

НАРУШЕНИЕ РАСПОЗНАВАНИЯ ЮМОРА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

© 2008 г. Е. М. Иванова*, С. Н. Ениколопов**, О. В. Митина***

*Кандидат психологических наук, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва;
e-mail: ivalenka@list.ru

** Кандидат психологических наук, руководитель отдела клинической психологии НЦПЗ РАМН, Москва;
e-mail: enikolopov@rambler.ru

*** Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Москва;
e-mail: omitina@yahoo.com

Проверялась гипотеза о нарушении способности к распознаванию юмора у больных шизофренией. В исследовании приняли участие психически здоровые, а также страдающие разными формами шизофрении мужчины. Использовались стандартные психопатологические тесты и методика выделения юмористических фраз. Показано, что у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией снижается способность к распознаванию юмора, а у больных вялотекущей шизофренией и аффективными расстройствами она остается сохранной.

Ключевые слова: восприятие юмора, распознавание юмора, шизофрения.

Проблема нарушений восприятия юмора у больных психическими заболеваниями неразрывно связана с более общими вопросами, такими как изучение самого процесса восприятия юмора, соотношение его интеллектуального и эмоционального компонентов и др. Постепенно исследования восприятия юмора выделяются в самостоятельное направление [5, 11].

Большинство клиницистов придерживаются мнения о том, что чувство юмора нарушается при психических заболеваниях [10]. Многие психиатры в своей практике используют способность (или неспособность) больного адекватно реагировать на шутку в качестве диагностического критерия. Существует распространенное представление о специфическом “шизотипическом” чувстве юмора. Однако, несмотря на то, что нарушения восприятия юмора учитываются при анализе структуры дефекта, такая диагностика из-за отсутствия стандартизованных методик страдает субъективностью и недостаточно подкреплена научными данными. Таким образом, эмпирическое исследование нарушений восприятия юмора является актуальным.

Подтверждение гипотезы позволило бы обосновать и формализовать использование нарушения распознавания юмора в качестве одного из критериев дифференциально-диагностического критерия в клинической практике.

Наиболее грубое и явное нарушение восприятия юмора – это трудности его распознавания,

выделения среди серьезной информации. В нашем исследовании были получены предварительные данные о том, что у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией способность к распознаванию юмора нарушается, в отличие от больных вялотекущей шизофренией и аффективными расстройствами, у которых она остается сохранной [2, 4, 6]. В одной из методик испытуемым предлагалось разделить фразы на юмористические и неюмористические. Стимульный материал состоял из фраз-каламбуров, основанных на юмористической замене ожидаемого слова. К каждой из них была подобрана неюмористическая пара – фраза без замены слова. Например: “В каждой женщине должна быть своя безуминка” и “В каждой женщине должна быть своя изюминка”. Было показано, что больные приступообразно-прогредиентной шизофренией ошибались при разделении фраз в 50% случаев [6].

Исследование Дж. Полимени и Дж. Рейсса также демонстрирует наличие нарушений восприятия юмора у больных шизофренией [12]. Предложенная ими методика в качестве стимульного материала включала набор карикатур с подписями. У половины из них подписи меняли местами, и их юмористичность существенно снижалась или вовсе пропадала. Испытуемые должны были отметить карикатуры с измененными подписями (несмешные). Полученные результаты свидетельствуют о нарушении распознавания юмора у больных шизофренией по сравнению со здоровыми

ми людьми. При этом степень нарушения коррелировала с баллом по когнитивному компоненту шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS и не была связана с выраженностью психопатологической симптоматики по той же шкале. К сожалению, недостаточность описания характера нарушений у пациентов в данной работе, а также разночтения в существующих классификациях болезней препятствуют однозначному сопоставлению больных шизофренией, участвовавших в нашем исследовании и исследовании Полимени и Рейсса. Тем не менее полученные результаты согласуются.

Цель нашей работы – выявление особенностей распознавания юмора у пациентов, страдающих разными формами шизофрении.

Теоретическая гипотеза настоящего исследования состояла в том, что при приступообразно-прогредиентной форме шизофрении нарушается распознавание юмора.

Исследовательская гипотеза заключалась в том, что распознавание юмора нарушается у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией и остается сохранным у больных вялотекущей шизофренией и аффективными расстройствами.

