

На правах рукописи

УДК: 316.6

Израелян Татьяна Викторовна

**СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛЮДЯХ С ПРОБЛЕМАМИ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ГРУППАХ С РАЗНОЙ
РЕЛИГИОЗНОЙ МЕНТАЛЬНОСТЬЮ**

Специальность 5.3.5. Социальная психология, политическая и экономическая
психология (психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2025

Работа выполнена на кафедре общей, социальной психологии и истории психологии Автономной некоммерческой организации высшего образования «Московский гуманитарный университет» (МосГУ)

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории социальной и экономической психологии федерального государственного бюджетного учреждения науки Институт психологии Российской академии наук
Емельянова Татьяна Петровна

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой социальной психологии Института психологии имени Л.С. Выготского ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет»
Хорошилов Дмитрий Александрович

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»

Антонова Наталья Александровна

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского»

Защита состоится «9» сентября 2025 года в 15:30 часов на заседании Совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 33.2.018.17, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена» по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, кор. 11, ауд. 64.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена (191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.5) и на сайте университета по адресу: https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Karta/karta_000001118.html

Автореферат разослан « » мая 2025 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Кондакова Ирина Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Проблема восприятия психически больных в современном обществе очевидна: отношение к ним остается предвзятым, негативным, фобическим, формирующим стойкие стереотипы как у обывателей (Martinaki et al., 2023), так и у представителей профессиональных сообществ: медицинских работников (Dickens et al., 2022; Kallai et al., 2023), священнослужителей (Magliano et al., 2022) и приводящим к стигматизации больных и членов их семей (Goldberg et al., 2023), отсутствию общественной поддержки (Shohel et al., 2022). Подобное отношение активно культивируется СМИ (Martinaki et al., 2023), интернет и киноиндустрией (Wahl, 2003; Емельянова, Израелян, 2018; Price H., 2022), закрепляя негативное эмоциональное отношение и сохраняя дискриминационную установку (Шаминов, 2024). Таким образом, категория лиц с проблемами ментального здоровья относятся к наиболее стигматизируемой социальной группе (Valaite et al., 2024), в которой наблюдается высокий уровень безработицы, социальная изоляция, тенденция к снижению качества жизни (Galderisi et al., 2020). Продолжительность жизни таких пациентов на 15–20 лет меньше, чем в общей популяции (Peritogiannis et al., 2022).

Необходимость этического отношения к психически нездоровым декларируется в обществе, но проблема остается острой, при этом негативизм распространяется в целом на лиц с ограниченными возможностями (Симановский, 2019), поскольку обыденное сознание противоречиво и интегрирует в себя разнообразное понимание событий и явлений. С. Московиси во второй половине XX века была предложена гипотеза о феномене «когнитивная полифазия», которая стала объектом изучения зарубежных авторов: В. Вагнер и Дж. Дювин (Wagner, Duveen et al., 2000), А.-М. Де Роза и Е. Боччи (de Rosa, Bocci, 2013). Знания научное и архаичное относительно «сумасшествия», сосуществующие в обыденном сознании индивида, стали предметом изучения в работе Д. Жодле (Jodelet, 1991). Когнитивная полифазия представляет собой динамическое сосуществование различных модальностей представления в репрезентационной системе как у группы, так и у отдельного индивида по отношению к определённом социальному объекту. Это явление может служить способом осмысления социальной реальности (Moscovici, 1976; Provencher, 2007). Стигматизация и дискриминация представляют собой серьезную проблему в сфере психического нездоровья, поскольку способны приводить к возникновению у людей с психическими заболеваниями чувства стыда, вины и низкой самооценки (Wahl, Harman, 1989); оказывают негативное влияние на обращаемость за медицинской помощью (Krstanoska-Blazeska et al., 2021), на результаты лечения, на качество жизни пациентов, препятствует их социальной интеграции (Penn, Martin, 1998), поскольку возникают трудности с поиском работы, жилья и установлению социальных контактов (Abojabel, Werner, 2019). Сохранению дискриминации в области психического нездоровья

способствуют социальные стереотипы, культура и предрассудки (Torales et al., 2023), оказывающие существенное влияние, как на функционирование индивида в частности, так общества в целом. Негативное отношение к лицам с психическими заболеваниями является серьезным имплицитным барьером на пути полноценного участия и интеграции граждан с психиатрическим диагнозом в общество (Sánchez-Iglesias, 2023).

Постановка научной проблемы обусловлена социально-психологическим противоречием: существованием этических норм, предписывающих гуманность и терпимость к подобным больным, а, с другой стороны, стигматизация больных посредством СМИ, интернет, кинопродукции, клишированными негативные речевые конструкции, проявления бытовой «психофобии». Не выявлена и не объяснена специфичность обыденного сознания относительно больных с психическими заболеваниями в зависимости от религиозной самоидентификации индивида.

Степень разработанности проблемы. Феномен когнитивной полифазии изучаемый в русле социальных представлений (СП) представлен в работах: репрезентации о здоровье и болезни в этнической группе (Gervais, Jovchelovitch, 1998); сосуществовании противоречий между традиционным (индийским) и западным знанием о ментальном нездоровье (Wagner et al., 2000); сосуществование традиционной репрезентации политики через традиционные, доминирующие формы участия и нетрадиционной полемической (Bruno, Barreiro, 2021). Теоретическое познание феномена «когнитивная полифазия» предпринимается рядом авторов (Jovchelovitch, 2008; Provencher, 2011; Jovchelovitch, Priego-Hernández, 2015; Sammut, 2016; Del Castillo, 2021 и др.). В отечественной социальной психологии феномен когнитивной полифазии не изучался.

Цель исследования – изучение различий в структуре социальных представлений о психически больном в группах религиозных респондентов и неверующих.

Объект исследования – представители религиозных конфессий: православные христиане, мусульмане и неверующие (атеисты и агностики).

Предмет теоретико-эмпирического исследования – социальные представления (СП) о психически больных.

Общая гипотеза исследования:

- социальные представления о психически больных когнитивно полифазны и различны у респондентов верующих и неверующих.

Частные гипотезы исследования:

1. социальные представления верующих отличаются большей толерантностью в отношении психически больного.

2. социальная дистанция в отношении психически больного у верующих обеих групп более тесна, чем у респондентов неверующих.

3. социальные представления трех групп респондентов (православных христиан, мусульман и неверующих) содержат общие архаичные черты психически больного. Социальные представления трех групп респондентов содержат общие современные образы психически больного, культивируемые в СМИ.

Теоретические задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ основополагающих положений теории социальных представлений и ее актуальных направлений;
2. Выполнить теоретический анализ социально-психологических аспектов религии и религиозной ментальности;
3. Провести теоретический анализ влияния СМИ на конструирование социальных представлений о психическом нездоровье.

Методические задачи исследования:

1. Формирование программы и подбор методического инструментария для эмпирического исследования;
2. Создание шкал, служащих выявлению структуры социальных представлений (СП) о психически больном;

Эмпирические задачи исследования:

1. Сопоставление содержания и структуры социальных представлений о психически больном в трех группах респондентов: православные христиане; мусульмане и неверующие;
2. Выявление эмпирических типов респондентов-носителей специфических СП о психически больном и описание их социально-психологических характеристик;
3. Определение роли религиозной ментальности в репрезентации о психически больном;
4. Сопоставление социальных представлений, отвечающих современному знанию и представлений, архаичных по содержанию в группах верующих и неверующих респондентов.
5. Выявление сосуществования различных модальностей представлений в репрезентационной системе внутри одной и той же группы.

