

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра общей, социальной психологии и истории психологии

На правах рукописи

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)

**ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук**

Научный руководитель:
доктор психологических
наук,
профессор Емельянова Т.П.

Москва

2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОМ НЕЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	15
1.1. Исследования психического нездоровья в рамках теории социальных представлений.....	15
1.2. Феномен амбивалентности и двойственности в психологии	33
1.3. Феномен когнитивной полифазии в концепции социальных представлений.. ..	36
Выводы к главе 1	42
Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЛИГИИ И РЕЛИГИОЗНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ	45
2.1. Психологические аспекты религии и религиозности	45
2.2. Социально - психологические аспекты религии и религиозности	48
2.3. Религиозность и духовность	56
2.4. Социально-психологические аспекты христианства и ислама в отношении психического нездоровья	60
2.4.1. Социально-психологические аспекты христианства.....	61
2.4.2. Социально-психологические аспекты ислама.....	64
Выводы к главе 2	68
Глава 3. РОЛЬ СМИ В КОНСТРУИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИЧЕСКОМ НЕЗДОРОВЬЕ	70
3.1. Образ людей с проблемами психического здоровья в СМИ и интернет	70
3.2. Образ людей с проблемами психического здоровья в киноиндустрии и ТВ.....	74
3.3. Дестигматизация людей с проблемами психического здоровья посредством СМИ, ТВ и интернет	76
Выводы к главе 3	79
Глава 4. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЛЮДЯХ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ГРУППАХ ВЕРУЮЩИХ И НЕВЕРУЮЩИХ.....	81
4.1. Программа эмпирического исследования	81

4.2. Результаты эмпирического исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в группах верующих и неверующих	91
4.2.1. Исследование самооценки степени религиозности	91
4.2.2. Содержание социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества	93
4.2.3. Выявление эмпирических типов респондентов-носителей специфических социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья.....	100
4.2.4. Сосуществование различных модальностей представлений в репрезентационной системе внутри группы	103
4.3. Обсуждение результатов исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества..	114
.....	114
Выводы к главе 4	125
Заключение	128
Список литературы	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	169
Приложение №1. Анкета опроса	169
Приложение №2. Таблица результатов подсчета коэффициента позитивных ответов для каждого элемента СП.....	175
Приложение №3. Результаты кластерного анализа.....	177
Приложение №4. Таблицы по результатам модифицированной шкалы «Психологической дистанции» Д. Фелдеса	178
Приложение №5. Таблицы по результатам контент-анализа методики «Бабблз».....	179
Приложение №6. Таблицы по результатам контент-анализа методики «Незавершенные предложения»	181
Приложение №7. Таблица значимых связей религиозной ментальности с утверждениями опросника социальных представлений	182

ВВЕДЕНИЕ

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, Duvain et al., 2000), А.-М. Де Роза и Е. Боччи (de Rosa, Bocchi, 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 определённому 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 конфессиональной 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 влияние 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 объёме 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.

Глава 1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОМ НЕЗДОРОВЬЕ КАК ПРЕДМЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1.1. Исследования психического нездоровья в рамках теории социальных представлений

Социальные представления — система «интерпретации явлений, фактов и событий социальной жизни» (Емельянова, 2016, с. 442). Зародившись во Франции в начале 60-х годов XX века как ответ на методологический кризис, концепция социальных представлений становится новой парадигмой, позволив осуществить сдвиг от бихевиористского подхода в сторону социального. С. Московиси постулировал, что история общества лежит в самом корне социально-психологических явлений, устанавливая их, создавая и формируя их значение (Moscovici, 1984). Ценность концепции социальных представлений – в ее позиции на стыке психологии, социологии, антропологии и социальной истории (Morant, 1996). В рамках теории социальных представлений зарубежными исследователями был проведен и опубликован ряд исследований: о науке и технологиях (Wagner, Kronberger, 2001); о здоровье и болезни (Jodelet, 1991; Morant, 1996; Campbell, Jovchelovitch, 2000), когнитивной полифазии (Jodelet, 1991; Wagner et al., 1999, 2000; Provencher, 2007), феномена коллективного символического коупинга (Gilles et al., 2011). Исследования в русле концепции социальных представлений в России представлена работами: Г.М. Андреевой, А.И. Донцова, Т.П. Емельяновой, в том числе о психически больных (Бовина, Панов, 2005; Емельянова, Кузнецова, 2009) и др.

Более четырехсот миллионов людей по всему миру страдают от психических заболеваний¹, что оказывает значительное воздействие на психологические и

¹ Официальный сайт Всемирная Организация Здравоохранения.: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> Дата обращения 26.09.2024.

социальные аспекты общественной жизни. Преступления, совершенные психически больными людьми, часто становятся резонансными, в том числе и благодаря специфичности их освещения в СМИ (Parrott, Eckhart, 2021), порождают активный дискурс в обществе. В подобной ситуации, общество, оказываясь лицом к лицу с подобным проявлением психического нездоровья, прибегает к определенным поведенческим паттернам совладания (избегание, дистанцирование, конфронтация), позволяющим нивелировать тревогу (Schaller et al., 2003). Но наряду с этим, общество формирует социальные представления о психическом нездоровье, его причинах, способах лечения и профилактики, позволяющие объяснить и совладать с внезапно возникшим событием, нарушившим общественный статус-кво, сформировать картину мира, преобразуя межгрупповые отношения, способствуя стабилизации эмоционального состояния социальных групп и индивидов (Емельянова, 2016). СП являются собой способ символического совладания с угрозой при отсутствии способа материального совладания (Wagner, Kronberger, 2001; Бовина, 2010). Имея социальный генезис и функционируя как часть социальной жизни, репрезентации являются «ареной», на которой субъективная и объективная сторона социального представления обретают форму (Jovchelovitch, 1996).

Социальные представления – социально-эволюционное понятие развития коллективного сознания, определяемое Э. Дюркгеймом, как общие для всех членов общества убеждения, нормы и ценности, лежащие в основе общественной интеграции. Э. Дюркгейм, предлагает в качестве социологического исследования общество, как единство индивидов, обладающих своей реальностью. Социальный факт, с точки зрения Э. Дюркгейма, объективно существует и не зависит от психики субъекта, но при этом регулируется действиями индивида, и является по своей сути, коллективным представлением. При этом, коллективные представления способствуют обеспечению групповой сплоченности, единства

По данным ВОЗ на 2019 год: 970 миллионов человек имеют проблемы с психическим здоровьем, из них страдают 280 мил. человек от депрессии, 301 мил. человек – тревожные расстройства, 40 мил. человек от биполярного расстройства, 24 мил. человек – от шизофрении.

мысли, действия и передачу опыта; действуя как «рычаг» принуждения. Индивидуальные представления, в отличие от коллективных, ограничены внутренним состоянием индивида и не могут быть разделены с другими; они переменчивы и преходящи. Для возможности коммуникации эти внутренние состояния должны быть преобразованы в слова, образы, символы, доступные социальной группе. Однако, сделав индивидуальное и коллективное предметом изучения, Э. Дюркгейм не разрешил проблему их отношений (Бовина, 2010).

С. Московиси близки идеи Э. Дюркгейма, и именно ему он приписывает заслугу создания термина «социальные представления». Но, при этом, С. Московиси не разделяет его понятие сути социальных явлений (Якимова, 1996), поскольку «...коллективные представления являются объяснительным устройством и относятся к общему классу идей и убеждений», в то время как социальные представления – это «явления, связанные с определенным способом понимания и общения, которые необходимо описывать и объяснять» (Moscovici, 1984, p.12), и заменяет «коллективные представления» на «социальные представления», мотивируя это «необходимостью наведения мостов между индивидуальным и социальным миром и осмысления последнего как находящегося в состоянии перманентных изменений» (Moscovici, 1988, p.219). Социальные представления – часть мыслящего общества, в котором социальная реальность конструируется в результате коммуникации, группового и межгруппового взаимодействия. При этом, мышление общества представляет собой интеграцию интрапсихических, межиндивидуальных и социальных процессов. С этой точки зрения, общество становится объектом изучения, а не просто фоном (Morant, 1996) и является не столько источником информации, сколько источником значений (Бовина, 2010). Исследования социальных представлений призваны учесть различия индивидуального, социального и коллективного уровней представлений (Moscovici, 1984), предлагая концептуализацию человеческой деятельности с учетом контекста и культуры, обеспечивая определенную модель поведения (Jodelet, 1989).

