



О. М. Шпортун

Розвиток нозологічних особливостей гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму при різних видах психічних розладів

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Ключові слова: гелотофобія, гелотофілія, катагеластичизм, психічні розлади, вікові групи.

Наукові психологічні дослідження останніх років свідчать про недостатній рівень висвітлення розладів гумору як емоції. З метою дослідити та виявити нозологічні особливості гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму у 81 чоловіка та 50 жінок, 142 хворих на психічні розлади вивчені особливості впливу діагнозу, статі, а також симптоматики психічних розладів на розвиток гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму. Використовували методи: 1) російськомовна версія шкали гелотофобії GELOPH-15; 2) методика PhoPhiKat-45; 3) шкала гелотофобії GELOPH-15; 4) малюнковий тест Picture-GELOPH, а також психометричний і факторний аналіз методик. Встановили, що основними факторами у формуванні нозологічних особливостей є стать і діагноз, що дало можливість розглянути окремо вплив статевих відмінностей та нозологічну специфіку, а також вплив симптоматики психічних розладів на розвиток гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму. Це свідчить про те, що специфіка проявів гелотофобії, гелотофілії і катагеластичизму може розглядатися як додатковий індикатор глибини порушення психічної діяльності людини.

Развитие нозологических особенностей гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма при различных видах психических расстройств

О. Н. Шпортун

Научные психологические исследования последних лет свидетельствуют о недостаточном уровне изучения расстройств юмора как эмоции. С целью исследовать и выявить нозологические особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма у 81 мужчины и 50 женщин, 142 больных психическими расстройствами изучили особенности влияния диагноза, пола, а также симптоматики психических расстройств на развитие гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма. Использовались такие методы: 1) русскоязычная версия шкалы гелотофобии GELOPH-15, 2) методика PhoPhiKat-45, 3) шкала гелотофобии GELOPH-15, 4) рисуночный тест Picture-GELOPH, а также психометрический и факторный анализ данных методик. Установлено, что основными факторами в формировании нозологических особенностей являются пол и диагноз, что позволило рассмотреть отдельно влияние половых различий и нозологическую специфику, а также влияние симптоматики психических расстройств на развитие гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма. Это свидетельствует о том, что специфика проявлений гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма может рассматриваться как дополнительный индикатор глубины нарушения психической деятельности человека.

Ключевые слова: гелотофобия, гелотофилия, катагеластичизм, психические расстройства, возрастные группы.

Запорожский медицинский журнал. – 2015. – №6 (93). – С. 60–69

The impact of mental disorders on the development of nosological features of gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism

O. M. Shportun

Scientific psychological studies, which are provided in recent years, indicate lack of coverage of humour disorders as an emotion.

Aim. In order to explore and discover the nosological features of gelotophobia, gelotophilia, katagelasticism, in 81 men and 50 women, 142 patients with mental disorders were included.

Methods and results. Features of influence of diagnosis, gender, as well as symptoms of mental disorders on the development of gelotophobia, gelotophilia, katagelasticism were studied. The following methods were used: 1) a Russian-language version of the gelotophobia scale GELOPH-15; 2) Methodology of PhoPhiKat-45; 3) Gelotophobia scale GELOPH-15; 4) Picture Test Picture-GELOPH. The psychometric and factor analyses of data were also used. It was distinguished that the main factors in forming the main nosological features are: gender and diagnosis, that allow considering separately the impact of sexual differences and nosological specifics, as well as the impact of mental disorders symptoms on the development of gelotophobia, gelotophilia, katagelasticism.

Conclusion. It indicates that the specificity of the manifestations of gelotophobia, gelotophilia, katagelasticism can be seen as indicators of the depth of the violation of human mental activity.

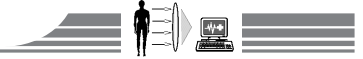
Key words: Gelotophobia, Gelotophilia, Katagelasticism, Mental Disorders, Age Groups.

Zaporozhye medical journal 2015; №6 (93): 60–69

Клінічні дослідження у сфері психології гумору так чи інакше стосуються проблеми гелотофобії, котра являє собою доволі широкий спектр проявів, що є актуальними як для здорової особистості, так і для осіб з патопсихологічними симптомами. Когнітивні особливості, афективні переживання, сфера соціальних та інтерперсональних відносин – все це у своїх аномальних проявах є тісно пов'язаним із особливостями гелотофобії.

Понад сто років тому французький психіатр П. Гартен-

берг розглядав страх бути осміяним у контексті соціальних страхів [7]. Однак згодом описуваний феномен втратив свою значущість і відтоді не розглядався як необхідний атрибут соціальних страхів. Сучасні класифікації хвороб включають феномен соціофобії, однак не згадують про такий прояв, як переконаність у власній комічності. Проте аналіз доступних наукових публікацій свідчить про реальне існування гелотофобії та її негативний вплив на соціальну адаптацію. Як було припущено, рівень вираження гелотофобії у групі



хворих із психічними розладами в цілому є вищим, ніж у групі здорових, але залежно від нозологічної форми має внутрішньогрупову специфіку.

Для хворих на психічні захворювання у зв'язку із їхньою маргінальною позицією в суспільстві та самим характером розладів ці проблеми нерідко загострюються й можуть відігравати суттєву роль у перебігу хвороби, наростанні соціальної ізоляції або, навпаки, ресоціалізації та реабілітації.

Теоретико-методологічною базою дослідження стали уявлення про гелотофобію як про форму соціофобії (Тітц, Форабоско, Рух); психологічна концепція гумору як прояв переваги й ворожості (Платон, Арістотель, Грунер, Зіліман, Гоббс); теорія Ріда Мартіна про негативні та позитивні стилі гумору залежно від мети використання: подолання внутрішньоособистісних проблем суб'єкта або поліпшення взаємин з тими, хто його оточує; принципи вітчизняного клініко-психологічного підходу до вивчення психічних розладів, що заснований на принципі синдромного аналізу (Зейгарник, Критська, Мелешко, Поляков, Соколова, Коченов, Николаєва); принципи світової психіатричної школи, котрі розглядають соціофобію як соціальний тривожний розлад – хронічне захворювання, що інвалідизує та має чіткі критерії діагностики в міжнародній класифікації хвороб (Каплан, Смулевич, Тиганов, Монтгомері, Ковпак) [2,6,8,13].

Мета роботи

Дослідити та виявити вплив психічних розладів на розвиток нозологічних особливостей гелотофобії, гелотофільії та катагеластизму.

Матеріали і методи дослідження

Використали методи: російськомовна версія шкали гелотофобії GELOPH-15, методика PhoPhiKat -45, шкала гелотофобії GELOPH-15, малюнковий тест Picture-GELOPH, а також психометричний і факторний аналіз методик.