Методологическую основу исследования составили:

– принцип детерминизма (С.Л. Рубинштейн, Б.Ф. Ломов и др.), используемый в нашем исследовании для выявления детерминированности социальных представлений о психически больном человеке религиозными и социально-демографическими характеристиками, а также характером информационного дискурса в СМИ

– принцип социального конструирования (П. Бергер, Т. Лукман, А. Шюц), позволяющий рассмотреть социальные представления о психически больном как результат социального взаимодействия и коммуникации, в ходе которых

формируются и воспроизводятся определенные представления о психическом нездоровье и его причинах.

– принцип социально-исторической обусловленности психики (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев), позволяющий рассмотреть динамику социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья, опосредуемой профессиональной принадлежностью.

Теоретическую основу исследования составили:

– основные положения концепции социальных представлений С. Московиси, получившие развитие в работах Ж.-К. Абрика и К. Флагмана, В. Вагнера, Д. Жодле, А.-М. Де Роза, С. Йовчелович, Г.М. Андреевой, А.И. Донцова, Т.П. Емельяновой, И.Б. Бовиной и др., составляющие базу изучения структуры и функций СП.

– положения психологии социального познания Г.М. Андреевой, теоретические и эмпирические исследования влияния СМИ на формирование СП о психическом нездоровье (К. Gowen, S. Ziebland, Т.П. Емельянова, Т.В. Израелян и др.), позволяющих анализировать влияние медиа и массовых коммуникации на конструирование СП.

– теоретические и эмпирические исследования СП о психическом нездоровье (D. Jodelet, N. Morant, S.M. Lebowitz, И.Б. Бовина, Т.П. Емельянова и др.), создающие основу для анализа современного состояния СП о психических больных.

– теоретические и эмпирические исследования феномена амбивалентности в социальном познании (N. McWilliams, S. Costarelli, S. Steele, Д.А. Хорошилов и др.) и когнитивной полифазии (S. Jovchelovitch, M. Gervais, S. Moscovici и др.).

– теоретические и эмпирические исследования в области социологии религии и психологии религиозности, веры и духовности (Э. Дюркгейм, У. Джеймс, В.С. Братусь, В. Франкл; З. Фрейда, К.Г. Юнга, Э. Фромм, Ю.П. Тобалов и др.), послужившие базой для раскрытия СП о психическом заболевании у представителей разных религиозных конфессий, как имеющих культурно-историческую обусловленность.

Методы и методики исследования. Исходя из поставленных задач нами были применены:

1. Методы, включавшие в себя: анализ, синтез, обобщение теоретических источников, соответствующих проблематике исследования, интерпретация и систематизация полученных результатов диссертационного исследования.

2. Исследовательские методы, включавшие в себя: интервьюирование, анкетирование, качественный анализ, метод контент-анализа.

– Опросник социальных представлений, содержащий в себе три блока: 1-й блок, направленный на выявление содержания социальных представлений; 2-й блок содержит вопросы для определения религиозной идентичности респондентов

и шкалу самооценки степени религиозности; в 3-м блоке – перечень вопросов для сбора социально-демографической информации.

- модифицированная шкала «Психологической дистанции» Д. Фелдеса для определения тесноты психологической дистанции с психически больным.

- модифицированный вариант методики «Незавершенные предложения», служащий для выявления эмоционального компонента социальных представлений относительно лица с психическим расстройством.

- методика «Бабблз», позволившая оценить эмоциональные компоненты социальных представлений относительно психически нездорового человека.

Обработка полученных качественных данных была осуществлена по рекомендуемой для подобных методов схеме, полученные результаты были обработаны математико-статистическими методами.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что в нем обобщены и систематизированы основные работы отечественных и зарубежных психологов в сфере изучения СП о психическом нездоровье. Обоснован и осуществлен подход к феномену когнитивной полифазии о психически больном через призму религиозности. Выявлено, что структура СП включает в себя специфические элементы, как декларирующие толерантность в отношении больных, так и несущие негативный эмоциональный заряд.

Для изучения когнитивной полифазии в диссертации использовался сравнительный анализ СП о психическом нездоровье в контексте религиозной ментальности. Такой методологический подход позволил выявить различия и сходства в представлениях о природе психического заболевания, его причинах и отношении к больным в различных религиозных группах. Это позволило углубить понимание влияния конфессиональной принадлежности на конструирование СП о психическом больном.

Научная новизна исследования в том, что оно дополняет и расширяет научные представления о социальной репрезентации лиц с проблемами психического здоровья – одной из стигматизируемых групп в обществе.

- Впервые в отечественной психологии рассмотрен и эмпирически подтвержден феномен когнитивной полифазии о психическом нездоровье: сосуществование с одной стороны, декларируемой респондентами толерантности, необходимости социальной поддержки и, с другой стороны, негативно окрашенного эмоционального фона репрезентации больного.

- В исследовании впервые рассмотрен феномен когнитивной полифазии в русле концепции СП в контексте религиозной ментальности, применяемое к анализу содержания двойственных социальных представлений о психиатрическом больном. Эмпирически доказана устойчивость ядра социальных представлений о психически больном, отражающего моральные нормы и духовные ценности. Религиозная ментальность определяет особую толерантность у людей,

принадлежащих к религиозной конфессии, в противоположность «неверующим», чья толерантность обусловлена социальной желательностью.

– Выделены эмпирические типы респондентов-носителей социальных представлений о психическом нездоровье, отличающиеся отношением к болезни, готовности к участию\неучастию в социальном взаимодействии, отношением к изоляции либо интеграции больных, что дополняет предыдущие исследования социальных представлений психического нездоровья.

– Получено новое подтверждение того, что социальные представления содержат общие архаичные черты психически больного и выражаются в наличии страха заражения, агрессии, с преобладающим негативным эмоциональным фоном относительно вопросов психического нездоровья, объединенные темами ненормальности и «инаковости».

– Рассмотрена негативная роль СМИ в конструировании социальных представлений современного образа психически нездорового человека, выступающих ключевым фактором в формировании социальных представлений и являющихся инструментом коммуникативных процессов, имплицитно связывающих «диагноз» с девиантностью и «инаковостью» больных.

Практическая значимость в том, что результаты диссертационного исследования применимы при разработке программ реабилитации больных с психическими расстройствами, а также членов их семей, при создании образовательных программ социально-психологической реабилитации больных для медицинских и социальных работников, при разработке рекомендаций по освещению психического заболевания в СМИ для процессов дестигматизации больных и членов их семей.

Результаты исследования могут иметь большое значение для практической работы специалистов в области психиатрии и социального обслуживания, а также для создания и внедрения программ в сфере светского теологического обучения.

Процедура социально-психологического исследования включала в себя 4 взаимосвязанных этапа: 1. поисковый, 2. основной, 3. анализ данных и математическая обработка, 4. написание текста диссертации в период с 2015-2025 г.г. Выборку исследования составили жители г. Москвы. Всего в исследовании на поисковом и основном этапах участвовало 383 человека (мужчин – 188, женщин – 195).