Обладая трехкомпонентной структурой, социальные представления включают в себя: «сумму знаний об объекте» (информация), эмоциональное отношение к объекту (установка) и поле представления (Донцов, Емельянова, 1987), включающее в себя центральный компонент – *ядро*, обуславливающее суть и причину существования представления. Ядро социальных представлений носит абстрактный характер, не зависит от контекста и не подлежит обсуждению (Московиси, 1993). *Периферийные элементы* социальных представлений, состоят из убеждений, идей и стереотипов и служат для трансформации представлений в актуальные и приемлемые в обществе. Элементы периферии изменчивы и адаптируются к изменяющимся социальным реалиям. Механизм социальных представлений основывается на процессах: анкоринга (якорения) и объективизации, которые связаны с категоризацией нового, с языком, вербализацией и памятью (Московиси, 1995). *Якорение* относится к процессу классификации, в соответствии с которым новое и незнакомое помещается в уже знакомую систему отсчета. И, таким образом, новый объект или событие прикрепляется к существующему социальному представлению. *Объективизация* – процесс экстернализации, посредством которого значение объекта или событие проецируется в мир через образы или суждения. Новая концепция, идеи или события могут быть объективированы доступным способом с целью облегчения смыслообразования (Sammut et al., 2015). Источник социальных представлений – научные знания и убеждения, коренящиеся в традициях, культуре, языке. Здравый смысл вбирает в себя разнообразные типы познания, будь то житейский опыт или научное знание (Бовина, 2010).

Центральная роль в создании социальных представлений отводится коммуникации (Sammut et al., 2012), обеспечивающей «кодом для социального обмена и кодом для однотипного наименования и классификации разнообразных аспектов их мира и их индивидуальной и групповой история» (Московичи, 1973, р.хvii.). С. Московиси выделяет три коммуникативных стратегии, закрепляющие социальные представления. *Пропаганда* – централизованная и идеологическая форма коммуникации, фиксирующая определенную социальную реальность для

общества в политическом плане. *Распространение* – коммуникация, основанная на убеждениях, продиктованных обществом. *Диффузия* – наиболее «свободный» вид коммуникации, допускающий разнообразие мнений. Общество может быть более или менее открытым для альтернативных конструкций объекта или события, выдвигаемых индивидами или группами (Moscovici, 1961; Moscovici, 1976). Вопросы о роли коммуникации в закреплении социальных представлений встают перед исследователями и сегодня: как внедряемые новые идеи в существующие социальные представления, способствуют трансформации ядра представления? Как исторический «след» влияет на ядро и периферийные элементы социальных репрезентаций? С этой точки зрения, понимание социальных представлений может потребовать изучение исторической траектории репрезентаций (Provencher, 2007).

Одним из актуальных направлений в исследовании генезиса социальных представлений, является феномен коллективного символического коупинга, предшествующего представлениям (Gilles et al., 2011). Термин «коллективный символический коупинг» был предложен В. Вагнером, в рамках разработанной им, одноименной теории, базирующейся на концепции социальных представлений С. Московиси и служит для описания процессов, при помощи которых группы интерпретируют новые, незнакомые явления (Wagner, Kronberger, 2001). В. Вагнер указывает ориентированность феномена коллективного символического коупинга на механизмы межличностной коммуникации и СМИ, но в то же время, подчеркивает и их различие: символический коллективный коупинг не применяется ко всему новому вообще, а лишь к инновациям, вызывающим дискурс. Так автор, на примере процесса усвоения обществом новых технологий ГМО, входящих в повседневную жизнь, подчеркивает, что с одной стороны, технологии призваны сделать нашу жизнь более комфортной, но с другой стороны, современные технологии – результат целого комплекса разноплановых научных достижений, о которых обыватели не имеют полной информации. Чтобы восполнить этот дефицит необходимо прибегнуть к изучению тематической литературы, что не всегда доступно большей части группы, не имеющей соответствующего образования. Как указывает В. Вагнер с «новизной» возможно

совладать посредством «материалистического совладания» и «символического совладания». «Материалистическое совладание» – научные достижения, политические и законодательные акты, законы, призванные контролировать и обеспечить безопасность человека. Под термином «символическое совладание» понимается процесс присвоения определенных характеристик новому или малознакомому событию, делающему его понятным и знакомым. Если члены группы не сформировали общего приемлемого представления о явлении, то процесс продолжится путем поиска и присвоения новых характеристик и атрибутов. Таким образом, «символическое совладание» — это коллективная деятельность группы, стремящейся сохранить целостность мировоззрения, социальной идентичности. Символический коупинг не приводит к формированию социальных представлений, но являясь динамичным образованием, позволяет современному обществу в короткий срок перейти от обыденных к научно обоснованным убеждениям (Wagner et al., 2002) при этом, имея «культурную основу» (Емельянова, 2016).

Процесс «коллективного символического коупинга» состоит из четырех последовательных этапов:

1. Этап осведомленности, на котором новое явление вызывает общественную озабоченность, чрезвычайные ситуации выходят на повестку дня в СМИ.
2. Этап дивергенции характеризуется многочисленными и часто несовместимыми суждениями, верованиями, формирующими амбивалентные понятия о явлении.
3. Конвергенция – на данном этапе зарождается единый, доминирующий дискурс, нивелирующий другие точки зрения и мнения на событие.
4. Этап нормализации характеризуется интеграцией представления в обыденное сознание и повседневную жизнь (Gilles et al., 2011).

Однако очередность этих этапов не обязательно протекает линейно. При появлении новой информации и возобновления дискурса, индивидуумы могут вернуться на любую из вышеуказанных стадий (Wagner et al., 2002). Также необходимо учитывать, что на характер символического совладания оказывают влияние ранее существовавшие СП. Подобная модель описания символического

коллективного коупинга полезна для выявления процессов формирования представлений при разнообразных явлениях, оцениваемых обществом как тревожные, угрожающие (Gilles et al., 2011).

Среди современных тенденций развития концепции социальных представлений особый интерес вызывает авторский подход, предложенный Т.П. Емельяновой. Взяв за основу традиционный структурный подход анализа представлений (по Абрику), Т.П. Емельянова предлагает уровневый подход к выявлению специфических структурных образований – эксплицитного и имплицитного уровней социальных представлений. Именно уровневый анализ структуры представлений позволяет выявить их полное содержание, оценить системы убеждений (Емельянова, 2016).

Теория социальных представлений обрела современное преломление в рамках концепции идентичности. Так, Э. Андреули и К. Хриссоху говорят о конструировании национальной идентичности в культурном контексте. Как и социальные представления, национальная идентичность коллективно вырабатывается через социальное взаимодействие и публичный дискурс и служит для сохранения ее однородности или исключительности. Это может создавать препятствия для ассимиляции этнических меньшинств и иметь негативные последствия: вместо сплоченности нации приводит к межгрупповой сегрегации и ограниченному участию национальных меньшинств в социальной и политической жизни страны (Andreouli, Chrysochoou, 2015).

Самая ранняя запись о психическом недуге встречается в священных древних индуистских Ведах (около 1400 лет до н.э.), описывающих больного, который был нагим, грязным, растерянным; на древних клинописных табличках Месопотамии, датированные третьим тысячелетием до н.э. (Adityanjee, Aderibigbe et al., 1999), в трактатах Гиппократ и Авиценны. Началом психиатрической помощи на Руси можно считать «монастырский» период, где больной мог найти приют и уход, осуществляемый силами монахов. Научное изучение психического недуга было положено Ж.-Э. Эскиролем, предпринявшим попытку классификации психических расстройств. Период XIX-XX в.в. ознаменовался трудами зарубежных и

отечественных психиатров Э. Крепелина, Э. Блейера, Э. Геккера, К.Л. Кальбаума, Б.О. Мореля, А.В. Снежневского, В.П. Сербского, С.С. Корсакова и др.