Результати та їх обговорення

Дослідження М. Тітца свідчать, що особи із вираженою гелотофобією не отримують задоволення від гумору і не сприймають його позитивно [15]. Це підводить до думки, що таким людям важко використовувати гумор як регулятор поведінки або з метою згуртування колективу. Навпаки, у таких людей може бути виражений самопринижувальний стиль гумору як захисний механізм від нападів інших осіб. Цілком зрозумілим є відзначене вище припущення про те, що у людей із наявністю гелотофобії переважає агресивна манера жартувати. У дослідженні вивчався зв'язок гелотофобії з особливостями самооцінки за наступними запропонованими шкалами: 1) Розум; 2) Смуток; 3) Сором; 4) Страх; 5) Тривога; 6) Гнів; 7) Відчуття щастя. Сучасні дослідження в психології гумору свідчать: гелотофобія є позитивно пов'язаною із почуттям страху, сорому, тривоги, смутку; негативно – із задоволеністю життям, радістю [15].

Особливе місце в концепції гелотофобії посідає почуття сорому та страху. Так, С. Томкінс демонструє функцію

соціального контролю та емоційного саморегулювання почуття сорому [7]. Сором є інгібітором емоцій, перериває відчуття задоволення. Присоромлена людина відчуває, що над нею мають право сміятися і зневажати її. У дослідженнях М. Тітца показаний вплив насмішок і принижень з боку батьків на адресу дітей із метою покарання [15]. Основним механізмом регуляції поведінки в цьому випадку є сором. Негативний досвід осміювання з боку оточуючих може стати причиною переживання страху та тривоги перед подібними ситуаціями, і згодом – приводом для уникнення потенційно небезпечних ситуацій осміяння. Отже, між насмішкою, соромом і страхом спостерігається тісний зв'язок.

Можна зробити припущення, що одним з основних механізмів регуляції відносин «гелотофобів» із соціумом може бути почуття сорому та страху. Враховуючи думку більшої частини авторів про те, що індивіди із вираженим проявом сорому часто мають загострене почуття потреби в загальній увазі та сприйнятті, поставили завдання: вивчити зв'язок гелотофобії та демонстративності за шкалою «ексгібіціонізму» тесту Вагнера [4]. Ще одним важливим питанням стала емоційна складова осіб із вираженою гелотофобією в контексті психічних розладів.

При дослідженні гелотофобії важливо також акцентувати увагу на специфічності та не зведеності гелотофобії тільки до поняття соціофобії. Водночас необхідно приділити увагу гелотофобії як важливій складовій деяких психічних синдромів і хвороб (у цьому дослідженні – шизофренії та депресії), в контексті яких гелотофобія може набувати специфіки, котра означає поєднання з різними характерологічними особливостями: емоційної сфери, міжособистісної взаємодії. У контексті соціофобії гелотофобія є передусім фобічним розладом, що пов'язаний із такими емоційними переживаннями, як сором, страх, тривога.

Для аналізу вираження гелотофобії, гелотофільії та катагеластизму залежно від різних параметрів (стать, вік тощо) у хворих на шизофренію, хворих на депресію та психічно здорових осіб застосовували техніку одномірного багатфакторного дисперсійного аналізу. У дослідженні взяли участь три групи випробуваних у віці від 18 до 35 років (дві експериментальних і одна контрольна): хворі на шизофренію, пацієнти з афективними розладами (з переважанням депресивної симптоматики), група здорових людей (табл. 1).

Таблиця 1

Кількісний поділ випробуваних в експериментальній групі

Групи випробуваних	Загальна кількість	Особи чоловічої статі	Особи жіночої статі
Хворі на неврозоподібну шизофренію	22	20	2
Хворі на параноїчну шизофренію	65	45	20
Хворі на гебефренну шизофренію	5	5	0
Хворі на депресію	50	33	17
Здорові люди	131	81	50



Клінічне дослідження виконували на базі Вінницької психоневрологічної лікарні імені О. І. Ющенка.

Для аналізу вираження гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму залежно від різних параметрів (стать, вік тощо) у хворих на шизофренію, хворих на депресію та психічно здорових осіб застосовували техніку одномірного багатofакторного дисперсійного аналізу.

Важливою умовою для здійснення дисперсійного аналізу є рівність дисперсій і значуща оцінка F-відношення. Метод дає можливість враховувати не тільки вплив кожного фактора на вимірювану змінну, але й ефект взаємодії кількох факторів.

У такому випадку можна оцінити, як змінюється певна ознака (гелотофобія, гелотофілія, катагеластичизм) залежно від деяких фіксованих факторів. Основними чинниками, котрі встановлені, в дослідженні є стать і діагноз, що дало змогу розглянути окремо вплив статевих відмінностей та нозологічну специфіку, а також їхній сукупний вплив (зміна ознаки залежно від певної статі при конкретній нозології).

Результат тесту на рівність дисперсій (Levene's Test of Equality of Error Variances) залежних (гелотофобія) та незалежних (стать, діагноз) змінних показав незначущість F-статистики (Sig.=0,465). Це дає підстави зробити висновок про рівність дисперсій і надалі робити статистичні розрахунки за допомогою критерію Scheffe. Отже, отримуємо статистично значущі відмінності у вираженні гелотофобії у випробуваних різних діагностичних груп: гелотофобія у групі хворих на шизофренію (2,2) і в групі хворих на депресію (2,19) є значущо більшою, ніж у групі здорових опитуваних (1,8), (F=15,48; p=0,00).

Аналогічні результати спостерігали в результаті порівняння трьох груп за ознакою «гелотофобія», що отримали за малюнковим тестом Picture-GELOPH. Рівність дисперсій (Sig.=0,953) надалі припускає аналіз тестової статистики та виявляє значущі відмінності у вираженні гелотофобії між групою здорових (9,38) і групою депресії (2,67) (при депресії вище), групою здорових (9,38) і групою шизофренії (2,06), (F=19,148, p=0,00) (при шизофренії вище). Отже, дисперсійний аналіз підтверджує результати вираження гелотофобії у трьох групах випробовуваних, що отримали раніше.

Значущих відмінностей гелотофобії за фактором «стать» при різних нозологіях не виявили, що підтверджують більш ранні закордонні дослідження, котрі виконані Рухом та Пройером [13,14].

Однак ці дані не узгоджуються із результатами соціально-демографічного дослідження гелотофобії у здорових випробовуваних, в котрому спостерігається статовікова специфіка гелотофобії в юнацькому та зрілому віці.

Дисперсійний аналіз змінної «гелотофілія» показав рівність дисперсій (Sig.=0,675), що дало можливість подальшого аналізу. В результаті можна спостерігати значущий вплив взаємодії двох факторів (стать і група) (F=5,202; p=0,006). У групі чоловіків і жінок вираження гелотофілії (від групи хворих на шизофренію, групи пацієнтів із депресією до групи здорових випробовуваних) змінюється неоднаково.

Гелотофілія у жінок із шизофренією є значно вищою, ніж

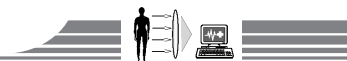
у здорових жінок. Схожа ситуація спостерігається у випадку катагеластичизму (при рівності дисперсій Sig.=0,631) – значущий вплив кооперації двох факторів (F=7,739 p=0,01). Чоловіки із діагнозом «шизофренія» отримали значення катагеластичизму значно нижче, ніж здорові чоловіки.