Математическая обработка данных проведена посредством использования кластерного анализа (метод k-средних, классифицировались объекты) для выявления типов носителей социальных представлений; критерий χ^2 -Пирсона, Н-критерий Краскела–Уоллиса, апостериорные сравнения проведены при помощи U-критерия Манна-Уитни, регрессионный анализ. Для выделения ядерных и периферийных элементов социальных представлений использовался коэффициент Ж.-К. Абрика.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечена постановкой адекватных целей и задач исследования, теоретических и методологических принципов, использованием соответствующих цели исследования методических приемов сбора и обработки данных, проведение пилотажного исследования для апробации полученных данных, и соотнесенность результатов, полученных в данном исследовании, с данными авторов, изучавших ранее схожую проблематику.

Положения, выносимые на защиту:

1. Существуют специфические отличия между социальными представлениями исследуемых групп. Ядерные элементы социальных представлений неверующих респондентов, отличаются от социальных представлений верующих, у которых религиозные интерпретации психического заболевания оказываются ключевыми. Общими в социальных представлениях, изученных в данном исследовании групп верующих, являются представления, в которых религия выступает как стратегия совладания, способствуя повышению уровня толерантности.

2. Содержание социальных представлений верующих и неверующих респондентов о психически больном человеке характеризуется амбивалентностью. Респонденты верующие и неверующие признают неоднозначность положения подобных больных в обществе из-за сложившихся стереотипов и фобического отношения к ним. Позитивные элементы СП о психически больных людях касаются декларируемых принципов гуманизма в современном обществе.

3. В репрезентационной системе внутри одной и той же группы сосуществуют представления различных модальностей. У верующих респондентов социальные представления характеризуются (в порядке убывания) положительными, нейтральными и негативными элементами. У неверующих респондентов – преобладанием негативных и нейтральных элементов.

4. Существуют две разновидности репрезентации психически больных – наряду с убеждениями, знанием, что психическое заболевание – это недуг и страдание, почти треть респондентов (и верующих, и неверующих) оказались подверженными архаичным переживаниям страха, порождающим у них негативное отношение к больным, что является особой разновидностью когнитивной полифазии – селективным преобладанием.

Апробация результатов исследования

Теоретические и эмпирические результаты, полученные нами на различных этапах проведенного исследования, были представлены на научных конференциях: VII Сибирском психологическом форуме «Комплексные исследования человека: психология» (г. Томск, 2017); XIII Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы социальной психологии и социальной работы» (Санкт-Петербург, 2018); VII Международной конференции «Актуальные

проблемы теоретической и прикладной психологии» (Ереван, 2019); XVI Всероссийской Парыгинской научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 2021), LXVII Международной научно-практической конференции «Eurasiascience» (Москва, 2025). Диссертационное исследование обсуждено и рекомендовано к защите на кафедре общей, социальной психологии и истории психологии Автономной некоммерческой организации высшего образования «Московский гуманитарный университет» (Москва, 2025). Основные положения, результаты и выводы диссертационного исследования нами были изложены в докладе на методологическом семинаре Диссертационного совета Костромского государственного университета (Кострома, 2022).

Работа соответствует паспорту специальности 5.3.5. Социальная психология, политическая и экономическая психология и определяется изученными в работе направлениями: исследование социальной репрезентации психически нездоровых лиц и их межгрупповой дискриминации (параграф 1.1), эволюция понятия когнитивной полифазии в социальной психологии (параграф 1.3), социально-психологические аспекты христианства и ислама в отношении психического нездоровья (параграф 2.4), изучение специфики коммуникации в СМИ относительно проблематики психических расстройств (параграф 3.1).

Личный вклад автора состоит в выборе темы исследования, организации и проведении интервьюирования и анкетирования респондентов, обработке и интерпретации результатов, написания текста работы. Авторский вклад в подготовку публикаций по теме диссертационного исследования составил в объеме около 4,95 печатных листов.

Структура и объем диссертации: Работа состоит из введения, четырех глав, выводов по главам, заключения, библиографического перечня использованной литературы (358 наименований, 265 из которых на иностранных языках), содержит 13 таблиц, 3 рисунка и 7 приложений. Объем основного текста диссертации составляет 168 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность; определяются цель, задачи, объект и предмет; формулируются гипотезы; методы исследования; даются характеристика выборки; раскрываются теоретико-методологические основания диссертационной работы, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы; аргументируется достоверность и надежность результатов; формулируются положения, выносимые на защиту.

В **главе 1. «Социальные представления о психическом нездоровье как предмет социально-психологических исследований»** проведен анализ изученности вопроса о психическом нездоровье в рамках концепции СП.

В параграфе 1.1. «Исследования психического нездоровья в рамках теории социальных представлений» рассматриваются предпосылки и истоки возникновения концепции социальных представлений, дается определение СП, его структуре. Теоретической основой концепции СП послужили идеи Э. Дюркгейма, Л.С. Выготского, Л. Леви-Брюля, Ж. Пиаже. В рамках теории СП проведен ряд исследований: о здоровье и болезни (Jodelet, 1991; Campbell, Jovchelovitch, 2000); о когнитивной полифазии (Jodelet, 1991; Wagner et al., 1999, 2000; Provencher, 2007). Исследования в русле концепции СП в России представлены работами: С.Л. Рубинштейна, Г.М. Андреевой, Т.П. Емельяновой, И.Б. Бовиной, Е.Е. Бочаровой.

Рассматривается состояние и актуальные направления концепции СП, феномен коллективного символического коупинга (Wagner et al, 2000; Gilles et al, 2011), уровневый подход к выявлению специфических структурных образований, предложенный Т.П. Емельяновой и демонстрирующие негативную эмоциональную оценку (Емельянова, 2016); СП о психическом заболевании (Бовина, Панов, 2005), модели межличностного взаимодействия, имплицитные глубинные убеждения о психически больном (Jodelet, 1991). Рассматривается архаичное, эмоционально насыщенное неоднородное содержание СП о психическом нездоровье (de Rosa, 1988; 1991); роль визуального контента (Martikainen, 2020) и коммуникации посредством образа рисунка (Gunay, 2021).

Рассмотрен процесс дегуманизации, лишаящий человеческих или приписывающий нечеловеческие качества представителям аутгрупп, проявляющийся в скрытой форме, частично лишаящий субъекта, группу человеческих черт, или в явной, присваивающий группе или субъекту «животные» качеств (Borinca et al., 2023).

В параграфе 1.2. «Феномен амбивалентности и двойственности в психологии» рассмотрены эти понятия (Pinheiro, de Moura Batista, 2021), механизм компартментализации, позволяющий придерживать противоречивых взглядов и иметь несколько сосуществующих, но конфликтующих между собой мнений (McWilliams, 2011), прибегая, например, к неконвенциональной или конвенциональной медицинской помощи (Антонова, Ерицян, 2023); «моральная» амбивалентность, приводящая к сомнениям и двоемыслию, как историческая форма когнитивной полифазии (Хорошилов, 2022, с. 166).

В параграфе 1.3. «Феномен когнитивной полифазии в концепции социальных представлений» рассмотрено классическое понимание С. Московиси понятия «когнитивная полифазия» и его актуальное состояние изучения: разновидности когнитивной полифазии: селективное преобладание, гибридизация, вытеснение (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2015). Анализируются исследования когнитивной полифазии относительно психических заболеваний и отмечается демаркация между социальными репрезентациями этих заболеваний: противопоставлении традиции и современности (Wagner et al., 1999; Wagner et al., 2000). Когнитивная

полифазия содержит групповую социальную репрезентацию, состоящую из различных типов знаний (Gervais, Jovchelovitch, 1998), формируя гибридное представление о здоровье и болезни, переплетенное с вопросами сохранения, передачи и трансформации культурной идентичности (Gervais, Jovchelovitch, 1998).