Социально-психологические аспекты психического заболевания стали объектом исследований в XX веке. Так, психоз в понимании З. Фрейда, предстает как временный и диахронический психопатологический процесс, для которого характерна последовательность «двух шагов» (Freud, 1924, p. 184). На первом этапе болезни пациент переживает «внутреннюю катастрофу» (Freud, 1911, p. 70), коллапс всего своего психического мира, на втором этапе бред начинает проявляться в виде «попытки выздоровления... как процесс реконструкции» (Freud, 1911, p. 71). Именно на первом этапе проявляется «ядро» ипохондрии предшествующей шизофрении (Freud, 1911, p. 37): синестетические галлюцинации, дисморфобия и ипохондрические идеи. Таким образом, психоаналитическая теория выдвигает гипотезу о существовании нарушения представления соматических состояний и восприятия общего состояния тела, которое характеризует первую фазу процесса заболевания при психозе (Freud, 1916-1917). Г. Юнг рассматривал возможность психосоматического поражения центральной нервной системы при шизофрении, считая, что мозг, встревоженный бурными конфликтами, будет вырабатывать токсины, которые, в свою очередь, повреждают нервную систему (Jung, 2001). В 1960-1970-е гг. рассматривается роль стрессогенных факторов, способствующий манифестации или рецидиву шизофрении, обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии (Brown, Birley, 1968; Steinberg, Durell, 1968; Tomlinson, Onwumere, Kuipers, 2015). Винг и Браун впервые применили к шизофрении методологию оценки стресса как результата социальной депривации, тем самым оспорив устоявшуюся идею о том, что шизофрения обусловлена лишь биологическими факторами (Wing, Brown, 1970). Роль травмирующих событий в детском возрасте, например, сексуальное насилие или буллинг, могут искажать представления индивида о себе и других, делая мир вокруг «опасным», влияя на интерпретацию событий, приводя к изменению в социальном взаимодействии и повышают риск психического заболевания в будущем (Bebbington, Kuipers, 2008).

В русле социальной психологии немногочисленных эмпирических исследований российских авторов, посвященных изучению социальных представлений о душевном нездоровье, можно выделить работы И.Б. Бовиной и Н.С. Панова.; Т.П. Емельяновой и А.В. Кузнецовой. Социальные представления о ментальной болезни не абстрактные идеи или концепции, но встроенные стратегии и практики, как сознательные, так и бессознательные, способствующие сохранению и легитимизации существующего структурного неравенства в обществе. Изучение структуры социальных представлений о психически больных среди студентов-«психологов» и студентов-«непсихологов» (не имеющих специфических знаний о данном заболевании) в исследовании проведенным И.Б. Бовиной и Н.С. Пановым, позволило авторам выделить ядро и периферийные элементы, выявить их групповую специфичность. Авторы утверждают, что подобные социальные представления в обеих группах респондентов носят негативный окрас, но у «психологов» они опосредованы «через призму социальных характеристик» (Бовина, Панов, 2005, с.114). Тогда как студенты-«непсихологи» имеют менее согласованную, противоречивую структуру представления, описываемую в терминах психиатрии. В обеих группах респондентов демонстрировалась высокая социальная дистанция относительно больных (Бовина, Панов, 2005). Больной с психическим расстройством характеризуется респондентами амбивалентно: негативно, как склонный к агрессии, опасный, но позитивно, как вызывающий жалость, одинокий. Источниками информации для студентов-«психологов» являются профильная учебная деятельность, телевидение и научная литература; для студентов-«непсихологов» телевидение и СМИ.

Результаты исследования, проведенного Т.П. Емельяновой и А.В. Кузнецовой, позволили утверждать, что социальные представления о душевном недуге имеют негативную эмоциональную оценку, при этом стигматизация больных происходит на основе отнесения их к маргинальной группе «ненормальных» и «неадекватных», без упоминания об агрессии или исходящей от них опасности. Играть роль и половозрастные характеристики респондентов: для женщин характерно наличие более позитивной эмоциональной оценки, чем для

мужчин. Респонденты, имеющие детей или внуков склонны проявлять более высокую степень сочувствия. При этом для всех возрастных групп респондентов характерно восприятие психически больного, как нездорового человека, нуждающегося в стационарном лечении, то есть изоляции больного, что также демонстрирует общественное отторжение данной группы. Авторы также указывают на явление «эмоционального диссонанса», не проявляющегося на поведенческом уровне, но который ощутим субъектом, как разногласие компонентов поля социального представления. Так, респонденты декларировали готовность оказать поддержку и сочувствие таким больным, но при этом имели тенденцию к отказу от взаимодействия с больным. Порождаемый ментальным диссонансом дискомфорт и опасения нуждаются в компенсаторных психических механизмах. Ментальный диссонанс относительно психического нездоровья, по мнению авторов, имеет многоуровневую сочетанную структуру «современных знаний и образов коллективной памяти» (Емельянова, 2016, с.437), и является проявлением феномена когнитивной полифазии (Jovchelovitch, 2015).

Одним из наиболее известных зарубежных эмпирических исследований в русле теории социальных представлений является исследование социальных представлений о безумии, проведенное Д. Жодле в «семейной колонии», базировавшейся в Айне-ле-Шато, в центральной части Франции. Основанная в 1900 году колония была призвана обеспечить уход за пациентами вне стен больницы, позволив им проживать в семьях местных жителей («приемных родителей»), и получавших минимальную оплату. Таким образом, была создана уникальная возможность для понимания процессов совместного проживания членов общества в непосредственной близости с ментальными больными, позволившая исследовать типы социальных представлений. В рамках четырехлетнего исследования автор осуществляла наблюдения за типами межличностных контактов с душевнобольными пациентами как в их «приемных» семьях, так в обществе. Наряду с анкетированием медицинского персонала и членов «приемных» семей, был применен историко-архивный метод изучения жизни колонии посредством анализа документов. Д. Жодле описывает картину

массовой социальной изоляции больных в изучаемом сообществе, жизненный уклад которого отражал различные способы совладания, приводящие к психосоциальной дистанции в отношении психически нездоровых людей. Так, члены сообщества публично выражая терпимость и толерантность к вопросу психического нездоровья, в случае совместного проживания с больным часто испытывают тревогу и дискомфорт. Это может не выказываться и даже не осознаваться «здоровыми» членами коммуны, но проявляется в определенных действиях и ритуалах, позволяющих оградиться от душевнобольных. По мнению Д. Жодле, проникновение безумия в частную жизнь семьи внушает чувство страха, уязвимости перед лицом агрессии и непредсказуемости поведения со стороны больных, что приводит к потере контроля над «нормальностью» жизни приемной семьи. Потому, создаваемые «ритуалы» позволяют обрести контроль «приемным родителям» в их взаимоотношениях с душевнобольными, которые формально являются «членами семьи», но путем организации повседневной жизни и разграничении жизненного пространства остаются надежно изолированными. Автор приводит примеры подобной изоляции: отдельный прием пищи, мытье столовых приборов, чистка одежды квартирантов отдельно от остальных членов семьи, захоронение на обособленной территории и т.д. Наряду с бытовыми запретами существуют строгие социальные табу в отношении эмоционального и сексуального контакта с жильцами (Jodelet, 1991). Подобное символическое разделение пространства – ключевой механизм сплочения общины для сохранения своего доминирования. Местные жители используют понятие «размещение» двояко: для обозначенного своего геосоциального пространства и размещение в иерархии социальных отношений, устанавливая свою «законную» власть над душевнобольным (Wagoner, 2015). Решая, брать ли жильцов, местные жители обращаются за советом к членам своей общины, уже имеющим подобный опыт (Jodelet, 1991). Полученная таким образом информация служит для дальнейшей категоризации сообщества душевнобольных, а также методы и способы их контроля. То, что начинается как «рецепт» обращения с жильцами превращается в правила и нормативные конвенции. Чем больше опыта взаимодействия местные

жители имеют с жильцами, тем чаще они будут использовать нормативный язык законов, правил и принципов в борьбе с душевнобольными. Таким образом, передача знаний инициируется посредством совета, трансформирующегося в формализованное правило. Исключения из правила табуировано, поскольку угрожают стиранию символической границы между местными жителями и их постояльцами (Wagoner, 2015). Репрезентация душевнобольных «иными» гарантирует безопасность, создавая резкую демаркацию между безумием и здравомыслием, является способом символического совладания с угрозой и служит оправданием таких социально-психологических процессов «насилия»: как маргинализация и социальное бесправие психиатрического больного. Глубинные страхи относительно психического заболевания проявляются при непосредственной близости больного и противодействуют его социальной и психологической интеграции в общество (Morant, 1996). Примечательно, что и «приемные родители» неохотно говорят о психическом заболевании что, по мнению автора, может быть вызвано чувством стыда. В основе их понимания психического нездоровья не лежат знания психиатрии, поскольку состояние своих постояльцев они не описывают с помощью психиатрической терминологии, а психическое заболевание представляется ими как перманентное состояние, влияющее на все существо человека, делая его неисправимо ненормальным.