Объект исследования – пациенты, страдающие разными формами шизофрении, и лица, не имеющие таких нарушений, а его *предмет* – нарушение распознавания юмора у больных шизофренией.

В *задачи* исследования входила модификация методики исследования нарушения распознавания юмора, анализ этих нарушений у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, вялотекущей шизофренией и аффективными расстройствами, а также установление их соотношения с когнитивными и аффективными нарушениями у пациентов.

МЕТОДИКА

Участники исследования: 4 группы испытуемых мужского пола в возрасте от 17 до 32 лет, всего 101 чел.: 1) больные аффективными расстройствами, соответствующими по МКБ-10 рубрикам F-32.0, F-32.1, F-32.2 (18 чел. в возрасте от 17 до 25 лет, медиана – 21 год); 2) вялотекущей шизофренией, соответствующей рубрике F-21.0 (23 чел. в возрасте от 17 до 31 лет, медиана – 22 года); 3) приступообразно-прогредиентной шизофренией, соответствующей рубрикам F-20.0, F-20.1, F-20.3 (30 чел. в возрасте от 17 до 32 лет, медиана – 21 год); 4) контрастная группа психически здоровых людей (30 чел. в возрасте от 17 до 25 лет, медиана – 19 лет). Группу контраста составили студенты московских вузов разных специ-

альностей, не состоящие на учете в психиатрических учреждениях.

Пациенты отбирались по рекомендации лечащих врачей, им предлагалось участие в исследовании чувства юмора. Ввиду привлекательности темы отказы были единичными как среди больных, так и среди здоровых испытуемых, приглашаемых для исследования. Само по себе использование юмора в качестве стимульного материала мотивировало испытуемых к участию в исследовании. По техническим причинам исследование было ограничено лишь мужской выборкой, что необходимо учитывать при использовании полученных результатов. Все участники были добровольцами.

Процедура исследования. С пациентами сначала проводилась клиническая беседа для установления контакта и формирования мотивации к участию в исследовании, затем использовались методики стандартного патопсихологического обследования для диагностики интеллектуальных и аффективных нарушений: “Исключение предметов”, “Предметная классификация”, Опросник депрессии Бека. После этого им предлагалась методика выделения юмористических фраз.

Методики. Методика выделения юмористических фраз представляла собой модификацию более ранней версии. Первоначально стимульный материал состоял из фраз-каламбуров, основанных на комической замене ожидаемого слова [6]. Каждой из них соответствовала неюмористическая пара – без замены слова. По результатам исследования был сделан вывод о том, что одна из пар фраз не выявляет различий в группах испытуемых, поэтому она была исключена из набора настоящего исследования. Поскольку фразы являлись парными, это облегчало процесс их категоризации. Поэтому стимульный материал был дополнен также непарными фразами: юмористическими и неюмористическими. Юмористические непарные фразы представляли собой короткие анекдоты (*Продается мальчик на побегушках, пробег 300 верст*). В качестве непарных неюмористических фраз были отобраны первые фразы анекдотов, которые сами по себе не содержат юмора (*Приехали пожарные на вызов тушить больницу*¹), а также в стимульный материал были включены афоризмы (*Гений – один процент вдохновения и девяносто девять процентов по-*

¹ Приехали пожарные на вызов тушить больницу. Ну, все сделали, как и подобает настоящим героям: пожар потушили, в грязь лицом не упали. После окончания тушения командир расчета докладывает главному врачу:

– Задача выполнена, возгорание ликвидировано. Правда... есть пострадавшие. Девять человек. Семерых мы откачали, а двоих, к сожалению, спасти не удалось.

После этих слов главврач падает в обморок. Очнувшись, заикаясь и едва выговаривая слова, говорит:

– Как семерых??? Ребята, вы же морг тушили...

та)². Афоризмы называют остроумными высказываниями, однако остроумие не всегда связано с комизмом. Поэтому афоризмы являлись своего рода промежуточным материалом, предположительно провоцирующим на ошибки.