В главе 2. **«Психологические и социально-психологические аспекты религии и религиозности в отношении психического нездоровья»** проведен теоретический анализ социально-психологических аспектов религии и религиозной ментальности.

В параграфе 2.1. «Психологические аспекты религии и религиозности» даются определения религии и религиозности, рассматриваются психологические аспекты вопроса (Андреева, 2000; Ярмох, 2002; Бровченко, 2017); морально-этические нормы религии (Dinh et al., 2021); история изучения религиозности в работах У. Джеймса, В.С. Братуся, В. Франкла, видевших ее истоки в трансцендентной сущности. Религиозность как психологический и социально-психологический феномены отражены в работах З. Фрейда, где значительна роль бессознательного в процессе формирования личной религиозности (Фрейд, 1997, 2009); К.Г. Юнга, усматривающего в религиозных догматах архетипы коллективного бессознательного (Юнг, 2007); Э. Фромма, рассматривающего религию, как разделяемую «группой систему мышления и действий» (Фромм, 1992).

В параграфе 2.2. «Социально-психологические аспекты религии и религиозности». Религия рассматривается, как фактор, интегрирующий общество (Дюркгейм, 2007), «условие жизни в обществе» (Московиси, 1998, с.36), движущая сила формирования моральных суждений (Purzycki et al., 2018; Willard et al., 2020), механизм религиозного совладания (Kimble, McFadden, 1995; Hood et al., 1998). Рассматривается функция религиозности как фактора, влияющего на социально-психологические процессы, формирующие общественную ответственность и религиозность личности, формируемой под влиянием социума (Московиси, 1998); вопросы роли социума в религиозном выборе личности (Ellison, Sherkat, 1995; Sherkat, Cunningham, 1998); роль веры как механизма совладания (Pargament, Koenig, Perez, 2000; Тобалов, 2004).

В параграфе 2.3. «Религиозность и духовность». Рассматриваются подходы к изучению религиозности как экзистенциального измерения (Тиллих, 1995), формы духовности, поддерживающей социальный порядок и мораль (Saroglou, Craninx, 2021). Рассматривается понятие «религиозная идентичность» и роль семейных и конфессиональных факторов, влияющих на межпоколенческую передачу религиозных ценностей (Smith, 2020), способствующие просоциальности (Van Tongeren et al., 2020) и чувству надежды (Vaingankar et al., 2021).

В параграфе 2.4. «Социально-психологические аспекты христианства и ислама в отношении психического нездоровья» рассматриваются специфические

аспекты репрезентации психического заболевания через призму религиозных догматов этих конфессий.

В параграфе 2.4.1. «Социально-психологические аспекты христианства» рассматриваются этические аспекты православия (религиозные источники), обусловившие появление «христианской психологии» (Братусь и соавт., 1995), декларируемой толерантности в межличностном взаимодействии (Щербакова, 2010). Рассматриваются истоки душевного недуга – «...духовная и психофизиологическая природа» (прот. Швецов, 2003, С.138), как наказание за греховность, как благодать (Авдеев, 2017).

В параграфе 2.4.2. «Социально-психологические аспекты ислама» рассматриваются этические принципы (религиозные источники), определяющие нравственно-ценностные ориентации, мотивы и поступки своих приверженцев (Ahmad I. et al., 2022; Butt et al., 2023). Традиционные верования включают духовное и сверхъестественное происхождение болезней: отсутствия веры или несправедного поведения, сверхъестественные (Abu-Rabia, 2005); социальные и биологические причины (Hankir, et al., 2019).

В главе 3. «Роль СМИ в конструировании социальных представлений о психическом нездоровье» в соответствии с задачей исследования (теоретическая задача №3) рассмотрены стигматизирующее влияние СМИ и перспективы дестигматизации.

В параграфе 3.1. «Образ людей с проблемами психического здоровья в СМИ и интернет» рассмотрены вопросы интолерантности СМИ (Полонский, Глушкова, 2020), роль СМИ в конструировании СП о психических недугах (Li et al., 2021; Torales et al., 2023; Израелян, 2019), киноиндустрии (Емельянова, Израелян, 2018;) и видеоконтента (Buday et al., 2022), имплицитно связывающая психические заболевания с насилием (Price H., 2022). Есть культуральные различия в характере публикаций в СМИ: стигматизирующие (Gu, Ding, 2023) или нейтральные (Yeung et al., 2022).

В параграфе 3.2. «Образ людей с проблемами психического здоровья в киноиндустрии и ТВ» рассмотрены негативные аспекты представления о психическом неблагополучии. В ТВ-трансляциях, анимационных фильмах, видеоиграх персонажи с подобными проблемами – объекты для насмешек или источники опасности (Ferrari et al., 2019; Емельянова, Израелян, 2018).

В параграфе 3.3. «Дестигматизация людей с проблемами психического здоровья посредством СМИ, ТВ и интернет» рассмотрен вопрос о нивелировании стигматизации больных (Ржевская, Руженков, 2015), изменения характера освещения в СМИ (Koike et al., 2017; Rohm et al., 2017), на ТВ (Turner et al., 2014), в цифровых продуктах (Ferrari et al., 2020).

В главе 4. «Эмпирическое исследование социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в группах верующих и

неверующих» посвящена эмпирическому изучению вопроса: приводится описание программы, этапов эмпирического исследования, характеристика выборки, обоснование примененных методик и процедура создания авторской анкеты, служащей для изучения СП, указаны методы математической проверки выдвинутых гипотез.

В параграфе 4.1. «Программа эмпирического исследования» обосновано применение методов для изучения СП о психически больном, описаны процедура и этапы эмпирического исследования. На *поисковом этапе* нами были применены методы опроса: индивидуальное анкетирование и полустандартизированное интервью, в котором участвовало 45 респондентов: в возрасте от 18 до 23 лет (3 мужчин, 12 женщин), из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N=5; в возрасте от 40 до 45 лет (6 мужчин, 9 женщин), из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N=5; в возрасте от 60 до 65 лет (1 мужчина, 14 женщин), из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N=5.

Авторская анкета для выявления структуры СП о психически больном (Коэффициент альфа Кронбаха $\alpha = 0,93$) разработана на основе результатов поискового этапа исследования, включающего индивидуальные анкетирования, полустандартизированные интервью, тематический контент-анализ СМИ и религиозных источников. В ходе индивидуального анкетирования и полустандартизированного интервью задавались вопросы об осведомленности респондентов о причинах психического нездоровья, его влияния на общество, о готовности к помощи больным и видам такой помощи. Затем, методом тематического контент-анализа были обработаны тексты интервью.