В данной общине восприятие психических заболеваний основано на трехкомпонентной модели человеческого организма, включающей головной мозг, физическое тело и нервную систему. Это приводит к формированию доклинической системы убеждений, в которой отсутствует пространство для аффективных аспектов человеческого существования. Современные медицинские знания продолжают циркулировать, однако они остаются вторичными по сравнению с устойчивыми традициями и верованиями. Например, несмотря на осознание приемными семьями того, что психические заболевания не являются заразными, их взаимодействие с постояльцами происходит так, как если бы имелась угроза инфекционного заражения. С медицинской точки зрения инфекционный риск отрицается, однако сохраняется мистический страх передачи

через визуальный контакт или биологические жидкости, что может свидетельствовать о пережитках средневековых представлений о душевнобольных как потенциальных источниках опасных заболеваний (Morant, 1996; Фуко, 2010). Подобное поведение и есть проявление когнитивной полифазии, облегчающей процесс проживания с душевнобольным, позволяя и узаконивая сосуществование различных рациональностей и различных типов знаний у членов «приемных семей», что будет рассмотрено нами отдельно в данной главе. Исследование о безумии, проведенное Д. Жодле позволило изучить модели межличностного взаимодействия и содержание социальных представлений о психическом недуге в обыденной жизни, но основным его недостатком является исключение из него самих душевнобольных. Принимая во внимание лишь группу респондентов-«приемных родителей», автор повышает риск маргинализации и дискриминации больных. Несмотря на это, выводы Д. Жодле позволили выявить имплицитные глубинные системы убеждений относительно психического заболевания.

Социальные представления — конструкции, конструируемые в обществе, отражающие коллективное восприятие и отношение к разнообразным аспектам окружающей действительности. Теория социальных представлений акцентирует внимание на значении иконических аспектов в формировании социальных представлений (Moscovici, 1984), на вербальных и визуальных формах коммуникации, подчеркивая значение визуальных материалов в восприятии социальной реальности (Sakki et al., 2014). Звуковые и визуальные элементы также формируют социальные знания (de Rosa, Farr, 2002). В результате процесса объективации социальные представления получают образное ядро, что подразумевает наличие конкретного восприятия социальных объектов, которое со временем натурализуется, облегчая взаимодействие между членами социальной группы (Moscovici, 1984). Образы проникают в общественное сознание, укореняясь в коллективной памяти (Moscovici, 1984), позволяют представить визуальный образ и его эмоциональное восприятие, выступая способом выражения ассоциативных значений, опосредованных культурным контекстом (Kress, 1996). Визуальная образная коммуникация способна порождать схожие чувства и эмоции

у индивидов, принадлежащих к разным группам; позволяет выявить полемические и эмансипирующие представления, выходящие за рамки рационального мышления (Martikainen, 2020) и постичь неосознаваемые и/или вытесненные мысли и эмоции (Gunay, 2020). Значения визуальных образов тесно связаны с социальными и историческими контекстами (de Rosa, 2014). На основе визуальных материалов (изображений, фотографий и проч.) возможно выявление бессознательных и социально нежелательных социальных представлений (Raty et al., 2012; Sakki et al., 2014). Так исследования социальных представлений через изучение рисунков психически больного (de Rosa, 1987) позволило визуализировать сам объект изучения и интегрировать вербальный и образный компоненты (Galli, Fasanelli, 2022).

Эмпирическое исследование, проведенное А.-М. Де Роза, раскрывает исторически обоснованные, доклинические и эмоционально насыщенные содержания социальных представлений о психическом нездоровье. Респондентам (дети и подростки в возрасте 5–16-ти лет) было предложено нарисовать фигуры «человека», «сумасшедшего» и создать рисунок от лица психически больного, что, как отмечает автор, позволило избежать процессов рационализации, присутствующих в словесных методиках, тогда как проективные, неструктурированные и невербальные методы обеспечили доступ к скрытому семантическому ядру изучаемых социальных представлений (de Rosa, 1988, 1991). Анализ представленных рисунков показал неоднородность представлений о заболевании, связанных с темами инаковости и опасности, имеющие также и исторические корни. Следы архаичных образов, которые в настоящее время слабо выражены, оказались доминирующими в представлениях о психическом заболевании, коренящихся в древних системах верований и предстающих в магически-фантастических, чудовищных, демонических образах. А.-М. Де Роза отмечает схожесть современного изображения и образами безумия во времена Средневековья, что ярко иллюстрирует исторически обоснованное постоянство ядра социальных представлений о психических расстройствах. Автор отмечает, что на рисунках, вне зависимости от возраста респондента, психические расстройства

наряду с чудовищными образами, широко представлены деформированные и полиморфные фигуры, «бесов» и людей, одержимых демоническими силами. Общая тема рисунков – отклоняющееся поведение больного. Однако некоторые рисунки демонстрируют амбивалентное отношение респондентов к психическому недугу. Лица с психическими заболеваниями представлены как «другие», но в нейтральном образе: гений, шут, художник, тем самым подразумевая их связь с творчеством или искусством. Данное исследование демонстрирует архаичность образов о душевном нездоровье, но также выявляет методологический изъян: предлагая респондентам изобразить человека и «безумного», автор подчеркивает, что психически больной отличается от «нормальных» людей, что могло сказаться на результатах исследования (Morant, 1996).

Анализ визуального изображения и его вербальной интерпретации позволяет выявить их разнонаправленность, обозначив имплицитные или социально неприемлемые представления. Так, исследование Дж. Мартикайнена показало, что созданные участниками рисунки отражали их подсознательные убеждения и эмоции, которые не всегда совпадали с их вербальными описаниями. Это привело автора к выводу о том, что визуальные и вербальные представления могут быть разными, а их сравнение может помочь выявить скрытые или подавленные аспекты социальных представлений (Martikainen, 2020). Таким образом, визуальные методики представляют собой ценный инструмент для исследования социальных представлений, дополняющий традиционные вербальные методы, позволяющие не только зафиксировать содержание представлений, но и получить представление об их эмоциональной и ассоциативной составляющих.

Поскольку психическое нездоровье, как и любое другое заболевание, требует медицинского вмешательства, стало актуальным исследование подобных социальных представлений у медицинского персонала, проведённое Н.Дж. Морантом, который приводит интегративную причинно-следственную модель психического недуга. Данная модель включает в себя следующие факторы: семейные, генетическая предрасположенность, стрессоустойчивость. Респонденты-медики основными факторами, приводящими к манифестации

заболевания, считают негативные семейные и детско-родительские отношения, жестокое обращение с детьми, эмоциональную холодность. Упомянутый респондентами фактор «низкий уровень стрессоустойчивости», по мнению Н. Дж. Моранта, дифференцирует душевнобольных как людей более слабых, не имеющих необходимых навыков для преодоления стрессогенных факторов. Понятие «стресс» обеспечивает связь между социальными обстоятельствами и психическим состоянием индивида. Стресс описывается, как хроническое состояние, характерное для острой реакции на ситуацию и часто упоминается медперсоналом, как триггер заболевания или рецидива. При этом, наряду со стрессом, отмечается и роль социальных факторов, способствующих повышению риска развития заболевания. Нередко упоминание о душевном нездоровье в социальном ключе опирается на антипсихиатрическую аргументацию, в которой болезнь является формой девиантности или характерна для представителей низших слоев общества. В большей степени респондентами упоминаются следующие факторы: безработица, нищета, отсутствие жилья, т.е. социокультурная маргинализация (Morant, 1996). Недавнее исследование Каллаи и соавторов, подтвердило и дополнило выводы Н. Дж. Моранта: медицинский персонал из-за противоречивости репрезентаций о психическом больном испытывает когнитивный диссонанс, что затрудняет исполнение ими профессиональных компетенций и соблюдение этических норм (Kallai et al., 2023).