Отже, у здорових чоловіків катагеластичизм, гелотофілія є значно вищими, ніж у здорових жінок. Помітна відмінність спостерігається у хворих на шизофренію. Значення катагеластичизму та гелотофілії, котрі є характерними для чоловіків групи норми, стають поширеними у жінок при шизофренії. Аналіз групових відмінностей також показав, що катагеластичизм у чоловіків більш виражений у групі здорових людей, ніж у групі пацієнтів із депресією. У жінок подібні результати не отримали статистичної значущості. Це можна порівняти із результатами досліджень агресивного стилю гумору, котрі в цілому є близькими за своїм змістом із показниками катагеластичизму. Результати свідчать про кореляційний зв'язок агресивного гумору та здорових видів гумору (афілійованого й самопідтримувального), що своєю чергою припускає наявність агресивних компонентів навіть у здорової особистості.

Щодо здорових випробовуваних, то в цілому здорові чоловіки більш, ніж жінки є схильними до прагнення шукати привід для сміху над іншими. Дослідження стилів гумору також демонструють, що чоловіки є більш схильними до використання негативних стилів гумору, аніж жінки. Праці М. Ламперта свідчать, що чоловіки частіше використовують гумор із метою конкуренції, водночас як жінки – для одержання соціальної підтримки [12].

Окремої уваги вимагає розгляд нозологічних особливостей стилів гумору, агресивності, самооцінки в чоловіків і жінок. Порівняння трьох груп за категорією «самопідтримувальний гумор» також дало значущі відмінності. При рівності дисперсій (Sig.=0,597) можна спостерігати ефект взаємодії двох факторів: діагнозу і статі (F=3,318 при p=0,038). Вираження самопідтримувального гумору у групі пацієнтів із шизофренією в жінок (4,59) є значущо більшим, ніж у чоловіків (4,03). Цей результат збігається із даними, що були наведені раніше, коли спостерігали підвищення гелотофілії в жінок при шизофренії в порівнянні зі здоровими жінками та чоловіками із шизофренією. Це може свідчити про смислову спільність у структурі особистості поняття самопідтримувального гумору та гелотофілії: здатність посміятися над собою у важких життєвих ситуаціях.

У групі пацієнтів із депресією подібних міжстатевих відмінностей не відзначили. Навпаки чоловіки та жінки є солідарними в цьому плані, оскільки в разі хвороби (3,94) вони одноставно є менш схильними до самопідтримувального гумору, ніж здорові люди (4,31) (F=3,834 при p=0,023). У контексті взаємного впливу двох факторів є наявними також групові відмінності серед жінок: самопідтримувальний гумор більш виражений у пацієнтів із шизофренією (4,59), ніж у пацієнтів із депресією (3,87), (F=3,318 при p=0,038). Дисперсійний аналіз відмінностей за самопринизливим стилем гумору показав рівність дисперсій залежної (стиль гумору) та незалежних змінних (стать, діагностична гру-



па), ($\text{Sig.}=0,657$). Надалі встановили статистично значущу відмінність між групою хворих на депресію й здорових людей на підставі вираження самопринизливого гумору (в пацієнтів із депресією він є більш вираженим), ($F=3,4$; $p=0,035$). Одна з особливостей самопринизливого гумору полягає в тому, що такі люди сміються самі над собою, «виставляють себе на посміховисько» часто заради того, щоб інші не помітили їхній реально пригнічений настрій. Ця ідея перетинається із точкою зору К. Шнайдера, який приписує депресивним особам величезний набір «масок». Не бажаючи виділятися, вони часто використовують стандартні моделі поведінки, котрі схвалюють оточуючі, позиціонують себе як веселих, щасливих, активних, водночас, коли на душі у них безрадісність, глибокий сум. Результати, що отримали, збігаються з результатами досліджень копінг-механізмів пацієнтів із депресивною симптоматикою, котрі свідчать про переважне вираження патопротекторних механізмів подолання. Самоприниження в такому випадку є дезадаптивним способом подолання [10].

Проаналізуємо результати дисперсійного аналізу за тестом руки Вагнера [4]. Аналіз даних, що отримали, за категорією «комунікація», тест руки Вагнера показав незначущість тестової статистики, що вказує на рівність дисперсій змінних ($\text{Sig.}=0,182$). Відмінності у вираженні категорії «комунікації» визначаються впливом незалежної змінної – статі. У жінок усіх трьох груп (хворих на шизофренію, на депресію і здорових) частіше трапляються відповіді за категорією «комунікація» ($F=4,98$, $p=0,027$). При рівності дисперсій ($\text{Sig.}=0,306$) можна спостерігати вплив як статі, так і нозології на вираження показника афективності. В цілому жінки більш доброзичливі (2,92), ніж чоловіки (2,24), ($F=4,68$, $p=0,032$) як у групі здорових випробовуваних, так і у групі пацієнтів. Найнижчі значення афективності мають пацієнти із депресивним епізодом (2,03), значно перевершують їх за цим показником пацієнти із діагнозом шизофренія (2,59), а ще більшою мірою – здорові люди (3,15), ($F=3,715$, $p=0,026$).

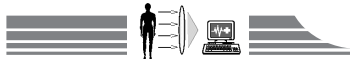
Фактор групи при рівності дисперсій, що отримали, ($\text{Sig.}=0,377$) надає значущий вплив на відмінності у вираженні ступеня агресивності у групі пацієнтів із шизофренією (-0,139) і здорових випробовуваних (-0,198) як у чоловіків, так і в жінок ($F=0,074$; $p=0,025$). Отже, агресивність є більш характерною для хворих на шизофренію, ніж здорових людей. Вірогідних відмінностей у вираженні загальної агресивності у здорових та у хворих на депресію, у хворих на депресію й хворих на шизофренію, не виявили.

Отримали результати щодо агресивності, котра є спрямованою на предмет, та агресивності, що є спрямованою на себе. У пацієнтів із депресивним епізодом агресія, що спрямована на предмет, й агресія, котра направлена на себе, є вірогідно вищою, ніж у групі пацієнтів із шизофренією та здорових випробовуваних ($F=7,603$; $p=0,022$). Подібні закономірності збігаються з результатами, що одержала раніше А. А. Абрамова, демонструють, що в пацієнтів із депресивною симптоматикою в порівнянні зі здоровими випробовуваними більшою мірою виражена проактивна агресія, котра є спрямованою на предмети, що пов'язано зі

страхом бути покараним [1]. Поширеною є думка авторів, що депресія є пов'язаною з суїцидальними, аутоагресивними тенденціями, заснованими на ідеї самозвинувачення та фіксації власних проблем. Розглянемо результати дисперсійного аналізу за шкалами Дембо-Рубінштейн. Незважаючи на нерівність дисперсій (F -статистика значуща, $\text{Sig.}=0,243$), дисперсійний аналіз показав чимале розходження за шкалою смутку у трьох групах випробовуваних (хворих на шизофренію, депресію та здорових людей).