Был проведен анализ 10 источников федеральных СМИ и религиозных источников (Библия, Коран), результаты были обработаны методом тематического контент-анализа, и на основании результатов были составлены 29 утверждений которые необходимо было оценить по 5-ти балльной шкале: 1 – «абсолютно не согласен»; 2 – «скорее не согласен»; 3 – «не уверен»; 4 – «скорее согласен»; 5 – «полностью согласен». На *основном этапе* исследования нами были использованы: авторская анкета, состоящая из трех блоков: первый блок, направленный на выявление содержания СП о психическом нездоровье и религии, состоящий из 29 утверждений, оцениваемые по 5-ти балльной шкале. Второй блок – определение религиозной идентичности и шкала самооценки степени религиозности. Третий блок направлен на получение социально-демографической информации. Нами были использованы модифицированная шкала «психологической дистанции» Д. Фелдеса, для оценки готовности к контакту с психически больным; авторский (модифицированный) вариант методики «Незавершенные предложения» для выявления эмоционального компонента СП относительно психически больного и раскрытию содержания репрезентаций; качественная методика «Bubbles»,

оценивающая эмоциональные компоненты СП относительно психически больного. Нами был применен кластерный анализ (метод k-средних, классифицировались объекты), критерий χ^2 -Пирсона, Н-критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, регрессионный анализ.

В параграфе 4.2. «Результаты эмпирического исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в группах верующих и неверующих» представлены результаты исследования.

В параграфе 4.2.1. «Исследование самооценки степени религиозности» для выявления уровня религиозности в группах респондентов, была применена 10-ти балльная шкала самооценки степени религиозности (таб.1).

Таблица 1. Результаты самооценки степени религиозности

Самооценка степени религиозности по конфессиональной принадлежности, в %			
	Низкий балл от 1–3	Средний балл от 4–7	Высокий балл от 8–10
Неверующие	92%	8%	-
Православные	9%	45,5%	45,5%
Мусульмане	1,8%	10%	88,2%

Высокие оценки уровня своей религиозности в диапазоне от 7–10 дают 45,5% православных христиан и 88,2% мусульман. Статистически значимых различий по другим социально-демографическим признакам (пол, возраст, уровень образования) не выявлено.

В сравнении 3-х возрастных групп самооценка уровня религиозности результаты в процентном выражении демонстрируют, что наиболее высокая степень религиозности характерна для группы 60–65 лет, а наименьшая в группе респондентов 40–45 лет. Результаты в процентном выражении представлены в таблице №2.

Таблица 2. Самооценка уровня религиозности по возрастным группам

Самооценка степени религиозности по возрастным группам (по всей выборке), в %			
18–23 года	28,2%	24,7%	47,1%
40–45 лет	38,5%	23,8%	37,7%
60–65 лет	33,3%	9,1%	57,6%

Наблюдается разброс данных в самооценке религиозности и группа респондентов 60–65 лет представлена разнонаправленно: от низкой оценки (33,3%) к ярко выраженной высокой оценке (57,6%).

Блок авторской анкеты для определения религиозной активности респондентов, был представлен вопросами: «Как часто Вы посещаете религиозные

службы?» и «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?», на которые предусмотрен ответ путем выбора, соответствующего из четырех предложенных вариантов. Результаты ответов на вопрос «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?» (Рис.1) показали, что соблюдение религиозных празднований более выражено среди респондентов со средним образованием в сравнении с обладателями высшего образования ($\chi^2=1,09$; $p<0.01$); среди верующих значимых различий нет, но женщины чаще соблюдают религиозные празднования ($\chi^2=0,53$; $p<0.01$). Значимые различия в этом аспекте были выявлены в группе респондентов-мусульман по сравнению с христианами и неверующими ($\chi^2=1,32$; $p<0.01$). Статистически значимых различий по возрастным признакам не выявлено.

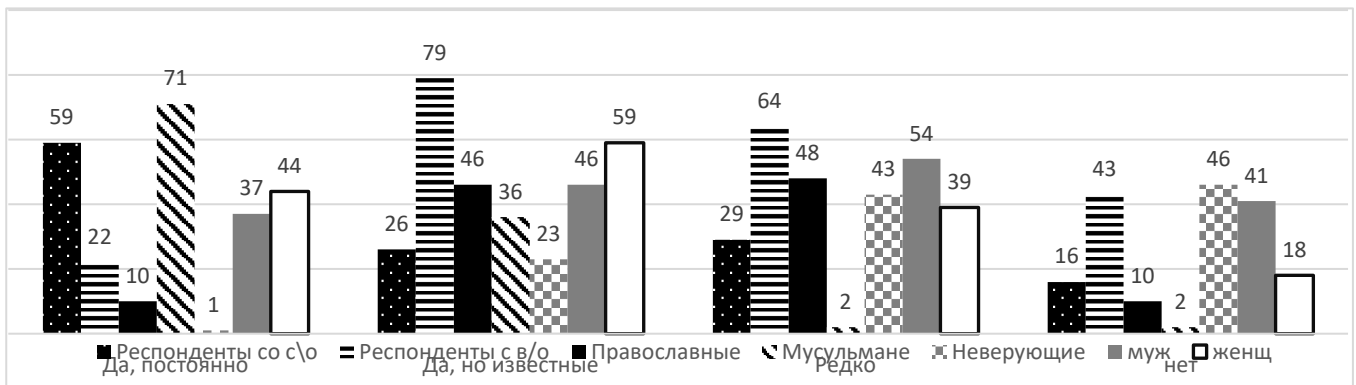


Рисунок 1. Результаты опроса респондентов на вопрос: «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?»

Результаты ответов на вопрос «Как часто Вы посещаете религиозные службы?» (Рис.2) показали, что участие в религиозных службах выше среди респондентов со средним образованием в сравнении с обладателями высшего образования ($\chi^2=5,05$; $p<0,01$). и в группе респондентов-мусульман по сравнению с христианами ($\chi^2=1,32$; $p<0.01$). Статистически значимых различий в ответах респондентов по половозрастным признакам не выявлено.

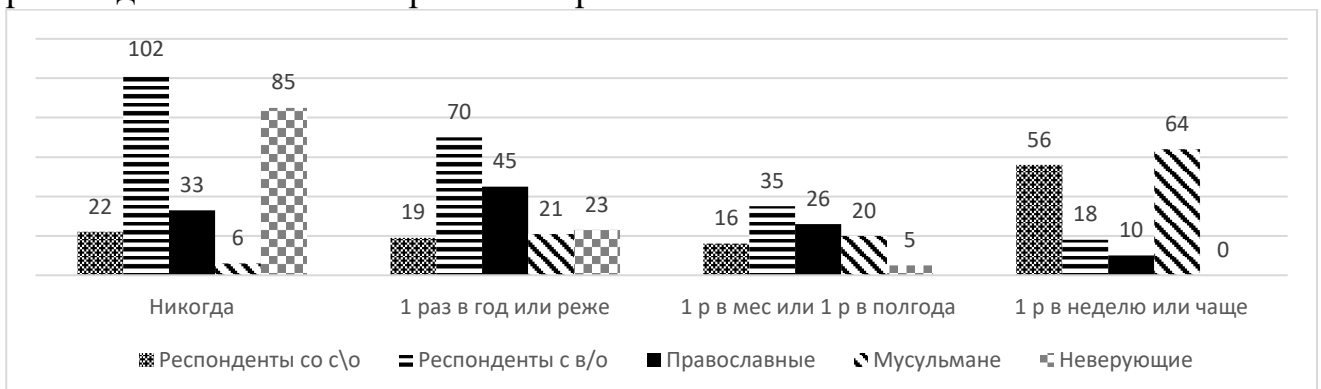


Рисунок 2. Результаты опроса респондентов на вопрос: Как часто Вы посещаете религиозные службы?»