Ряд исследований о душевном нездоровье, выполненных в русле теории социальных представлений, свидетельствуют том, что многочисленные, неоднородные представления о психическом недуге объединены темами ненормальности и «инаковости». Данная проблематика раскрывается в исследовании, проведенном в 80-х годах XX века. Метод словесных ассоциаций позволил выявить слова-«маркеры», характеризующие самого респондента, здорового человека, ментально больного, «безумного» и соматически больного. Исследование ассоциаций продемонстрировало, что понятие «нормальность» связано с позитивными характеристиками, такими как интеллект, альтруизм и щедрость, а также с социальным принятием, включая такие качества как,

вежливость, общительность и трудолюбие. В противоположность этому, ментальные расстройства и безумие воспринимаются как «ненормальность» и описываются через негативные термины, что подразумевает социальную стигматизацию пациентов и представляет собой потенциальную угрозу. Термины, ассоциирующиеся с соматическим и психическими заболеваниями, демонстрировали их противопоставление друг другу. Так, психическое нездоровье описывалось с точки зрения социальной девиантности (опасный, необщительный, странный, агрессивный), тогда как физический недуг описан сострадательными терминами (слабый, грустный, бледный). В данном исследовании также обнаруживается доклиническая структура знания, ассоциирующая «безумие» с девиантностью (Petrillo, 1987). Таким образом, безумие и ментальное нездоровье различно трактуется обывателями. «Безумец» характеризуется, как субъект «иррациональный», «опасный», «агрессивный», тогда как человек с ментальным заболеванием – «другой», «неадаптированный», «проблемный» (Ayesteran, Paez, 1986).

Подобное понимание психического нездоровья описано в книге М. Фуко «История безумия в классическую эпоху», где помимо лечения анализируется и социальное положение психически больных. Вплоть до XIX века психические заболевания ассоциировались с потерей разума, смертью, сексуальными перверсиями. Для общества того исторического периода были характерны ценность труда и рациональность. Психические расстройства противоречили подобным нормам и не соответствовали существующей системе взглядов, что обуславливало «инаковость», маргинализацию и бесчеловечному обращению с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Психические заболевания воспринимались как угроза для общества и ассоциировались с чувством стыда, вины и стигмой (Фуко, 2010). Своего рода ответом общества на подобное нарушение установленных норм и свода правил и стала стигматизация больного (Scheff, 1966). Как только индивид получает подобный статус «психически больного» общество приписывает ему определенные стереотипы поведения, автоматически причисляя любые признаки отличающегося общепринятого

поведения к «ненормальности». Таким образом, психическое нездоровье предстает не просто медицинской, но моральной и социальной категорией (Sedgwick, 1982), являясь ярчайшим примером «испорченной идентичности», дискредитирующей личную жизнь больного, его социальную идентичность, межличностные отношения (Goffman, 1963).

В описанных нами выше эмпирических исследованиях, в ядре социальных представлений о душевном нездоровье, главенствующими являются негативные, эмоционально заряженные репрезентации. Наряду с современными медицинскими знаниями, формирующими социальные представления, сосуществуют темы, проистекающие из доклинической, архаичной системы убеждений, до сих пор являющимися одними из главенствующих компонентов современных СП (Morant, 1996). Таким образом, подобные представления могут иметь не только социальные последствия для душевнобольных, становясь барьером для трудоустройства, образования, лечения, участия в общественной жизни в целом; но и психологические, поскольку отражают общепринятые понятия о здоровье и болезни, маргинализируя группу душевнобольных.

Ярким примером отвержения психически больных может служить дегуманизация – процесс, посредством которого происходит «лишение» человеческих качеств или приписывание нечеловеческих черт представителям отдельных групп общества, оправдывающих агрессию по отношению к ним. В основе этого лежит восприятие индивида\группы как недостаточного «человечного» по сравнению с членами внутренней «своей» группы (Borinca et al., 2023). Дегуманизирующие представления приписывают членам таких групп меньшее количество уникальных человеческих качеств. Дегуманизация проявляется как в скрытой форме, когда субъекта или членов группы частично лишают человеческих черт, так и в явной, при которой «нечеловеческая» группа описывается в угрожающих или уничижающих выражениях, им отказывают в сочувствии и поддерживают действия, способные причинить им вред (Borinca et al., 2023). Приписывание членам группы или субъекту «животных» характеристик, лишая их «интеллекта, языка, рассуждения, эмоций» является «анималистической»

дегуманизацией и ассоциируется с чувством отвращения. Отрицание индивидуальных черт человеческой натуры – «механистическая» разновидность дегуманизации, способствующая увеличению психологической дистанции (Haslam, 2015).

Медицинские работники также склонны к дегуманизации относительно пациентов (Lekka et al., 2022) для предотвращения или преодоления профессионального выгорания (Lekka et al., 2021). Процесс дегуманизации пациентов со стороны медиков проявляется при речевом взаимодействии в форме намеренного употребления ласкательно-уменьшительных слов и др., необоснованной агрессии в адрес больного или злоупотреблений в ходе назначения медикаментозного лечения, дискриминации по расовому или этническому признаку (Haque, Waytz, 2012). ИмPLICITНЫЕ установки и убеждения проявляются не только в вербальном, но и в невербальном (дистанцирование, избегание зрительного контакта) и паравербальном (скорость и тон речи) поведении медицинских работников. При этом, приписывание пациентам более «низкого человеческого» статуса является в значительной степени бессознательным эффектом (Hagiwara et al., 2013).

Дегуманизация традиционно рассматривалась в контексте межгруппового конфликта, но интересен взгляд Н. Хеслема, который видит дегуманизацию, как процесс межличностного взаимодействия, обуславливающий социальную изоляцию и отвержение группой (Haslam, 2015). А. Бандура рассматривал проявление дегуманизации пациентов со стороны медперсонала, как способ совладания со стрессом, который возникает из-за неизбежности наблюдения за физическими и психологическими страданиями пациентов; как функцию для уменьшения чувства вины, возникающей из-за необходимости причинения боли пациентам при выполнении медицинских манипуляций (Bandura, 1999).

1.2. Феномен амбивалентности и двойственности в психологии

Термины «амбивалентность» и «двойственность» часто используются как синонимы, но эти понятия имеют концептуальные различия (Pinheiro, de Moura

Batista, 2021): амбивалентность личностных особенностей и двойственность сознания индивида (Мухина, Хвостова, 2013). Изначально «амбивалентность» выступала термином для описания характеристик индивидуумов с психическими расстройствами, как характерная черта при шизофрении: амбивалентность «эмоциональная», «волевая», «интеллектуальная» (Bleuler 1911/1950, p. 53–54); при меланхолии (Freud, 1917/1959, с.161) и невротических расстройствах (Arieti, 1975, p. 16). Последующее изучение вопроса показало, что амбивалентность присуща здоровым индивидам (Adams С., 2022), детям (Harriman, 1965), подросткам (Kiell, 1969), определенным сообществам (Hanks, 1986).