Здорові випробовувані частіше позиціонують себе як більш веселі, ніж пацієнти з депресією та шизофренією ($F=10,566$, $p=0,027$). Пов'язано це, очевидно, з тим, що пацієнти із депресивним епізодом, а також частина пацієнтів із шизофренією у клінічній картині хвороби мали афективні прояви у вигляді депресивної симптоматики. Крім того, відчуття хвороби та необхідності госпіталізації, стигматизація здатні впливати на настрій пацієнтів. Результати дисперсійного аналізу за факторною змінною «страх» показали (при рівності дисперсій, що є доведеною, $\text{Sig.}=0,246$), що здорові люди значно рідше відзначають у себе більш виражене почуття страху, ніж пацієнти із депресією та пацієнти із шизофренією ($F=5,44$; $p=0,05$). При цьому у жінок почуття страху є вищим, ніж у чоловіків у всіх трьох групах ($F=5,55$; $p=0,19$).

Досліджувані відмінності між групами за змінною «сором» є неоднозначними через нерівність дисперсій ($\text{Sig.}=0,001$), проте змінні «стать» і «група» окремо показують значущі результати ($F_{\text{стать}}=9,183$; $p=0,003$; $F_{\text{група}}=4,69$; $p=0,010$). Це вимагає додаткових підтверджень за допомогою критерію Манна-Уїтні за змінною «стать» та Краскала-Волліса за змінною «група» (ці критерії допускають можливість нерівності дисперсій). У цілому жінки передбачувано відзначають вищі значення за шкалою «сором», ніж чоловіки у всіх трьох групах. Почуття сорому у групі пацієнтів із депресивним епізодом є більш вираженим, ніж у групі здорових людей. Щодо показника тривоги, підтверджується нерівність дисперсій залежної і незалежної змінних ($\text{Sig.}=0,002$). З іншого боку, статистично високо значущі відмінності у різних нозологічних групах, а також групах чоловіків і жінок дали можливість апелювати до додаткових розрахунків за допомогою критерію Манна-Уїтні та Краскала-Волліса [4]. Одержали більш виражену тривожність у жінок, ніж у чоловіків у всіх трьох групах випробовуваних ($p=0,017$), а також більш виражену тривожність у пацієнтів із депресією та пацієнтів із шизофренією, ніж у здорових осіб ($p=0,003$). Аналіз категорії «щастя» показав, що рівність дисперсій змінних не виконується ($\text{Sig.}=0,013$). Водночас отримано статистично вірогідну відмінність за шкалою «щастя» у трьох групах випробовуваних ($F=12,387$; $p=0,002$). Додатковий критерій підтвердження значущості Краскала-Волліса вказав на те, що вище всіх відзначають себе за шкалою щастя здорові випробовувані, значно нижче – хворі на шизофренію, і ще значно нижче – хворі на депресивний епізод ($p=0,001$). Ще один етап дослідження самооцінки за шкалами Дембо-Рубінштейн – подання випробовуваними власної шкали з протилежними



за значенням полюсами. Аналіз даних із використанням непараметричного тесту Краскала-Волліса вірогідно показав, що для здорових випробовуваних дещо більшою мірою характерним є оцінювання себе з позитивного погляду, ніж для пацієнтів із депресивним епізодом ($p=0,001$). Це узгоджується з описаними раніше результатами уявлень цих пацієнтів про щастя та пояснюється негативним ставленням до себе, що є характерним для депресивної симптоматики. Результати пацієнтів із шизофренією є неоднозначними, являють собою однаково поширені як позитивні, так і негативні оцінки себе, що в цілому збігається з амбівалентністю та неадекватністю самооцінки таких випробовуваних.

Розглянемо зв'язок гелотофобії з особливостями самооцінки за шкалою Дембо-Рубінштейн [4]. Гелотофобія в усіх трьох групах (хворих на шизофренію, хворих на депресію та здорових осіб) випробовуваних є позитивно пов'язаною з почуттям страху, сорому, тривоги, гніву, негативно – з гарним настроєм і відчуттям щастя. Випробовувані з високою гелотофобією вважають себе менш розумними (табл. 2).

Малюнковий тест демонструє такі самі результати. Схожі дані наведені в попередніх роботах авторів, котрі продемонстрували такі кореляції у здорових випробовуваних. Також отримали дані, що узгоджуються з показниками, котрі свідчать про негативний зв'язок гелотофобії з задо-

воленістю життям. Люди із високою гелотофобією в цілому недооцінюють якість свого життя і не прагнуть до жодного з розумів щастя. Отже, зі зростанням гелотофобії збільшується вираження сорому, що ще раз підтверджує результати цієї роботи. Почуття сорому має найвищі значення при вираженій гелотофобії, а почуття страху й тривоги – у разі легкого та прикордонного вираження остраху глузування.

Аналіз психологічної літератури, котра присвячена вивченню сорому, демонструє, що почуття сорому за своїми психологічними характеристиками є найбільш близьким до відчуттів, які виникають у ситуації глузування (відчуття, що над тобою сміються, відчуття себе безпорадним, немудрим, «ні до чого не придатним», розчарованим). Водночас імовірність повторення негативного досвіду глузувань може зумовлювати страх перед ідентичними ситуаціями. У результаті аналізу особливостей емоційних проявів при різних нозологіях виявили, що у групі пацієнтів із шизофренією гелотофобія є позитивно пов'язаною із соромом, тривогою, гнівом, негативно – із гарним настроєм, щастям, розумом (табл. 3).

У групі пацієнтів із депресією гелотофобія є позитивно пов'язаною зі страхом, соромом, тривогою (табл. 4).

У групі здорових людей гелотофобія значущо позитивно корелює із соромом (табл. 5).

Таблиця 2

Кореляція гелотофобії з особливостями самооцінки за шкалою Дембо-Рубінштейн

	Смуток	Страх	Сором	Тривога	Гнів	Щастя	Розум
Гелотофобія GELOPH <15>	0,214**	0,320**	0,339**	0,331**	0,162**	-0,313**	-0,341**
Кількість випробовуваних	195	195	195	195	195	151	87

Примітки: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Таблиця 3

Кореляція гелотофобії за шкалами самооцінки Дембо-Рубінштейн у хворих на шизофренію

Шизофренія		Радість	Страх	Сором	Тривога	Гнів	Щастя	Розум
Гелотофобія	Коефіцієнт кореляції Спірмена	-0,227*	0,110	0,268*	0,276**	0,249*	-0,315**	-0,269
	Значення (2-сторон.)	0,033	0,301	0,012	0,010	0,019	0,001	0,114
	N	85	85	85	85	85	85	85

Примітки: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Таблиця 4

Кореляція гелотофобії за шкалами самооцінки Дембо-Рубінштейн у хворих на депресію