В параграфе 4.2.2. «Содержание социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества»

для выявления структуры СП нами была применена авторская анкета, состоящая из 29 утверждений, оцениваемых по 5-ти балльной шкале. Полученные результаты позволили выделить элементы СП для каждого из 29-ти утверждений авторской анкеты. Для выделения ядра и периферии СП применен коэффициент Ж.-К. Абрика TCP (Taux catégorique positif). Расчет коэффициента для каждого высказывания TCP (i) производился по формуле (Abric, 2000):

$$TCP(i) = \frac{n(4) + n(5)}{N} \cdot 100$$

В ядро социального представления включены утверждения с коэффициентами значения выше среднего плюс среднеквадратичное отклонение (таб.3).

Таблица 3. Структурные элементы социальных представлений

	Христиане	Мусульмане	Неверующие
Ядро	выше 65 баллов	выше 65 баллов	выше 65 баллов
Зона близкая к ядру	от 30 до 65 баллов	от 28 до 65 баллов	от 28 - до 65 баллов
Периферическая зона	до 30 баллов	до 28 баллов	до 28

Ядерные элементы СП, выявленные в трех группах респондентов, содержат шесть идентичных компонентов и нейтрально направлены. Респонденты уверены в положительном влиянии религии на духовную и поведенческую сферы. Среди причин заболевания выделяются генетическая предрасположенность и жестокое обращение, существует уверенность в том, что психическое нездоровье может затронуть любого (Рис.3).



Рисунок 3. Общие ядерные элементы трех групп респондентов о людях с проблемами психического здоровья.

Обозначения: **А** — «Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека», «Психическое заболевание может коснуться каждого», «Причиной психической болезни может быть наследственность», «Результатом жестокого обращения может быть психическое заболевание», «Государство обязано обеспечить достойное качество жизни душевнобольных людей», «Цивилизованное общество должно поддерживать таких больных»; **В** — «Религия помогает быть терпимым к другим людям», «Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью», «На практике общество, как правило, равнодушно к проблемам душевнобольных людей»; **С** — «Психическое заболевание такая же

болезнь, как и все остальные», «Заболевание психики - следствие физической болезни или травмы», «Сбой в работе головного мозга может привести к развитию болезни психики»; **D**— Нет общих элементов.

Общими элементами ядра для групп верующих респондентов являются утверждения: «Религия помогает быть терпимыми к другим людям» и «Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью». У неверующих респондентов ядро СП включает элемент «Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу». Зона периферии СП в трех группах респондентов состоит из четырех одинаковых элементов и имеет негативную модальность. Респонденты солидарны в том, что «болезнь – результат неправильного образа жизни и воспитания», делегируя ответственность за попечение таких больного его семье, но считают, что «общество не должно перекладывать на государство заботу о психически больных людях». Утверждения: «болезнь, как «милость избранному», «наказание», «Божья кара» во всех группах респондентов – периферические элементы СП. Значимые различия наблюдаются в элементах у верующих и неверующих о маргинализации больных и их «бесполезности» в обществе (таб.4). Респонденты-мусульмане считают, что болезнь – результат Божественного воздействия по данным пунктам анкеты. (таб.4).

Таблица 4. Репрезентация психического больного (значения коэффициентов ТСР)

	Христиане	Мусульмане	Неверующие	Различия
Современное общество делает таких больных маргиналами	70	31	55	0,018*
Психически больные люди не приносят пользу для государства, и они ему не нужны	23	6	27	0,027 *

Примечания. Уровень значимости различий: $p < 0,05$; * по критерию U Манна-Уитни

Для определения тесноты психологической дистанции была использована адаптированная версия методики «Психологическая дистанция» Д. Фелдеса, включающая в себя одиннадцать утверждений, отражающих отношение к лицам с психическими расстройствам. Дистанция теснее в группах верующих в сравнении с неверующими (таб.5), респонденты с высшим образованием дистанцированы больше, чем со средним ($p = -0,015$, $p < 0,98$). Статистически значимых различий в ответах респондентов по половозрастным признакам не выявлено. Проведенный регрессионный анализ в целом показал слабое влияние религиозной ментальности на степень согласия с утверждениями опросного листа, но для некоторых утверждений опросника СП религиозная ментальность выступает предиктором.

Таблица 5. Результаты применения модифицированной методики «Психологическая дистанция» Д. Фелдеса

	Теснота социальной дистанции, ср. балл	Значимые различия
Группа неверующие	6,1	0,0014*
Группа христиане	5,6	0,007 *
Группа мусульмане	5,4	0,0014*

Примечания. Уровень значимости различий: $p < 0,05$ *U-критерий Манна-Уитни.

В параграфе 4.2.3. «Выявление эмпирических типов респондентов-носителей специфических социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья» нами выявлены (кластерный анализ (метод k-средних, классифицировались объекты)) шесть типов респондентов носителей специфических СП о психически больных. *Тип 1* – «Толерантный», религия способ обретения психоэмоционального благополучия. Большинство носителей этого типа СП респонденты – женщины (57,9%); возрастные характеристики 18–23 лет (57%). *Тип 2* – «Сочувствующий» с разнородными элементами: убеждения о соматическом характере заболевания; отражающие социальную проблематику болезни. Большинство носителей типа СП респонденты-мужчины (57,3%); группы 18–23 лет (41,6%). *Тип 3* – «Равнодушный», признающий соматическую травму первопричиной заболевания; делегирующие ответственность за больных на общество. Большинство носителей типа СП респонденты-мужчины (57,7%); группы 40–45 лет (59,1%). *Тип 4* – «Нетолерантный» его носители, склонны представлять социально желательные ответы в ситуации прямого опроса, демонстрирующие готовность к оправданию социальной изоляции больных. Носители типа СП – респонденты-мужчины (70,8%); группы 40–45 лет (50,0%). *Тип 5* – «Смиранный», демонстрируют смирение к заболеванию. Большинство носителей этого типа СП – респонденты мужчины (57,1%); группы 60–65 лет (50%). *Тип 6* – «Враждебный» респонденты-носители СП видят источник заболевания в самом больном, возлагая ответственность за его социальное благополучие на общество; выражают убеждения в необоснованности финансовых трат на лечение. Большинство носителей типа СП респонденты-мужчины (70,7%); группы 40–45 лет (50%). *Тип 4* – «Не толерантный» и *тип 6* – «Враждебный» включают в себя большее число респондентов неверующих. Данное положение не противоречит предыдущим исследованиям о том, что неверующим свойственно чаще прибегать к избегающей стратегии по сравнению с верующими (Тобалов, 2004).

Параграф 4.2.4. «Сосуществование различных модальностей представлений в репрезентационной системе внутри группы». Для выявления содержания и

структуры социальных представлений о психически больном в группах верующих и неверующих респондентов применена модифицированная методика «Незавершенные предложения». Для анализа завершающих частей тестовых предложений выделены категории содержания текста: «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей», «Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья», «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом», «Освещение в СМИ», «Будущее лиц с проблемами психического здоровья», «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья».

Категория «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей»: респонденты трех групп характеризуют восприятие психически больного членами своей семьи как негативное в 31,9% ответов в группе неверующих, в 28,4% – в группе христиан, в 22,8% – в группе мусульман. Но, мусульмане оценивают восприятие больного членами своей семьи позитивнее – 33,6% ($U=21$, $p\leq 0,05$).