Примером амбивалентности может служить механизм компартиментализации – системы организации положительных и отрицательных знаний о себе в отдельные категории. Пока активируются позитивные категории, доступ к негативной информации должен быть сведен к минимуму. Таким образом, компартиментализации понимается, как механизм, позволяющий индивиду придерживаться противоречивых взглядов и идей о себе без осознания чувства вины, стыда или тревоги (McWilliams, 2011), позволяя иметь несколько сосуществующих, но конфликтующих между собой мнений (McWilliams, 2011) и может отражать форму защитного избегания (Dummel, Stahl, 2019), оказывая влияние на эмоциональное состояние, самооценку и поведение, например, в случаях когда индивид прибегает к неконвенциональной или конвенциональной медицинской помощи (Антонова, Ерицян, 2023). Трудности при принятии решения у индивида могут возникать из-за «моральной» амбивалентности, приводящей к сомнениям о том, каких ценностей придерживаться самому, как оценивать действия других и, в конечном счете, какой выбор будет сделан. Чем более амбивалентны установки индивида, тем меньше у него уверенности в своих моральных суждениях (Makins, 2021). Так, в исследовании М. Содер о предубеждении касательно инвалидов показано, что отношение к ним интерпретируется не с точки зрения предрассудков, а именно амбивалентности, где реакция на людей с инвалидностью рассматривается как результат конфликта ценностей (Soder, 1990). Амбивалентность, основанная на когнитивной (не

аффективной) информации, может быть стратегией для оправдания подавления предвзятости отношения и маскирует дискриминационный характер негативных поведенческих тенденций относительно аутгруппы. При высоком уровне предубеждений проявляются негативные поведенческие тенденции, направленные вовне (Costarelli, Gerlowska, 2015). Стиил и Хелмут, предлагают рассматривать амбивалентность как социально-структурную конструкцию, которая свидетельствует о возникновении условий для социальных изменений (Steele, Helmuth, 2019).

Примером двойственности сознания выступает теория когнитивного диссонанса, которая начиналась с постулирования того, что пары когний (элементов знания) могут быть релевантными или не относящимися друг к другу. Пары когний релевантны если одно вытекает из другого, и они диссонируют если когнии противоположны. Существование диссонанса, будучи психологически некомфортным, побуждает человека уменьшить диссонанс и приводит к избеганию информации, которая может усилить его. Чем больше величина диссонанса, тем сильнее давление, направленное на уменьшение (Festinger, 1957). При возникновении когнитивного диссонанса у индивидуума при несоответствии его религиозных установок и социального поведения (Yousaf, Gobet, 2013) ключевыми эмоциями часто являются стыд и вина (Sherry et al., 2012).

Образец двойственности также представлен в романе Дж.Оруэлла «1984», который описывал принцип «двоемыслия» (характерный для индивидуального и массового сознания), как умение одновременно придерживать двух противоположных убеждений (Оруэлл, 1989, с.148). Двоемыслие рассматривается Д. Хорошиловым, как историческая форма когнитивной полифазии и выступает как «... преадаптация к социальной неопределенности» (Хорошилов, 2022, с. 166).

1.3. Феномен когнитивной полифазии в концепции социальных представлений

Основной целью исследования С. Московиси (Moscovici, 1976) была реабилитация здравого смысла (Jovchelovitch, 2008) и иллюстрация того, что не только интеллектуалы и ученые, но и обычный человек – «наивный ученый», склонен мыслить рационально (Moscovici, Markova, 2000, с. 228). С. Московиси ставил задачу выделения характеристик обыденного мышления, не использующего науку как привилегированную модель познания. Различная модальность мышления определялись взаимодействием с социальным объектом (о котором шла речь), коммуникативными процессами и отношениями между индивидуумом и социумом. Цель состояла не в том, чтобы найти единую логическую систему, которая «эволюционирует» в своем развитии, но выделить законы сосуществования нескольких логических систем (Moscovici, 1961/2008), поскольку противоречия в убеждениях, верованиях и представлениях – неотъемлема часть социокультурной сферы, зарождающейся в процессе межличностной и межгрупповой коммуникации. Все новое или малознакомое является ключевым мотивирующим аспектом познания, инициируя дискурс, а современные каналы коммуникации делают этот процесс более динамичным, одновременно акцентируя наше внимание на противоречиях между уже сложившимися социальными представлениями и новизной, что и является когнитивной полифазией (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2015). И. Маркова предполагает, что когнитивная полифазия должна рассматриваться как предпосылка, позволяющая выявить условия, которые приводят к разнообразию способов мышления и познания (Markova, 2008). С. Московиси в 60-70-х годах XX столетия выдвинул гипотезу о когнитивной полифазии, которая стала объектом изучения В. Вагнера (Wagner et al., 2000), Йовчелович (Jovchelovitch, 2001), А.-М. Де Роза (de Rosa, 2012), внеся значительный вклад, как в концепцию социальных представлений в частности, так и в социальную психологию в целом (Provencher, 2007).

Феномен когнитивной полифазии, предложенный С. Московиси перекликается с идеями Л.С. Выготского относительно сосуществования житейских и научных понятий (Выготский, 2005) и Л. Леви-Брюля о разноплановых типах мышления (Леви-Брюль, 1980), однако противостоит точке зрения Ж. Пиаже и Э. Дюркгейма, утверждавших последовательность стадий познания, где «низшие» формы мышления вытесняются «высшими» (Morant, 1996). С. Московиси утверждал, что процесс познания не является линейным, и «формы знаний могут быть взаимосвязаны, но не идентичны. Их следует интерпретировать в контексте применения и функций, которые они выполняют» (Цит. По: Jovchelovitch, 2001, с. 15). В его концепции феномен когнитивной полифазии подразумевает динамическое сосуществование различных способов познания как внутри одной группы, так и у отдельного индивида в отношении конкретного социального объекта (Moscovici, 1976). Пример когнитивной полифазии, приводимый С. Московиси, объясняет повышенный интерес в постиндустриальном обществе к псевдонаучным дисциплинам (астрология, графология, траволечение), классифицируемые им как «новая магия». Автор указывает на растущую популярность нового типа магии как доказательство того, что научное знание не всегда доминирует. Магическое мышление позволяет человеку чувствовать больший контроль над своей жизнью, обрести веру в успех (Московиси, 1992) в то время, как научное познание нередко противоречит убеждениям, связанными с преобладающими социальными репрезентациями личности в современном обществе (Moscovici, 1992). И в таком случае, явление когнитивной полифазии может являться способом, позволяющим применять два этих типа знания для осмысления социальной реальности (Provencher, 2007). Необходимо отметить, что в традиционных обществах доминирует «философско-теологическое знание», тогда как научное знание занимает более «низкое» положение в иерархии. Напротив, научное знание выходит на первый план в индустриальных и господствует в постиндустриальных обществах. Г. Гурвич подчеркивает взаимовлияние этих двух типов знания, при этом их смена происходит путем трансформации, благодаря которой мы можем наблюдать в

современном обществе способ мышления и убеждения, характерные для традиционного (Gurvitch, 1971). Однако, не стоит ожидать, что в историческом развитии один тип познания может стать единственным (Moscovici, 2000), и, как утверждает С. Московиси, «сосуществование когнитивной системы должны быть скорее правилом, чем исключением» (Moscovici, 2008, p.189).

Современное изучение феномена когнитивной полифазии значительно обогатилось исследованиями из различных областей психологической науки. Так, экспериментальное исследование феномена когнитивной полифазии в рамках когнитивной психологии продемонстрировало сосуществование убеждений различных модальностей, как у детей и подростков, так и взрослых (Rosengren, Gutierrez, 2011; Evans, Lane, 2011). Вопрос о социокультурных аспектах феномена когнитивной полифазии затрагивается в исследовании С. Йовчелович и Дж. Приего-Эрнандес. Авторы утверждают, что социальное познание является по своей сути адаптацией к тому или иному историческому этапу развития общества и когнитивная полифазия – результат этого процесса, «примиряющая» спорные, сложные и культурно разнообразные вопросы (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2015). Например, реклама кампании сексуального здоровья является крайне спорной для сельской католической общины Мексики, но во многих медицинских центрах католические образы святых соседствуют с подобной рекламой. Однако в контексте здравоохранения медицинские и религиозные репрезентации являются необходимыми и, несмотря на свою «несовместимость» эффективно сосуществуют в обыденной жизни (Priego-Hernandez, 2017). Феномен когнитивной полифазии рассматривается в исследовании нелегальных сообществ бразильских трущоб (фавел) в Рио-де-Жанейро, результаты которого, демонстрируют, что представители данных сообществ реагируют на подобную урбанистическую сегрегацию путем разработки двух различных типов представлений и моделей поведения: для фавел и для города. Однако подобные контрастирующие социальные представления не конкурируют между собой, а выступают ресурсом и стратегией для преодоления дискриминации (Jovchelovitch, Priego-Hernandez,

2013). Португальские ученые рассматривают сосуществование разнонаправленных социальных представлений о праве на здоровье, которое предоставляется гражданам и ограничивает права лиц без гражданства или с «ограниченным» гражданством, до более широкой концепции здоровья как универсального права человека. Что касается доступа к услугам здравоохранения как выражения этого права, то также были отмечены противоречивые тенденции, которые ограничивают такой доступ мигрантам путем создания маргинализирующего барьера для этих лиц (Arenhart et al., 2022).