Депресія		Радість	Страх	Сором	Тривога	Гнів	Щастя	Розум
Гелотофобія	Коефіцієнт кореляції Спірмена	-0,040	0,463**	0,283*	0,283*	-0,008	-0,033	-0,070
	Значення (2-сторон.)	0,772	0,001	0,044	0,045	0,941	0,804	0,733
	N	48	48	48	48	48	45	25

Примітки: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Таблиця 5

Кореляція гелотофобії за шкалами самооцінки Дембо-Рубінштейн у психічно здорових осіб

Психічно здорові		Радість	Страх	Сором	Тривога	Гнів	Щастя	Розум
Гелотофобія	Коефіцієнт кореляції Спірмена	0,010	0,230	0,331	0,170	0,241	-0,131	-0,350
	Значення (2-сторон.)	0,914	0,062	0,004	0,170	0,051	0,531	0,090
	N	64	64	64	64	64	24	24



Отже, почуття сорому виявило себе в усіх трьох групах, що свідчить про його найтісніший зв'язок із гелотофобією. Закономірності підтверджують експерименти, котрі здійснювали у цій сфері Т. Платт і В. Рух [13].

У більш ранніх роботах із вивчення гелотофобії О. М. Івановою продемонстрований зв'язок гелотофобії з почуттям страху в пацієнтів із шизофренією та зв'язок гелотофобії з почуттям сорому у здорових випробовуваних і пацієнтів із депресією [7].

У цьому емпіричному дослідженні зроблена спроба показати, що гелотофобія позитивно корелює із почуттям сорому у групі пацієнтів із шизофренією ($r=0,266$; $p=0,014$).

Аналогічними є результати кореляційного зв'язку гелотофобії за малюнковим тестом ($r=0,238$; $p=0,028$). Пацієнти із депресивним епізодом мають позитивний кореляційний зв'язок гелотофобії як з почуттям страху ($r=0,466$; $p=0,001$), так і з почуттям сорому ($r=0,286$; $p=0,049$), а за малюнковим тестом – значущий зв'язок тільки з почуттям сорому ($r=-0,296$; $p=0,041$). У здорових людей також, як і у більш ранніх дослідженнях, спостерігається зв'язок гелотофобії з почуттям сорому ($r=0,333$; $p=0,007$).

Аналіз особливостей гелотофобії в підгрупах хворих на шизофренію показав більш специфічні гелотофобії зі змінними «сором» і «страх». Група пацієнтів із параноїчною шизофренією менш ніж з одним нападом виявляє зв'язок гелотофобії з почуттям страху ($r=0,413$; $p=0,053$), група хворих на шизофренію із в'ялим перебігом – зв'язок гелотофобії з почуттям сорому ($r=0,407$ при $p=0,050$), пацієнти із параноїчною шизофренією з більш ніж одним нападом не продемонстрували будь-яких закономірностей.

Отже, у рамках діагнозу «шизофренія» наявні відмінності в почутті страху бути висміяним залежно від типу перебігу та форми. Можна припустити, що форми шизофренії, котрі передбачають у своїй клінічній картині менш виражений дефект, демонструють гелотофобію, яка більшою мірою пов'язана з почуттям сорому, як і у здорових випробовуваних. Пацієнти з депресивним епізодом за обома методиками демонструють зв'язок гелотофобії як зі страхом, так і з соромом.

На завершення проаналізуємо кореляції гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму. Результати кореляційного аналізу Пірсона гелотофобії, гелотофілії, катагеластичизму,

що одержали за допомогою опитувальника PhoPhiKat-45, показали сильний лінійний зв'язок гелотофілії із катагеластичизмом (коефіцієнт підібраний відповідно до виконання критерію нормальності розподілу, а також вираження даних у шкалі відношень) [3]. Дані узгоджуються із закордонними результатами. Поширення цього результату на всі три групи випробовуваних може свідчити про сталий характер зв'язку цих феноменів (табл. 6).

У групі хворих на шизофренію з млявим перебігом та у групі пацієнтів із депресивним епізодом відзначається зв'язок гелотофобії та катагеластичизму ($r=0,652$; $p=0,003$; $r=0,411$; $p=0,005$). Цей результат збігається з думкою авторів, що половина «гелотофобів» мають виражені ознаки катагеластичизму у той час, як друга половина «гелотофобів» не виявляє таких особливостей. На відміну від закордонних досліджень, результати чинного не показують значущого негативного зв'язку між гелотофобією та гелотофілією. Аналогічний результат отриманий на етапі апробації опитувальника PhoPhiKat-45. У групі пацієнтів із нападаподібно-прогресивною шизофренією менш ніж з одним нападом спостерігається доволі сильний позитивний зв'язок між гелотофобією та гелотофілією ($r=0,324$; $p=0,05$). Пацієнти одночасно демонструють невпевненість і підозрілість, котрі пов'язані зі страхом насмішки, водночас вони здатні бути сміливими у презентації себе оточуючим у смішній ситуації. Така закономірність пов'язана із вираженням дефектом цієї підгрупи, порушеннями мислення, дисгармонійністю та парадоксальністю поведінки.

Отже, наявний взаємозв'язок гелотофілії та катагеластичизму в усіх групах опитуваних. Високі значення катагеластичизму співвідносяться з високими показниками гелотофобії у групі пацієнтів із депресивним епізодом та у групі пацієнтів із шизофренією, котра характеризується млявим перебігом. Закономірність, котру спостерігали, є приводом для аналізу первинності одного з двох феноменів і вторинності компенсаторного механізму другого показника.

Дослідимо кореляційний зв'язок стилів гумору із гелотофобією, гелотофілією та катагеластичизмом. Аналіз зв'язку вираження гелотофобії зі стилями гумору в усіх групах випробовуваних очікувано продемонстрував слабкий значущий негативний зв'язок гелотофобії з афілійованим стилем гумору, із самопідтримувальним, агресивним і позитивний

Таблиця 6

Кореляція гелотофобії, гелотофілії та катагеластичизму у трьох групах випробовуваних

ГРУПИ		Гелотофобія	Гелотофілія	Катагеластичизм
Шизофренія	Гелотофобія	0,423**	0,614**	0,614**
	Гелотофілія			
	Катагеластичизм			
Депресія	Гелотофобія	0,423**	0,584**	0,423** 0,584**
	Гелотофілія			
	Катагеластичизм			
Здорові	Гелотофобія	0,519**	0,519**	0,519**
	Гелотофілія			
	Катагеластичизм			

Примітки: * – кореляція є значущою на рівні 0,05 (2-сторон.); ** – кореляція є значущою на рівні 0,01 (2-сторон.).

Кореляція гелотофобії та стилів гумору

Гелотофобія	Афілійований	Самопідтримувальний	Агресивний	Самопринизливий
	-0,121*	-0,155*	-0,148*	0,134*

Примітка: * – кореляція є значущою на рівні 0,05 (2-сторон.).

зв'язок із самопринизливим (табл. 7).