Категория «Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья»: о позитивном восприятии психически больных заявляют 50,4% респондентов-мусульман, 32,3% неверующих ($U=35$, $p\leq 0,03$). Достоверных различий в группах православных (41,8%) и мусульман (50,4%) не выявлено. Негативное восприятие преобладает в группе православных – 28,4%, что больше, чем в группе неверующих – 25,7%» и группе мусульман – 9,6%. Достоверные различия в негативном восприятии выявлены в межгрупповом сравнении респондентов христиан и мусульман ($U=19$, $p< 0,07$). Более позитивное восприятие психически больных характерно для группы респондентов 18–23 лет в сравнении с группой респондентов 60–65 лет ($U=41,5$; $z=1,74$, $p< 0,08$).

Категория «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом»: негативное восприятие отмечают 47,3% и 45,8% респондентов-неверующих и христиан соответственно, и 31,5% мусульман. Нейтральный характер оценки демонстрируют 31,9% респонденты-неверующие, 19,3% христиан и 20% мусульман. Достоверные различия в позитивной оценке отношения общества к психически больному выявлены при сравнении группы мусульман – 48,5% и группы неверующих – 20,8% ($U=29,5$, $p< 0,03$). Более позитивная оценка отношения общества к психическому нездоровью характерна для группы респондентов 18–23 лет в сравнении с группой респондентов 60–65 лет ($U=113$, $p< 0,08$).

Категория «Освещение в СМИ»: характер освещения проблемы психического нездоровья в СМИ респондентами оценивается негативно в 49,1% неверующими, 37,1% и 28,1% христианами и мусульманами. Нейтральный характер публикаций отмечают 38,5%; 49,1%; 45,9% – неверующие, христиане и мусульмане соответственно. Респонденты трех групп отмечают негативный тон освещения проблемы психического нездоровья в СМИ. Более позитивная оценка

характера освещения в СМИ данной тематики в группе респондентов 18-23 лет в сравнении с группой 60-65 лет ($U=23$, $p<0,04$).

Категория «Будущее психически больного»: перспективы будущего таких больных носят разноплановый характер. Полюс оценки смещается с позитивного – 39,9% декларируемого христианами, до нейтрального 36,7%, 34,5% и негативного – 40,3%, 41,4% декларируемого неверующими и мусульманами соответственно.

Категория «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»: Результаты демонстрируют преобладание опасений относительно психически больных в трех группах респондентов. О наличии страхов заявляют 56,6% и 57,8% неверующих и православных против 40% мусульман. О нейтральном восприятии заявляют 33,7%, 40,4%, 56,4% респонденты неверующие, христиане, мусульмане соответственно.

Содержательный анализ текстов по методике «Незавершенные предложения» в категории «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»: были выделены следующие единицы анализа: «причинение вреда детям», «агрессивные действия со стороны больных /убийство», «самоагрессия, суицид», «опасность (не уточненная)», «непредсказуемость/неадекватность. Преобладающими страхами в группах неверующих и мусульман являются: «Причинение вреда детям» и страх «Самоагрессии, суицида» в группе православных христиан. Респонденты-неверующие наравне со страхом «причинение вреда детям» заявляют об «опасности» больных.

Анализ результатов применения проективной методики «Бабблз» проведен методом тематического контент-анализа. Категориями анализа были обозначены (с присвоением буквенных значений): «Вербальные проявления» (Вп), «Когнитивные проявления» (Кп), «Поведенческие проявления» (Пп). Единицы анализа – высказывания, написанные в «пузырях» рисунков. Результаты приводят к выводам о том, что психическое нездоровье воспринимается в негативном ключе. Вербальные негативные проявления занимают лидирующую позицию в репрезентациях трех группах респондентов: 49,1% – неверующие, 45,5% – христиане, 41,1% – мусульмане. На втором и третьем месте по значимости признаков психического неблагополучия – «когнитивные проявления» - 40,8% и «поведенческие проявления» - 40,1%. Для выявления межгрупповых различий в трех группах были проанализированы результаты при сравнении по возрастным характеристикам, уровням образования и дохода. Респонденты 18–23 лет более терпимы (методика «Бабблз») к душевному нездоровью по фактору «вербальные проявления» ($U=11,5$, $p=0,03$ ($p<0,05$) в сравнении с группой 60–65 лет. Восприятие респондентами поведенческих и когнитивных проявлений имеют отрицательную окраску по сравнению с группой 18–23 лет ($U=39$, $p=0,059$; $U=22,5$, $p=0,003$ ($p<0,05$)) соответственно. Респонденты, имеющие высшее образование

демонстрируют более негативное восприятие «когнитивных проявлений» в сравнении с респондентами со средним образованием ($U = 6,5$, $p = 0,0392$ ($p < 0,05$)).

Результаты, полученные с помощью качественных методов, входят в противоречие с результатами прямого опроса, тем самым, обнаруживая двойственность СП. Что позволяет говорить о существовании разных по содержанию СП, т. е., констатировать феномен когнитивной полифазии.

В параграфе 4.3. «Обсуждение результатов исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества» проведен анализ и обсуждение полученных результатов проведенного эмпирического исследования.

Проведенный теоретический анализ основных положений концепций СП (теоретическая задача №1) свидетельствует, что истоки противоречий обыденного сознания имеют исторические корни. Современное состояние концепции СП позволяет рассматривать данный вопрос с позиции феномена когнитивной полифазии, проследив зарождение представлений о больных с психическими заболеваниями и возможности «примирения» представлений различных модальностей. Среди причин психического заболевания признаются: низкий уровень стрессоустойчивости, генетическая предрасположенность, негативные семейные факторы, низкий социальный уровень заболевших (отсутствие жилья, безработица, низкий уровень образования) и др. (Morant, 1996). Сохранению сложившихся негативных установок способствуют СМИ, интернет-ресурсы, ТВ и киноискусство. Анализ влияния СМИ на конструирование СП о психическом нездоровье (теоретическая задача №3) выявил, что СМИ активно используют негативные клише для интерпретации материалов повествования, имплицитно связывая психические заболевания с насилием, побуждая аудиторию опираться на сложившиеся стереотипы, сохраняя негативный спектр освещения проблемы (Matas et al., 1986; Allen, Nairn, 1997; Coverdale et al., 2000; Seale, 2003; Stark et al., 2004).

Переходя к обсуждению результатов эмпирического исследования, можно констатировать, что (эмпирическая задача №3): респонденты, исповедующие православие и ислам оценивают себя как «верующие» вне зависимости от уровня образования, пола, возраста и уровня дохода ($p \leq 0,01$). При этом для христиан характерны самооценки религиозности в диапазонах от 4–7 и от 8–10 баллов (расценивалось нами, как средний и высокий уровень); для мусульман более характерны оценки в диапазоне от 8–10 баллов.

Анализ содержания СП о психически больном (эмпирическая задача №1) в выборке выделил общее и частное: общими ядерными элементами представления для трех групп респондентов является признание положительного религиозного влияния на поведенческий и эмоциональный компоненты; признание биомедицинской модели психического заболевания; необходимость социальной

поддержки больных; убеждение о том, что болезнь может коснуться каждого. Как способ совладания религия присутствует у верующих респондентов, тогда как для неверующих характерно признание главенства человека над ситуацией. Признание равнодушия общества к проблеме социального неравноправия подобных больных является стойким убеждением в группе верующих респондентов.