Среди разновидностей когнитивной полифазии выделяются следующие:

1. Селективное преобладание – наиболее распространенный вариант сосуществования и взаимодействия различных систем знаний в сознании, сосуществуют параллельно, не смешиваясь друг с другом.

2. Гибридизация – эта разновидность когнитивной полифазии предполагает активное взаимодействие между системами знаний. Они не просто сосуществуют, но формируют единое «смешанное» поле новой формы познания.

3. Вытеснение – форма, при которой доминирующая система знаний вытесняет альтернативные представления из репрезентативного поля (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2013).

Авторы предполагают, что одним из результатов когнитивной полифазии является когнитивный диссонанс, выступающий как один из способов преодоления и реагирование на динамическое сосуществование идей, модальностей мышления и эмоций. Сопоставление когнитивной полифазии и когнитивного диссонанса требует дальнейшего изучения (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2013).

Еще одна точка зрения на сущность когнитивной полифазии, представлена в исследовании А. Гиллесли, направленном на выявление семантических барьеров в различных видах когнитивной полифазии и их связи с идентичностью. Семантические барьеры – структуры, препятствующие диалогу между существующим и новым, альтернативным представлением. Примерами подобных барьеров могут выступать: жесткая идеологическая оппозиция, стигматизация и дробление представления на обособленные категории. Подобные стратегии

позволяют людям изолировать альтернативные представления, избегая конфронтации (Gillespie, 2008). Однако, «это не означает, что люди становятся более открытыми к альтернативным представлениям... более терпимыми или более гибкими в своем мышлении» (Gillespie, 2008, p.389). Автор приходит к выводу о том, что существует множество полифазий с точки зрения степени диалога между основным и альтернативным представлениями. Таким образом, А. Гиллеспи сформулировал полифазию как сосуществование множественных представлений, в то время как С. Йовчелович (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2013) с точки зрения множества рациональностей. То есть, первые сравнивают представления о целевом объекте, тогда как вторые сравнивают используемую логику.

Ярким примером когнитивной полифазии в различных культурах являются социальные представления относительно болезни и здоровья. Исследование представлений среди представителей китайской общины в Англии показывает, что каноны классической китайской медицины, народные верования и современные медицинские знания объединились, чтобы сформировать гибридное представление о здоровье и болезни, глубоко переплетенное с вопросами сохранения, передачи и трансформации культурной идентичности. С одной точки зрения, основная функция традиционного взгляда на здоровье и болезнь – необходимость сохранения национальной идентичности, представляющая респондентам возможность вновь соприкоснуться со своей культурой, в процессе интеграции в британское сообщество. С точки зрения традиционного понимания здоровья и болезни, основная функция заключается в поддержании национальной идентичности. Это предоставляет респондентам возможность заново соприкоснуться с их культурой в процессе интеграции в британское общество. Данная дилемма, связанная с идентичностью и представлением здоровья и болезни, затрагивает ключевые аспекты повседневной жизни, такие как культура питания, а также важные элементы социальной организации, включая семейные отношения и традиционные ценности. С другой точки зрения, приверженность китайской медицине демонстрирует представление о том, что современная медицина не

является панацеей и не гарантирует благополучный исход. В этих случаях использование традиционных знаний и практик позволяет чувствовать себя комфортно и безопасно. Авторы указывают, что менее интегрированные члены сообщества, не видят противоречий в использовании этих двух типов знаний. Тогда как, респонденты с более высоким уровнем интеграции все еще пытаются сохранить смысл в своей национальной идентичности и амбивалентны в своих убеждения, рассматриваемых ими как «суеверие», но все еще признаваемых. Так, старшее поколение строго придерживается традиционных способов профилактики и лечения, а молодое поколение придерживается традиций в семейном контексте. В данном исследовании имеет место быть такая разновидность когнитивной полифазии, как гибридизация, переживаемая индивидом, включающая в себя групповую социальную репрезентацию, состоящую из различных типов знаний и потребности в национальной идентичности (Gervais, Jovchelovitch, 1998).

Исследование феномена когнитивной полифазии относительно психического нездоровья, осуществленное В. Вагнером, контрастирует с описанным выше. Специфическая природа индуистской религии и философии обеспечивают мощную матрицу традиционных репрезентаций относительно здоровья и болезни, и в особенности, психического нездоровья, которая противостоит западным научно-медицинским знаниям. В. Вагнер и соавт. (Wagner et al., 1999; Wagner et al., 2000) наблюдали сосуществование современных и традиционных типов знания в представлениях о психическом заболевании. Социальные представления включали понимание значительной роли современных научных знаний, отождествляемых с прогрессом. Однако, В. Вагнер указывает на влияние традиционных знаний о душевных болезнях и методах их лечения на репрезентации респондентов, несмотря на их принадлежность к «хорошо образованному» среднему классу (Wagner et al., 1999, p .434). Изучение китайской общины в Великобритании демонстрирует, что знания в этой сфере тесно связаны с семейными ценностями и традициями. Социальные представления о традиционных методах лечения охватывает концепцию «гегемонистской структуры знания» (Wagner et al., 1999, с. 437), что подчеркивает его директивный характер и сопоставимо с коллективными

представлениями Э. Дюркгейма. В исследовании выявляется четкая граница между двумя социальными репрезентациями психических заболеваний: «традиционной» (включающей семью и друзей) и «современной» (сосредоточенной на обществе). Когнитивная полифазия здесь проявляется в контексте противостояния традиции и современности, но в рамках однородного этнического и культурного контекста, в отличие от китайской общины в Англии. Для формирования новой социальной репрезентации психиатрии и психиатрического лечения необходимо интегрировать как традиционные взгляды на психические заболевания, так и современные научно-медицинские подходы (Wagner et al., 1999).

Таким образом, можно говорить о многогранности когнитивной полифазии: в исследованиях М.-С. Жерве и С. Йовчелович китайской общины, когнитивная полифазия выступает как фактор, интегрирующий различные типы знаний и рациональностей в единое и однородное социальное представление (Gervais, Jovchelovitch, 1998). Напротив, социальные репрезентации о психическом нездоровье, выявленные В. Вагнером и его коллегами, еще предстоит объединить в единое представление (Wagner et al., 2000). В исследовании Д. Жодле, описанном нами выше, традиционные знания используются для оправдания социальной изоляции больных в общине и поддержания «правильности» поведения «здоровых» (Jodelet, 1991).

Выводы к главе 1

1. Концепция социальных представлений, ставшая новой парадигмой в социальной психологии, сместила вектор с бихевиористского в сторону социального подхода, сделав общество объектом изучения. В рамках данной концепции нашли свое развитие целый ряд актуальных в XX-XXI вв. исследований, отвечающих современным этапам развития общества: о науке и технологии, о здоровье и болезни, феномена когнитивной полифазии, феномена коллективного символического коупинга.
2. С. Московиси, взяв за основу концепции социальных представлений идеи Э. Дюркгейма о коллективных представлениях, заменяет их понятием

«социальные представления», служащими для сближения индивидуального и социального миров. Имея трехкомпонентную структуру, социальные представления включают в себя информацию, установку и поле представления (ядро и периферические элементы). Основные понятия социальных представлений включает в себя: «якорение» – закрепление новых идей, сведение их к знакомым категориям и образам, делая привычными и «объективация» для превращения некоего абстрактного в конкретное, существующее в физическом мире. Социальные представления, таким образом, понимается не только как структура, но и как процесс.