Испытуемым предлагалось разделить фразы на юмористические и неюмористические. При спонтанной замене критерия деления на “смешно/несмешно” инструкция уточнялась. Экспериментатор подчеркивал, что требуется *понять, какие* фразы были сказаны в шутку, а *какие* – всерьез. После того как испытуемый проводил деление фраз на две группы, ответы протоколировались: 0 – фраза названа неюмористической, 1 – юмористической.

Для оценки интеллектуальных и аффективных нарушений у больных испытуемых использовались методики стандартного психологического обследования. Нарушение мышления по типу искажения процессов обобщений фиксировалось с помощью методик “Исключение предметов” и “Предметная классификация” [8] и оценивалось как 0 – нет нарушений, 1 – единичные соскальзывания, 2 – искажение процессов обобщения. Для измерения уровня депрессии применялся Опросник депрессии Бека [9].

Статистическая обработка данных. Анализ данных проводился с использованием статистического пакета *SPSS 13.0*. Для определения связи между отклонениями оценок фраз от группы контраста, с одной стороны, и нарушениями мышления – с другой, использовался однофакторный дисперсионный анализ, где в качестве независимой переменной фактора выступала выраженность искажения процессов обобщения в интеллектуальной сфере. Чтобы определить, насколько выборы испытуемого *a* отличаются от выборов среднестатистического респондента группы контраста, была введена следующая формула:

$$D_{\bar{a}} = \sqrt{\sum_{i=1}^{17} \left[\frac{a_i - \bar{n}_i}{\sigma_i} \right]^2}, \quad (1)$$

где испытуемый *a* представлен множеством выборов $\bar{a} = (a_1, \dots, a_{17})$ – 17 значений, соответствующих оценкам 17 фраз, $\bar{n}_i$ – усредненная оценка выборов фразы *i* в группе контраста, σ_i – стандартное отклонение оценок фразы *i* в группе контраста.

Таким образом, формула подсчета общего отклонения от усредненной “нормы” учитывает отклонения оценок респондента от среднестатистического по группе контраста – чем больше эти отклонения, тем больше отличия. Однако при этом каждое отклонение по той или иной фразе входит

Таблица 1. Описательные статистики нарушений мышления у пациентов

Группа	<i>n</i>	Среднее	Ст. откл.
Аффективные расстройства	18	0.94	0.64
Вялотекущая шизофрения	23	1.43	0.51
Приступообразно-прогредиентная шизофрения	30	1.8	0.41

в общую сумму с весовым коэффициентом, обратно пропорциональным стандартному отклонению выборов в группе контраста. Чем больше это стандартное отклонение, тем меньше вес в общей сумме. Смысл весовых коэффициентов в том, что если в группе контраста дисперсия велика, т.е. в “норме” отсутствует единодушие в оценке соответствующей фразы, то вклад отличия оценки пациента именно по этой фразе не является значительным. Если же психически здоровые испытуемые в оценке фразы достаточно единодушны, то отклонения в оценке этой фразы пациентом с большой степенью уверенности можно отнести на счет выраженности психических нарушений. В результате вычисления данного показателя по формуле (1) была сформирована новая переменная, названная *степень несходства с группой контраста*, которая рассматривалась в ходе однофакторного дисперсионного анализа как зависимая (отклик).

Для анализа того, какие именно фразы оценивались в разных группах как юмористические, неюмористические и неоднозначные, применяли *t*-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Описательные статистики нарушений мышления, приведенные в табл. 1, иллюстрируют клиническую картину заболевания пациентов исследуемых групп. У больных аффективными расстройствами в некоторых случаях наблюдались легкие нарушения мышления в виде единичных соскальзываний на латентный признак, в других случаях нарушения мышления отсутствовали. В группе больных вялотекущей шизофренией наблюдались как легкие, так и выраженные нарушения мышления. Наиболее характерны выраженные нарушения мышления для больных приступообразно-прогредиентной шизофренией.

Из табл. 2, в которой представлены описательные статистики оценок фраз испытуемыми, следует, что во всех группах, кроме группы больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, фразы оценивались одинаково с высокой значимостью ($p < 0.001$). При этом юмористическими были названы фразы, взятые из юмористических сборников, неюмористическими – фразы, отобранные как неюмористические. Единственное

² См. полный набор фраз в табл. 2.

