Polimeni J., Reiss J.P. Humor perception deficits in schizophrenia // Psychiatry Research. 2006; 141: 229–232.
44. Prerost F.J. Humor as an Intervention Strategy / Streat H.S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy. Northvale NJ: Jason Aronson. 1994.
45. Rosin S.A., Cerbus G. Schizophrenics' and college students' preference for and judgement of schizophrenic versus normal humorous captions // Journal of Psychology. 1984; 118: 189–195.
46. Ruch W. Assessment of appreciation of humor: Studies with the 3 WD humor test // Butcher J.N., Spielberger C.D. (eds.) Advances in Personality Assessment. Hillsdale. NJ: Erlbaum. 1992; 9: 27–75.
47. Ruch W., Altfreder O., & Proyer, R.T. (in press). How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept. Humor: International Journal of Humor Research.
48. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. Humor // International Journal of Humor Research. 2008; 21: 1: 47–67.
49. Ruch W., Proyer R.T. Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at // Swiss Journal of Psychology 2008; 67: 1: 19–27.
50. Ruch W., Proyer R.T. (in press). Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians. Humor: International Journal of Humor Research.
51. Senf R., Huston P.E., Cohen B.D. The use of comic cartoons fro the study of social comprehension in schizophrenia // American Journal of Psychiatry. 1956; 113: 45–51.
52. Spiegel D., Brodtkin S.G., Keith-Spiegel P. Unacceptable impulses, anxiety and the appreciation of cartoons // Journal of Projective Techniques and Personality Assessment. 1969; 33; 154–159.
53. Titze M. The Pinocchio Complex: overcoming the fear of laughter. // Humor&Health Journal. 1996; 5: 1–11.
54. Thorson J., Powell F. Development and validation of multidimensional sense of humor scale // Journal of Clinical Psychology. 1993; 49: 13–23.
55. Werth A., Perkins M., Boucher J. Here's the weavery looming up // Autism. 2001; 5: 2: 111–125.
56. Wing L. The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals. London. 1996.
57. Wyer R.S., Collins J.E. A Theory of Humor Elicitation // Psychological Review. October 1992; 99: 4: 663–688.