Малюнковий тест гелотофобії також підтвердив зв'язок із самопринизливим та афілійованим гумором. Дослідження В. Руха і М. Тітца вказують, що люди із вираженою гелотофобією меншою мірою здатні використовувати гумор як копінг-механізм, можуть широко сміятися тільки у добре знайомій компанії, підозрілі до сміху оточуючих, навіть до доброзичливого [13,15].

Що стосується агресивного стилю гумору, то можна припустити, що значна частина «гелотофобів» з ознаками невпевненості й заниженою самооцінкою частіше матиме пасивну або уникаючу позицію, а не позицію нападу. Така ж стратегія характерна для «соціофобів».

Дослідження закордонних авторів засвідчують: частина «гелотофобів» використовують агресивний гумор як захист від власної вразливості. Такі розбіжності вимагають більш докладного розгляду. Аналіз кореляційних відношень у кожній групі пацієнтів показав тільки значущий негативний зв'язок гелотофобії з афілійованим стилем гумору у групі хворих на депресію.

Гелотофілія в загальній вибірці випробовуваних позитивно корелює із самопринизливим, агресивним, самопідтримувальним стилями гумору, але негативно з афілійованим. Група хворих на шизофренію демонструє позитивний зв'язок гелотофілії з самопринизливим, самопідтримувальним гумором (табл. 8).

Група пацієнтів із депресією показала позитивну кореляцію із самопринизливим, агресивним гумором, а на рівні тенденцій – негативно з афілійованим. У групі здорових людей гелотофілія виявилася позитивно пов'язаною із самопринизливим та агресивним гумором.

Отже, в усіх групах наявний зв'язок гелотофілії із самопринизливим гумором. Теоретично деякі науковці роз-

глядають ці поняття як незбіжні, тому в цьому випадку результат є несподіваним. Автор методики зі стилів гумору Р. Мартін відзначає, що самопринизливий стиль гумору передбачає використання гумору, котрий надмірно принижує себе, прагнення розважити співрозмовників на шкоду своїй репутації. У разі гелотофілії переслідуються та сама мета – насмішити інших, однак приниження своїх власних переваг не є основним способом її досягнення. Передусім гелотофілія полягає в одержанні задоволення від ситуацій, в яких людина може бути об'єктом сміху серед оточуючих [7]. Однак, імовірно, наявні й більш глибинні мотиви гелотофілії, котрі вимагають додаткових досліджень. Подібна картина кореляційних відношин спостерігається під час аналізу показника катагеластичизму. У рамках всієї вибірки катагеластичизм є позитивно пов'язаним із самопринизливим, агресивним і самопідтримувальним стилями гумору, що в цілому збігається з показником гелотофілії. Ще цікавішим є практично повний збіг результатів кореляційних зв'язків катагеластичизму та гелотофілії в кожній групі випробовуваних (табл. 9).

Єдиним винятком стало суттєве зниження афілійованого гумору при збільшенні значень катагеластичизму у групі пацієнтів із депресією, а також значуще зростання агресивного гумору при збільшенні гелотофілії у групі пацієнтів із шизофренією.

Отже, гелотофілія і катагеластичизм є більш пов'язаними між собою, ніж гелотофобія – з кожним із цих феноменів. У загальній вибірці їх об'єднує зв'язок із самопідтримувальним та агресивним стилями гумору, на відміну від гелотофобії, що є негативно пов'язаною з цими поняттями. Дані співвідносяться з уявленнями іноземних авторів, які підтверджують позитивний зв'язок гелотофілії та катагеластичизму, а також зв'язок гелотофобії та катагеластичизму.

Таблиця 8

Кореляційні зв'язки гелотофілії зі стилями гумору в різних нозологічних групах

Групи випробовуваних	Гелотофілія	Афілійований	Самопідтримувальний	Агресивний	Самопринизливий
Шизофренія		-0,121	0,305**	0,202	0,414**
Депресія		-0,282	-0,021	0,333*	0,585**
Здорові		-0,103	0,141	0,271*	0,720**

Примітки: * – кореляція є значущою на рівні 0,01 (2-сторон.); ** – кореляція є значущою на рівні 0,05 (2-сторон.).

Таблиця 9

Кореляційні зв'язки катагеластичизму зі стилями гумору в різних нозологічних групах

Групи випробовуваних	Катагеластичизм	Афілійований	Самопідтримувальний	Агресивний	Самопринизливий
Шизофренія		-0,143	0,292*	0,106	0,285*
Депресія		-0,305*	-0,002	0,255	0,354*
Здорові		0,101	0,150	0,764**	0,341**

Примітки: * – кореляція є значущою на рівні 0,05 (2-сторон.), ** – кореляція є значущою на рівні 0,01 (2-сторон.).



У структурі всіх трьох атрибутів наявна позитивна кореляція із самопринизливим стилем гумору, котра, очевидно, має в кожному випадку своє пояснення. У разі гелотофобії може пов'язуватися зі заниженою самооцінкою, відчуттям непотрібності, нездатністю привертати до себе увагу більш конструктивними способами. Отже, людина звертається до приниження самої себе з метою завоювати увагу й повагу співрозмовників.

При гелотофобії найвищий зв'язок із самопринизливим гумором може бути пояснений загальним принципом роботи цих феноменів, їхньою спільною метою: прагненням привертати увагу, розповідаючи веселі історії про себе. У разі катагеластичизму люди схильні сміятися над собою, але часто не втрачають шанс посміятися над іншими. Обидва механізми можуть бути способом захисту від нападів оточуючих. Можливість сміятися як над собою, так і над іншими створює запобіжний клапан від глузувань колег. Дослідження показують: обидва стилі гумору позитивно корелюють із такими характеристиками, як агресивність і ворожість.

Аналіз гелотофобії та катагеластичизму у трьох групах випробовуваних також продемонстрував деякі загальні закономірності. Наприклад, при шизофренії як гелотофобія, так і катагеластичизм є позитивно пов'язаними із самопідтримувальним, самопринизливим гумором. У здорових людей гелотофобія і катагеластичизм є позитивно пов'язаними із самопринизливим та агресивним стилем гумору. При депресії гелотофобія пов'язана тільки із самопринизливим стилем гумору.

Цей результат підтверджує припущення, відзначене вище, з приводу наявності глибинних мотивів гелотофобії. Імовірно, в кожній групі випробовуваних гелотофобія може мати свою специфіку залежно від потреб і мотиваційних тенденцій.

Одержали статеві відмінності в результаті кореляційного аналізу гелотофобії із деякими особистісними особливостями. Гелотофобія в чоловіків є слабо негативно пов'язаною з агресивним стилем гумору ($r=-0,220$; $p<0,01$). Також спостерігали дуже слабкі негативні кореляції з афілійованим ($r=-0,154$; $p<0,01$) і самопідтримувальним гумором ($r=-0,149$; $p<0,05$). При більш докладному аналізі кожної нозологічної групи випробовуваних закономірностей, що отримали, не відзначено.