Таблица 2. Описательные статистики оценок фраз испытуемыми исследуемых групп

Фразы	Группы							
	Группа контраста		Аффективные расстройства		Вялотекущая шизофрения		Прист.-прогр. шиз.	
	Сред.	Ст. откл.	Сред.	Ст. откл.	Сред.	Ст. откл.	Сред.	Ст. откл.
1. Больной, просыпайтесь! Пора принимать снотворное!	0.97⁺	0.18	0.94⁺	0.24	0.91⁺	0.29	0.67	0.48
2. Больной, просыпайтесь! Пора принимать лекарство!	0.03⁻	0.18	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00	0.03⁻	0.18
3. В каждой женщине должна быть своя безуминка.	0.93⁺	0.25	0.89⁺	0.32	1.00⁺	0.00	0.90⁺	0.31
4. В каждой женщине должна быть своя изюминка.	0.03⁻	0.18	0.00⁻	0.00	0.09⁻	0.29	0.03⁻	0.18
5. Какая я вам мама! Я вам в отцы гожусь!	0.93⁺	0.25	0.89⁺	0.32	1.00⁺	0.00	0.93⁺	0.25
6. Какая я вам мама! Я вам в бабушки гожусь!	0.23	0.43	0.22	0.43	0.22	0.42	0.43	0.50
7. Обделался легким испугом.	0.97⁺	0.18	0.89⁺	0.32	0.91⁺	0.29	0.87	0.35
8. Отделался легким испугом.	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00	0.04⁻	0.21	0.03⁻	0.18
9. Гений – один процент вдохновения и девяносто девять процентов пота.	0.37	0.49	0.33	0.49	0.43	0.51	0.63	0.49
10. Противоположностью истины является другая истина.	0.17	0.38	0.22	0.43	0.22	0.42	0.17	0.38
11. Продается мальчик на побегушках, пробег 300 верст.	1.00⁺	0.00	1.00⁺	0.00	1.00⁺	0.00	0.97⁺	0.18
12. Скажите, у вас в роду беременные были?	0.90⁺	0.31	0.89⁺	0.32	0.96⁺	0.21	0.93⁺	0.25
13. Библия учит любить ближнего своего.	0.07⁻	0.25	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00
14. Приехали пожарные на вызов тушить больницу.	0.07⁻	0.25	0.00⁻	0.00	0.04⁻	0.21	0.10⁻	0.31
15. Наука – это организованное знание.	0.10⁻	0.31	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00	0.00⁻	0.00
16. Самое главное – научить человека мыслить.	0.03⁻	0.18	0.17⁻	0.38	0.09⁻	0.29	0.20	0.41
17. Справедливость основывается на понимании всех обстоятельств.	0.07⁻	0.25	0.00⁻	0.00	0.04⁻	0.21	0.03⁻	0.18

Примечание. Поскольку оценки фраз протоколировались как 0 – неюмористическая, 1 – юмористическая, то чем ближе среднее групповое значение к единице, тем большее число испытуемых посчитали данную фразу юмористической. Полушутливым выделены значимые показатели ($p < 0.001$).

⁻ Усредненные групповые оценки, значимо не отличающиеся от 0.

⁺ Усредненные оценки, значимо не отличающиеся от 1.

исключение составляет фраза № 6, которая оценивалась испытуемыми всех групп неоднозначно. Фразы, взятые из сборника афоризмов, разделились по своим оценкам. Три из них были восприняты как неюмористические (№ 15–17), а две оценивались разными испытуемыми по-разному (№ 9, 10).

Оценки группы больных приступообразно-прогредиентной шизофренией значимо отличаются от оценок других групп. Фразы № 1 и 7 эти пациенты оценивали по-разному, в то время как во всех других группах они оценивались как однозначно юмористические. И наоборот, фраза № 16 (*Самое главное – научить человека мыслить*) оценивалась испытуемыми всех остальных групп как неюмористическая, а больными приступообразно-прогредиентной шизофренией – по-разному. Спонтанно комментируя свой выбор, пациенты объясняли, что воспринимают это изречение как парадоксальное, поскольку научить мыслить нельзя, способность мыслить заложена в самом определении, которое дает человек. Таким образом, нарушение распознавания юмора у больных

приступообразно-прогредиентной шизофренией может проявляться как в неспособности определить наличие юмора, так и в наделении шутливым смыслом неюмористического текста.