Итоги проведенного теоретического анализа и эмпирического исследования социальных представлений о лицах с психическими заболеваниями в различных религиозных группах общества позволило сделать выводы:

1. В содержании СП о больных с психическими заболеваниями выделяются когнитивные и эмоционально-оценочные компоненты. По результатам проведенного опроса в ядерной части СП респондентов трех групп содержатся когнитивные элементы о положительной роли религии в жизни общества и предполагающие высокую толерантность к психически больным. У верующих респондентов толерантность определяется, в основном, религиозной ментальностью, а у неверующих социальной желательностью. Для всех групп респондентов характерны ядерные элементы, декларирующие необходимость социальной поддержки больных. Эмоционально-оценочный компонент СП – позитивный. Таким образом, основная гипотеза о том, что СП о психически больных когнитивно полифазны и различны у респондентов верующих и неверующих подтвердилась.

2. Результаты исследования СП, проведенного с применением проективных методов, выявляют преобладание негативных аспектов в восприятии психически больных. Все три группы респондентов демонстрируют наличие страха заражения, опасения по поводу агрессивных действий со стороны пациентов, вероятность суицидальных проявлений, непредсказуемость и неадекватность их поведения. Данные выводы позволяют утверждать, что восприятие психически нездоровых людей характеризуется когнитивной полифазией, то есть наряду с современными знаниями о психических расстройствах сохраняются архаичные представления о болезни.

3. Группы верующих респондентов показывают большую степень толерантности по отношению к лицам с психическими расстройствами и, в целом, заявляют о нейтральном отношении к проблеме психического нездоровья со стороны членов своей семьи. Неверующие респонденты чаще сообщают о негативном восприятии больных в своей семье. Таким образом, нашла свое эмпирическое подтверждение гипотеза о том, что СП верующих отличаются большей толерантностью в отношении психически больного (частная гипотеза №1).

4. Выделены эмпирические типы респондентов, представляющих различные социальные позиции относительно психического нездоровья: «Толерантный», «Сочувствующий», «Равнодушный», «Нетолерантный»,

«Смиренный», «Враждебный». Респонденты из разных типов демонстрируют различия в религиозном поведении (среди верующих) или их отрицании (среди неверующих), а также в различных подходах к делегированию ответственности за социальное благополучие лиц, сталкивающихся с проблемами психического здоровья.

5. Большинство представителей типа СП «Толерантный» составляют женщины (57,9%). Большая часть носителей типа СП «Враждебный» – мужчины (70,7%), склонные видеть источник заболевания в самом больном, возлагая ответственность за социальное благополучие больных на общество, выражая убеждение в необоснованности финансовых трат на лечение.

6. Психологическая дистанция с психически больным более тесная в группах верующих по сравнению с группами неверующих. При этом различия в степени психологической дистанции между православными и мусульманами не выявлены. Таким образом, эмпирически подтверждена частная гипотеза о том, что социальная дистанция в отношении психически больного у верующих обеих групп более тесна, чем у респондентов неверующих (частная гипотеза №2.)

7. Выявлено, что респонденты трех групп отмечают преимущественно негативный тон освещения проблемы психического нездоровья в СМИ. Анализ результатов проективных методик позволяет говорить о сходстве содержания элементов СП о психически больном и его образом, как субъекта, асоциального, склонного к девиантному поведению, культивируемому в СМИ. Таким образом, гипотеза о том, что СП трех групп респондентов содержат общие современные образы психически больного, культивируемые в СМИ (частная гипотеза №3), также подтверждена.

8. Обнаружена большая открытость к контактам и более высокая терпимость, декларируемые по отношению к психически нездоровым лицам, со стороны респондентов группы 18–23 лет и низкая степень толерантности респондентов группы 60–65 лет.

В **Заключении** проанализированы ограничения исследования и намечены перспективы дальнейшего изучения проблемы, приведены рекомендации для применения результатов исследования.

В разделе **Приложение** приводятся бланки с методиками исследований, результаты кластерного анализа, контент-анализа, измерения психологической дистанции.

Основное содержание диссертации отражено в 10 научных публикациях (общий объем – 6,05 п.л.; авторский вклад – 4,95 п.л.).

а) публикации в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России и Web of Science:

1. Израелян, Т.В. Фактор религиозной ментальности в социальных представлениях о душевном нездоровье / Т.П. Емельянова, Т.В. Израелян // Ученые

записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2019. – № 3 (51). – Т.1. (0,95 п.л./ 0,6 п.л.)

2. Израелян, Т.В. Феномен когнитивной полифазии в социальных представлениях о душевнобольных / Т.П. Емельянова, Т.В. Израелян // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2021. – Т.18. – №2. – С. 346–362. (0,98 п.л./ 0,7 п.л.)

3. Израелян, Т.В. Выявление феномена когнитивной полифазии о психическом нездоровье посредством проективной методики «Бабблз» / Т.В. Израелян // Научные исследования и разработки. Социально-гуманитарные исследования и технологии. – 2022. – №. 3. – С. 20–25. (0,69 п.л.)

4. Израелян, Т.В. Когнитивная полифазия в репрезентации психического нездоровья в группах с разной религиозной ментальностью / Т.В. Израелян // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2022. – Т. 28. – № 2. – С. 107–112. (0,69 п.л.)

б) статьи, тезисы в журналах, материалах научно-практических конференций, сборниках научных трудов:

5. Израелян, Т.В. Социальные представления о душевнобольных у представителей различных религиозных конфессий. / Т.В. Израелян // Комплексные исследования человека: психология: материалы VII сибирского психологического форума. Часть 2. Здоровье человека на пути к постинформационному обществу / под ред. О.М. Краснорядцевой. – Томск: Томский гос. Ун-т. – 2017. – С.81–85. (0,46 п.л.)

6. Израелян, Т.В. Образ психически больного в массовой культуре. / Т.П. Емельянова, Т.В. Израелян // Духовно-нравственные проблемы современной личности / отв.ред. М.И. Воловикова, А.Л. Журавлев, А.В. Юревич. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». – 2018. – С. 404–415. (0,79 п.л. / 0,45 п.л.)

7. Израелян, Т.В. Содержание социальных представлений о душевнобольных среди представителей различных конфессий. / Т.В. Израелян // Современные проблемы социальной психологии и социальной работы : XIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, 23 марта 2018 г. / науч. ред.В. В. Горшкова. – СПб.: СПбГУП. – 2018. – С.60–62. (0,22 п.л.)

8. Израелян, Т.В. Стигматизация душевнобольных в СМИ: исследование за период 2014-2018 годов. / Т.В. Израелян // VII Международная конференция «Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии». Научный вестник «Актуальная психология». – Ереван, ЕГУ. – 2019. – №2 (4). С. 170–175. (0,59 п.л.)

9. Израелян, Т.В. Ментальные барьеры в репрезентации душевнобольных / Т.В. Израелян, Т.П. Емельянова // Проблемы социальной психологии и социальной работы: XVI Всероссийская Парыгинская научно-практическая

конференция с международным участием, 16 апреля 2021 г. / науч. ред. М.В. Созинова. – Санкт-Петербург: СПбГУП. – 2021. – С.68–70. (0,43/ 0,3 п.л.)

10. Израелян, Т.В. Религиозный фактор как предвестник толерантности к психическим больным в контексте социальных представлений / Т.В. Израелян // LXVII Международная научно-практическая конференция «Eurasiascience», 15 февраля 2025. – Москва: «Научно-издательский центр «Актуальность.РФ». – 2025. – С. 134-139. (0,25 п.л.)