У жінок відзначається слабкий негативний зв'язок тільки із самопідтримувальним гумором ($r=-0,250$; $p<0,05$). Більш докладний аналіз кожної нозологічної групи показав: подібний зв'язок зберігається тільки у здорових жінок. Таку вибірковість на цьому етапі важко інтерпретувати. Можна лише відзначити схожі закономірності в дослідженнях гендерних особливостей гумору. У більшості досліджень гумору превалює думка, що чоловіки отримують задоволення від ворожого гумору, водночас як жінки – від розповідей про смішні історії зі свого життя або життя знайомих.

Пацієнти із депресивним епізодом обох статей значущо відрізняються від психічно здорових осіб тим, що агресивний стиль гумору в них виражений меншою мірою,

ніж в інших ($MS_{депресія}=3,73$; $SD=0,93$, $MS_{здорові}=4,3$; $SD=1,04$; $t=-2,98$; $p<0,01$). Навпаки, показники самопринизливого стилю гумору в цій групі пацієнтів різко зростають, порівнюючи з групою психічно здорових випробовуваних ($MS_{депресія}=3,95$; $SD=1,17$; $MS_{здорові}=3,36$; $SD=1,07$; $t=2,55$; $p<0,05$).

Такі закономірності співвідносяться з результатами досліджень механізмів контрольованої поведінки пацієнтів із депресивною симптоматикою. Копінг-поведінка як чоловіків, так і жінок із депресивним епізодом характеризується помітним опануванням важких ситуацій.

Дослідження агресивності в пацієнтів із депресією свідчать, що для них більшою мірою є характерним зміщення агресії на неживі предмети через страх бути покараним, страх того, що оточення не схвалює їхньої поведінки. Це також співвідноситься із раніше описаними результатами цього дослідження, котрі демонструють кореляції депресії та агресії, що спрямована на предмет і самого себе.

Висновки

1. Оптиимальні значення вираження гелотофобії є необхідною умовою формування адекватної самооцінки людини, здорового почуття ідентичності, соціальної компетентності. Водночас високі значення гелотофобії часто пов'язані з соціальною дезадаптацією та узгоджуються з психічними розладами.

2. Виражена гелотофобія може бути характерною як для психічно здорових людей, так і для хворих на шизофренію та з афективними розладами. В цілому у групі хворих на психічні розлади гелотофобія частіше має високі значення. Якщо в групі психічно здорових осіб виражені значення гелотофобії є ризиком соціальної дезадаптації, то у хворих на шизофренію це – показник менш вираженого дефекту.

3. Описали клініко-психологічні особливості гелотофобії, згідно з ними страх здаватися об'єктом глузування може мати нозологічну специфіку. У групі хворих на шизофренію гелотофобія має більш дифузний характер, ніж у групі хворих на депресію та здорових людей, бо є пов'язаною з більш широким спектром емоційних проявів: почуттям сорому, страху, тривоги, смутку, гніву. Гелотофобія має якісні відмінності при різних типах перебігу шизофренії та співвідноситься з клінічною картиною в кожному випадку.

4. Вираження гелотофобії може бути додатковим індикатором глибини порушення психічної діяльності при нападодобіній прогредієнтній шизофренії, оскільки відмінності в показниках гелотофобії в цій групі випробовуваних є пов'язаними з тривалістю хвороби та кількістю нападів.

5. У групі хворих на шизофренію гелотофобія має більш дифузний характер, ніж у групі хворих на депресію та здорових людей, бо є пов'язаною з більш широким спектром емоційних проявів: почуттям сорому, страху, тривоги, смутку, гніву.

6. Гелотофобія, котра пов'язана з почуттям сорому, є менш патологічною, ніж гелотофобія, що пов'язана з почуттям страху. Якщо висока тривога в першому випадку пов'язана з відчуттям власної нікчемності, безпорадності й непотрібності у ситуації вираженого сорому, то у другому – також з очікуванням потрапляння в негативні ситуації в майбутньому та вираженим занепокоєнням із цього приводу.



7. У хворих на шизофренію спостерігаються міжстатеві особливості ставлення до сміху, гумору (більш виражений у порівнянні з чоловіками самопідтримувальний стиль гумору, а також більш виражені значення гелотофілії та катагеластичизму в жінок), котрі свідчать про більшу адаптованість жінок у ситуації хвороби.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження є першою спробою верифікації феномена гумору через такі його прояви, як гелотофобія, гелотофілія, катагеластичизм. У зв'язку з цим первинні завдання дослідження – розроблення та апробація методичного арсеналу, що необхідний для вивчення гелотофобії. Надалі необхідно доопрацювати методику вивчення гелотофобії, гелотофілії, катагеластичизму PhoPhiKat-45. Деякі пункти потребують змістовного перегляду та переформулювання. Проективна методика Picture-GELOPH, котру використовували в дослідженні, є важливим додатковим методом у вивченні почуття страху в ситуації гумору.

Результати дослідження свідчать про тісний зв'язок страху бути висміяним із такими глибокими особистісними переживаннями, як сором і страх, соціально небажаними в нашому суспільстві. Вичерпним у дослідженні гелотофобії стає вивчення як усвідомлюваних переживань, так і неусвідомлюваних значущих переживань, в яких проявляється упередженість психічного відображення, але, будучи недоступними свідомості, вони не завжди виявляються за допомогою стандартних опитувальних методів. У зв'язку з цим важливо більш детально дослідити теоретико-методологічне обґрунтування малюнквого тесту. Завданням на майбутнє є адаптація Picture-GELOPH.

Результати дослідження свідчать про найбільше вираження гелотофобії у хворих із психічними розладами. У рамках діагнозу шизофренії спостерігали відмінності у вираженні гелотофобії залежно від типу перебігу та форми хвороби. Інтерес представляють як типи шизофренії з повільнішим розвитком, де гелотофобія виявляється значно вираженою,

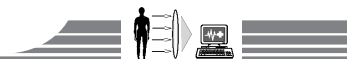
так і груба прогресивна шизофренія, де гелотофобія є незначно вираженою. Ретельного вивчення потребує група гебефрентної шизофренії, де, за нашими даними, гелотофілія та катагеластичизм виявляються вираженими більшою мірою, ніж гелотофобія.

Не вивченим, але актуальним є лонгітудне дослідження гелотофобії як у хворих на шизофренію, так і в пацієнтів із депресією. Подібний аналіз дасть можливість дослідити динаміку вираження гелотофобії в ситуації повільнішого, або навпаки більш швидкого розвитку хвороби, констатувати зміни гелотофобії з зростанням дефекту. У перспективі особливе значення має більш докладне вивчення коморбідності гелотофобії та соціофобії. Значний інтерес представляє вивчення гелотофобії в людей із вираженою соціофобією. Подібна робота дасть змогу точніше ідентифікувати гелотофобію в рамках соціофобії. Інша проблема, що також вимагає докладного розгляду, полягає в тому, який внесок може робити гелотофобія в ефект стигматизації психічних розладів. Наявність діагнозу психічного захворювання, крім основних наслідків та обмежень, котрі безпосередньо впливають із хвороби, з часом все більше впливає на стан у суспільстві, що пов'язано з ефектом стигматизації. У цьому контексті планується детальне вивчення тривалості хвороби з вираженням гелотофобії, тому важливим є саме лонгітудне дослідження.