Для того чтобы установить взаимосвязь между нарушениями мышления, с одной стороны, и нарушениями распознавания юмора – с другой, проводился однофакторный дисперсионный анализ. В качестве независимого фактора выступала выраженность у испытуемого искажения процессов обобщений, а в качестве отклика – степень несходства с группой контраста в оценках фраз, рассчитанная по формуле (1). В табл. 3 представлены усредненные внутригрупповые статистические показатели (согласно уровням реализации фактора), а на рис. 1 – график, на котором для каждого уровня реализации фактора указано среднее групповое значение ответов испытуемых, объединенных данным уровнем.

Результаты демонстрируют наличие связи между нарушениями мышления и снижением способности к распознаванию юмора. Чем больше выраженность искажения процессов обобщения у

испытуемого, тем больше его оценки фраз отличаются от оценок группы контраста – “нормы” ($p = 0.04$). Нужно отметить, что отклонение оценок у испытуемых с единичными соскальзываниями небольшое, в то время как у испытуемых с выраженным искажением процессов обобщения оно существенное (рис. 1). Таким образом, различия в оценках фраз между больными приступообразно-прогредиентной шизофренией и остальными группами объясняются большей выраженностью у них нарушений мышления.

Как и ожидалось, значимой связи между депрессивным синдромом и отклонением оценок фраз от “нормы” обнаружено не было. Это согласуется с клиническими наблюдениями. Депрессивные пациенты не настроены шутить, но при отсутствии когнитивных нарушений они легко распознают юмор и даже могут засмеяться в ответ.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ выделения юмористических фраз показал, что здоровые люди, как правило, легко отличают юмористический текст от серьезного. С. Аттардо [1] считает, что практически любое высказывание вне контекста может быть двусмысленным и смешным. Результаты настоящего исследования показывают, что существует область смешного, относительно объективно воспринимаемая всеми как юмор, вне контекста. Во всех группах, кроме группы больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, фразы оценивались одинаково с высокой значимостью. Единственная фраза, которая предполагалась неюмористической, но оценивалась неоднозначно во всех группах, – это фраза № 6 (*Какая я вам мама! Я вам в бабушки гожусь!*). Ранее мы сталкивались с подобной ситуацией [2]. Некоторые фразы, которые нельзя отнести к юмористическим в полном смысле слова, воспринимались шутливо.

Д. Тэмблин противопоставляет целенаправленные шутки игре [13]. Подавляющее большинство современного развлекательного юмора (например, творчество профессиональных юмористов) представляет собой шутки, специально придуманные с целью вызвать смех. Шутки, не вызывающие смех, воспринимаются как неудачные, провальные. Иначе обстоит дело с комической импровизацией (*stand-up comedy*), целью которой является не столько смех, сколько игра и получение удовольствия от самого процесса.

Основываясь на идеях Д. Тэмблин, можно интерпретировать полученные результаты следующим образом. Шутки, придуманные специально для того, чтобы вызывать смех, в норме безошибочно распознаются в качестве юмора, причем это распознавание относительно незави-

Таблица 3. Усредненные оценки юмористичности фраз для групп с разными градациями нарушения мышления

Градация нарушения	n	Среднее	Ст. откл.
Нет нарушений мышления	34	3.30	1.79
Соскальзывания на латентный признак	30	3.41	2.24
Искажение процессов обобщения	37	4.53	2.64
Всего	101	3.78	2.31

симо от контекста восприятия. В противовес шуткам юмор игры связан с контекстом настолько тесно, что вне его трудно понять, является ли реплика юмором или сказана всерьез. Фраза № 6 (*Какая я вам мама! Я вам в бабушки гожусь!*), по-видимому, относится к последним. Ведь женщины редко всерьез настаивают на том, что их возраст старше, чем кажется. Скорее реплика содержит элемент кокетства, т.е. игры. Именно поэтому фраза оценивалась неоднозначно даже среди здоровых испытуемых.

Как и предполагалось, оценки афоризмов оказались менее однозначными, что вновь сталкивает нас с размытостью границ юмора. Приведем тексты этих афоризмов:

№ 15. *Наука – это организованное знание.*

№ 16. *Самое главное – научить человека мыслить.*

№ 17. *Справедливость основывается на понимании всех обстоятельств.*

№ 9. *Гений – один процент вдохновения и девяносто девять процентов пота.*

Степень несходства с контрастной группой



Рис. 1. Взаимосвязь между отклонениями от “нормы” при выделении юмористических фраз и нарушениями мышления у пациентов.

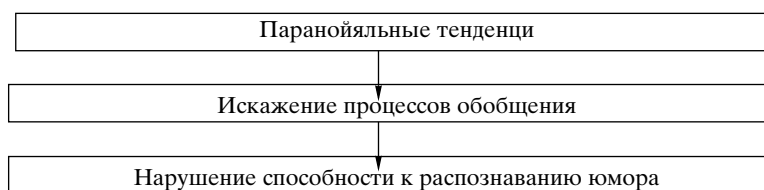


Рис. 2. Теоретическая модель нарушения распознавания юмора в структуре психического заболевания.

№ 10. Противоположностью истины является другая истина.

Два последних афоризма являются остроумными, поскольку основаны на одном из приемов остроумия – на парадоксе [7]. Можно воспринимать эти парадоксы всерьез, тогда мы имеем дело с “неюмористическим” остроумием, а можно – в шутку, тогда остроумие приобретает юмористическую окраску. Отношение конкретного испытуемого к данному парадоксу зависит, конечно, от его личностных особенностей, а также от контекста восприятия. Но если в этих фразах и можно увидеть юмор, то это юмор игры.

Таким образом, несмотря на отсутствие четких границ смешного, выделяется класс юмористического материала, однозначно распознаваемый всеми здоровыми людьми (а также больными аффективными расстройствами и вялотекущей шизофренией) как юмор. Подчеркнем, что здесь речь идет только об узнавании юмора, а не об оценке его качества.

У больных приступообразно-прогредиентной шизофренией способность к распознаванию юмора снижается, что обусловлено нарушениями мышления по типу искажения процессов обобщения. При этом слабовыраженные нарушения в виде единичных соскальзываний, характерные для больных вялотекущей шизофренией, не приводят к существенному нарушению распознавания юмора.

Проведем качественный анализ фраз, оценки по которым отличались от “нормы” в группе больных приступообразно-прогредиентной шизофренией. Фразы № 1 и 7, оценивавшиеся всеми другими группами как юмористические, вызвали в этой группе разночтения:

№ 1. Больной, просыпайтесь! Пора принимать снотворное!

№ 7. Обделался легким испугом.

Юмор первой фразы для испытуемых – пациентов всех групп – несет характер самоиронии, поскольку все они обследовались в стационаре. Однако независимо от отношения к подобному юмору больные аффективными расстройствами и вялотекущей шизофренией выделили эту фразу как юмористическую. Вероятно, здесь наблюдается влияние паранойяльных тенденций, характерных для больных приступообразно-прогредиентной шизофренией. Интерпретировать оценки

седьмой фразы труднее. Единственное, что их объединяет, – это наличие угрожающей ситуации. В первом случае речь идет об угрозе попадания в ситуацию зависимости от подавляющего контроля медперсонала. Во втором – всего лишь указывается, что неопределенная угрожающая ситуация имела место. Сравним с остальными юмористическими фразами:

№ 3. В каждой женщине должна быть своя безуминка.

№ 5. Какая я вам мама! Я вам в отцы гожусь!

№ 11. Продастся мальчик на побегушках, пробег 300 верст.

№ 12. Скажите, у вас в роду беременные были?

Ни одна из них не связана с угрожающей для молодого мужчины ситуацией.

Итак, можно предположить, что искажение процессов обобщения, затрудняющее распознавание юмора, обусловлено влиянием паранойяльных тенденций. Теоретическая модель нарушения способности к распознаванию юмора представлена на рис. 2.