У зв'язку із дисгармонійним і дезадаптивним впливом гелотофобії на людину надалі важливим завданням досліджень є розроблення психотерапевтичних моделей і програм гелотофобії. Це своєю чергою може відігравати важливу роль у дестигматизації психічних розладів, а також більш успішній соціальній адаптації людей із вираженою гелотофобією. Результати цього дослідження демонструють деякі психотерапевтичні мішені та їхню залежність від соціально-демографічних факторів: передусім почуття сорому, а також відчуття страху, тривоги, гніву, заниженої самооцінки, способи опанування важких ситуацій.

Список літератури

1. Абрамова А.А. Влияние условий обучения на агрессивность у подростков / А.А. Абрамова, С.О. Кузнецова // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – №1. – С. 4.
2. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. Практическое руководство психотерапевта / Д.В. Ковпак. – М. : Наука и Техника, 2007. – 240 с.
3. Романова Е.С. Графические методы в психологической диагностике / Е.С. Романова, О.В. Потемкина. – М. : Дидакт, 1992. – 256 с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
5. Соціологія : підручник / Н.П. Осипова, В.Д. Воднік, Г.П. Клімова та ін. ; за ред. Н.П. Осипової. – К. : Юрінком Інтер, 2003. – 336 с.
6. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния [Электронный ресурс] / А.Б. Смулевич. – Режим доступа: <http://www.koob.ru>.
7. Стефаненко Е.А. Изучение особенностей восприятия и использования юмора в разновозрастных и разнополовых группах / Е.А. Стефаненко, Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов // Пятая международная конференция по когнитивной науке : тезисы докладов : в 2 т. (г. Калининград, 18–24 июня 2012 г.). – Калининград, 2012. – С. 646–647.
8. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии : в 2 т. / А. Тиганов. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 431 с.
9. Толстова Ю.Н. Анализ социологических данных. Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками / Ю.Н. Толстова. – М. : Научный мир, 2000. – 264 с.
10. Шнайдер К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. – М. : Сфера, 1999. – 236 с.
11. SPSS для Windows. Руководство пользователя SPSS, Книга 1. – М. : Статистические системы и сервисные, 1995.
12. Lampert M.D. Cross-cultural variation in gelotophobia within the United States / M.D. Lampert, K.L. Isaacso, J. Lyttle // Psychological Test and Assessment Modeling. – 2010. – Vol. 52(2). – P. 202–216.
13. 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.
14. Ruch W. Gelotophobia – fear of being laughed at: A useful new



- concept? / W. Ruch // IPSR. – Spring. – 2004. – Colloquium Series (manuscript unpublished).
15. Titze M. Die heilende Kraft des Lachens [The Healing Power of Laughter] / M. Titze. – Munich, Germany: Kösel, 2004. – 367 p.
- References**
1. Abramova, A. A., & Kuznecova, S. O. (2012). Vliyanie usloviy obucheniya na agressivnost' podrostkov. [The impact of studying conditions on teenagers' aggressiveness]. *Tyumenskij medicinskij zhurnal*, 1, 4. [in Russian].
 2. Kovpak, D. V. (2007). *Kak isbavit'sya ot trevogi i strakha. Prakticheskoe rukovodstvo psikhoterapevta. [How to get free from anxiety and fear. Practical recommendations of psychotherapist]*. Moscow: Nauka i Tekhnika. [in Russian].
 3. Romanova, E. S., & Potomkina, O. F. (1992). *Graficheskie metody v psikhologicheskoy diagnostike [Graphical methods on psychological diagnostics]*. Moscow: Didakt. [in Russian].
 4. Rubinshtejn, S. Ya. (1999). *E'ksperimentalnye metodiki patopsikhologii [Experimental methods of patopsychology]*. Moscow: E'KSMO-Press. [in Russian].
 5. Osypova, N. P., Vodnik V. D., Klimova, H. P., et al. (2003). *Sotsiologhiia [Sociology]*. Kyiv: Yurinkom Inter. [in Ukrainian].
 6. Smulevich, A. B. *Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya [Feebly progredient schizophrenia and limit state]*. Retrieved from <http://www.koob.ru>.
 7. Stefanenko, Ye. A. (2012) Izuchenie osobennostej vospriyatiya i ispol'zovanie yumora v rasnovozrastnykh i raznopolovykh gruppakh [Research of features of perception and usage of humour in different age and gender groups]. Abstracts of Papers of the 5th International Conference, (pp. 646–647), Kaliningrad. [in Russian].
 8. Tiganov, A. S. (1999). *Rukovodstvo po psikhiiatrii [Guideline on Psychotherapy]*, (Vol. 1). Moscow: Medicina. [in Russian].
 9. Tolstova, Yu. N. (2000). *Analiz sociologicheskikh danykh. Metodologiya, deskriptivnaya statistika, izuchenie svyazey mezhdu nominal'nymi priznakami [Analysis of sociological data. Methodology, descriptive statistics, study relations between nominal features]*. Moscow: Nauchnyj mir. [in Russian].
 10. Shnajder, K. (1999). *Klinicheskaya psikhopatologiya [Clinical Psychopathology]*. Moscow: Sfera. [in Russian].
 11. (1995). *SPSS dlya Windows. Rukovodstvo pol'zovatelya SPSS, Kniga 1. [SPSS for Windows. Guidelines for users SPSS, Book 1]*. Moscow: Statisticheskie sistemy i servisnye. [in Russian].
 12. Lampert, M. D., Isaacso, K. L., & Lyttle, J. (2010) Cross-cultural variation in gelotophobia within the United States. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(2), 202–216.
 13. Proyer, R. T., Estoppey, S., & Ruch W. (2012) 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. *Journal of Adult Development*, 19(4), 228–237. doi: 10.1007/s10804-012-9150-6.
 14. Ruch, W. (2004) Gelotophobia – fear of being laughed at: A useful new concept? *IPSR. – Spring. – 2004. – Colloquium Series (manuscript unpublished)*.
 15. Titze, M. (2004) *Die heilende Kraft des Lachens [The Healing Power of Laughter]*. Munich, Germany: Kösel.

Відомості про автора:

Шпортун О. М., докторант каф. психодіагностики та клінічної психології факультету психології, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, E-mail: Shportun_o@mail.ru.

Сведения об авторе:

Шпортун О. Н., докторант каф. психодіагностики и клинической психологии факультета психологии, Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, E-mail: Shportun_o@mail.ru.

Information about author:

Shportun O. M., Doctoral student, Department of Psychological Diagnostics and Clinical Psychology, Kyiv National University named after Taras Shevchenko, E-mail: Shportun_o@mail.ru.

Поступила в редакцию 11.12.2015 г.