Р. Уайр и Дж. Коллинз считают, что восприятие юмора включает процесс когнитивной интерпретации–реинтерпретации юмористического события, а также его смысловую переработку [14]. Первоначальное восприятие юмористического события способствует актуализации у субъекта соответствующего набора когнитивных схем и концепций, согласно которым и происходит интерпретация последующих событий. Затем восприятие комического противоречия приводит к поиску других, более подходящих схем, и, следовательно, к переосмыслению полученной ранее информации, ее реинтерпретации. Помимо чисто интеллектуального понимания содержания шутки восприятие юмора определяется также контекстуальными переменными: спонтанно возникающими ассоциациями, мыслями о прошлых или будущих событиях, связанных с полученной информацией; представлениями о человеке, рассказывающем шутку, и т.п. – Уайр и Коллинз называли это смысловой переработкой. Пользуясь этой терминологией, можно говорить о том, что у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией наличие паранойяльных тенденций обуславливает особенности смысловой переработки, что в свою очередь может изменять про-

цесс интерпретации–реинтерпретации при восприятии юмора.

Таким образом, для больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, в отличие от больных вялотекущей шизофренией, аффективными расстройствами и здоровых людей, характерно нарушение распознавания юмора. Данное нарушение может проявляться как в неспособности определять наличие юмора, так и в наделении шутливым смыслом неюмористического текста. Необходимо отметить, что настоящее исследование ограничено мужской выборкой, поэтому распространение выводов на женскую выборку требует дальнейшей работы.

Результаты исследования подтверждают полученные ранее данные [6, 12] и позволяют обосновать использование нарушения распознавания юмора в качестве дополнительного диагностического критерия в клинической практике. Отметим, что при разработке диагностической методики на основе распознавания юмора необходимо разведение шуток, относительно независимых от контекста восприятия, и юмора-игры, связанного с контекстом.

ВЫВОДЫ

1. Способность к распознаванию юмора специфически снижается у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией.

2. У больных вялотекущей шизофренией и аффективными расстройствами способность к распознаванию юмора остается сохранной.

3. Нарушение распознавания юмора связано с интеллектуальными нарушениями по типу искажения процессов обобщений и не связано с выраженностью депрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амтарадо С. Миф о непреднамеренном юморе // Сб. науч. тр. Аксиологическая лингвистика: игро-

вое и комическое в общении / Под ред. В.Н. Карасика, Г.Г. Слышкина. Волгоград, 2003. С. 4–14.

2. Иванова Е.М. Восприятие и категоризация юмористической информации при психических заболеваниях // Социальные, экологические и экономические аспекты информационных технологий. М., 2003. С. 58–62.
3. Иванова Е.М. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007.
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. Казань: КГУ, 2005. Т. 2. С. 144–151.
5. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) // Вопросы психологии. 2006. № 4. С. 122–133.
6. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Максимова М.Ю. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при шизофрении и циклотимии // Психиатрия. 2005. № 3. С. 60–65.
7. Лук А.Н. О чувстве юмора и остроумии. М., 1968.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии. М., 1970.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии ПТСР. СПб., 2001.
10. 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. P. 271–292.
11. Martin R.A. The psychology of humor: An integrative approach. Burlington. M.A.: Elsevier Academic Press, 2007.
12. Polimeni J., Reiss J.P. Humor perception deficits in schizophrenia // Psychiatry Research. 2006. V. 141. P. 229–232.
13. Tamblyn D. Humor Without Jokes: The People's Choice // Workshop presented at the 6-th International Summer School on Humor and Laughter: Theory, Research and Applications. University of Fribourg, Switzerland, July 2006.
14. Wyer R.S., Collins J.E. A Theory of Humor Elicitation // Psychological Review. October 1992. V. 99. № 4. P. 663–688.

HUMOR RECOGNITION DISTURBANCE IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

E. M. Ivanova*, C. N. Enikolopov**, O. V. Mitina***

*PhD, Moscow State University after M.V. Lomonosov, Moscow

**PhD, head of clinical psychology department, NCPH of PMAS, Moscow

***PhD, leading research assistant, psychological department of Moscow State University after M.V. Lomonosov, Moscow

The hypothesis of decrease in capability for humor recognition in schizophrenia patients was verified. Male patients with different forms of schizophrenia and contrast group (aging 17–32, 101 persons in all) were the sample. The procedure of singling humorous phrases out and procedures of standart pathopsychological examining were used. The conclusion that in patients with shift-like progredient schizophrenia the ability for humor recognition decreases but in patients with weak schizophrenia and affective disorders it remains safe.

Key words: humor perception, recognition of humor, schizophrenia.