3. Социальные представления не возникают вне коммуникации. Потому, ключевая роль в формировании социальных представлений отводится процессам коммуникации, таким как: пропаганда, распространение и диффузия, не только передающим, но и формирующим представления, делая их социальными и разделяемыми общественным большинством.
4. Актуальным направлением в развитии концепции социальных представлений является исследование феномена коллективного коупинга, предшествующего представлениям. Коллективный символический коупинг служит для описания процессов интеграции новых явлений и опирается на механизмы межличностной и межгрупповой коммуникации и СМИ (в этом их схожесть с концепцией социальных представлений), но применяется лишь к вопросам, вызывающим общественный дискурс (в этом их различие). Модель коллективного символического коупинга необходима для выявления процессов формирования социальных представлений относительно явлений, оцениваемых как угрожающие.
5. Особый интерес представляют исследования социальных представлений о психическом нездоровье, способствующие сохранению и легитимизации структурного общественного неравенства. В работах отечественных и зарубежных авторов отражено, что социальные представления о психическом заболевании несут в себе выраженный негативный

эмоциональный заряд, и наблюдается рассогласованность компонентов поля представления.

6. Социальные представления о болезни являются ярким примером когнитивной полифазии, которая предполагает динамичное сосуществование познаний различных модальностей к определенному социальному объекту и служит для примирения спорных культурно разнообразных вопросов либо, напротив, для оправдания социального общественного неравенства.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЛИГИИ И РЕЛИГИОЗНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ

2.1. Психологические аспекты религии и религиозности

Религия, являясь формой общественного сознания, по своей сути «есть сумма истин и императивов», опосредующих поведение, мышление, эмоционально-волевою сферу личности (Андреева, 2000; Бровченко, 2017; Chen, Huang, 2019), оказывающее духовно-нравственное влияние (Дворецкая, 2006). Являясь не только психологическим, но и социальным явлением, религия обуславливает определенные морально-этические нормы, соблюдение которых привносит упорядоченность в общественную жизнь (Donahue, Nielsen, 2005). Среди основных религиозных функций можно выделить компенсаторную, интегрирующую, регулирующие-контролирующую, политическую, экзистенциальную, психотерапевтическую (Франкл, 1990). Специфическую роль религии отмечает Г. Олпорт: «...роль религии парадоксальна. С одной стороны, она рождает предубеждение, но она же и устраняет это предубеждение» (Allport, 1979, p. 444). Таким образом, религия предстает как многогранное явление группового и личного уровней.

В свою очередь, религиозность личности есть результат интериоризированных религиозных «истин и императивов» в процессе социализации, при этом выступая «...как фактор, способный влиять на переживания и через них на действия индивида или какой-то группы людей» (Гараджа, 1995, с. 213). Изучению природы религиозности посвящены работы У. Джеймса, В.С. Братуся, В. Франкла и др., видевшие ее истоки в трансцендентной сущности. В работах З. Фрейда, К.Г. Юнга, Э. Фромма, Э. Дюркгейма, С.

Московиси, Д.Н. Угриновича религиозность предстает как психологический и социально-психологический феномены.

Значимый вклад в изучение религиозных вопросов в рамках психологии внесли труды У. Джеймса, заложившие новое научное направление – психологию религии, сделав ее объектом эмпирического изучения. Рассматривая религию не через призму догм и конфессий, а как «совокупность чувств, действий и опыта отдельной личности, которая устанавливает отношение к тому, что она почитает Божеством» (Джеймс, 1993, с. 34). Акцентируя внимание на «личностной природе религиозного опыта», У. Джеймс считает, что функция религии — в гармонизации и упорядочивании объектов внешнего мира, достижения внутреннего комфорта, обеспечению «безмятежного покоя» и «душевного здоровья». (Джеймс, 1993).

Дальнейшее изучение религиозного вопроса обретает новые значения в работе Т. Флурнуа, сформулировавшего психологические принципы: биологического объяснения религии и исключения трансцендентности. Главная же задача изучения религии и религиозного сознания заключается в наблюдении и аккумуляции психологических фактов, и разработке психологических законов, что не теряет актуальности и сегодня (Чумаков, 2002). Принцип исключения трансцендентности лег в основу принципа методологического нейтралитета А. Вергота. Психология, с позиции стороннего наблюдателя, не утверждает и не отрицает реальность Божественного, и не стремится утвердить или опровергнуть религиозные догматы. Реципрокность психического и религиозного лежит в основе интерпретации и интериоризации религиозных истин, и наоборот, от этого зависят оставят ли свои «следы» религиозные истины на психическом (Чумакова, 2014). А. Вергот также указывает о необходимости исключения из категориального аппарата психологии такого понятия как «сверхъестественное», поскольку верификация его невозможна (Vergote, 1983).

Психоаналитическое направление психологии отводит значительную роль бессознательному в процессе формирования личной религиозности. З. Фрейд, признавал за религией важную роль, но ее возникновение на заре человечества, он связывал с инстинктами и беспомощностью человека перед природой. Говоря о

религиозных воззрениях, З. Фрейд характеризует их как иллюзии, вменяя им «наркотическое действие», нивелирующее чувство беспомощности человека перед силами природы. Религия в понимании З. Фрейда, повторяет опыт ребенка, апеллирующего к отцу при какой-либо угрозе, позволяя тем самым, как в детстве, справиться с пугающим. Однако фигура отца в детстве одновременно является как защищающей, так и угрожающей. Подобная амбивалентность и приводит к навязчивому синдрому, считает З. Фрейд; а также, отмечает идентичность инфантильного отношения ребенка к отцу и отношения взрослого к Божеству, позволяющее переложить ответственность за свою жизнь и развитие на силы свыше. Таким образом, религия, с точки зрения З. Фрейда, подобна навязчивому неврозу; религиозность же характерна для незрелой личности и связана с Эдиповым комплексом (Фрейд, 1997, 2009). Ослабление роли религии З. Фрейд видит, прежде всего, в научном развитии общества и личностном росте. К.Г. Юнг не разделяет позицию З. Фрейда и, говоря о противоречиях во мнениях, подчеркивает свое внеконфессиональное и позитивное отношение к религии. В содержании религиозных догматов и учений, К.Г. Юнг усматривает, архетипы коллективного бессознательного. Религиозные ритуалы и священнодействия, в свою очередь, позволяют создать «правильный путь» к психическому здоровью (Юнг, 2007). В отличие от З. Фрейда, К.Г. Юнг не противопоставляет религию и науку, а говорит об их интеграции: «религиозном познании и познающей религии» (Юнг, 1994). В свою очередь, Э. Фромм говоря о религии, указывает на стирание различий между социальной и индивидуальной психологией, поскольку человек существует в социуме. Религия — «система мышления и действий», основа осмысленного существования, определяющая объект для преданного служения. Э. Фромм предлагает к рассмотрению такие аспекты религии, как: ритуал, переживание (религиозное чувство и служение), научно-магический и семантический аспекты (Чумакова, 2014). Э. Фромм подчёркивает общечеловеческую потребность в религии, но при этом, выделяет религию, раскрывающую человеческий потенциал (гуманистическую) и религию, его парализующую (авторитарную) (Фромм, 2012); описывает социально-

психологические функции религии, такие как: недопущение недовольства народа властью; и формирование чувства удовлетворенности своим положением, являясь, по сути, способом совладания при многочисленных фрустрациях, вызванных реальностью (Фромм, 1992, 1998). Таким образом, психоаналитическое направление психологии подчеркивает главенство бессознательного в процессе генезиса религиозности личности.

2.2. Социально - психологические аспекты религии и религиозности

Исследование религии и феномена религиозности в русле психоаналитического направления, но с точки зрения марксистских позиций (марксизма-ленинизма) было проведено в работе М.А. Поповой, которая, частично соглашаясь с классиками психоанализа, пишет о необходимости понимания социальной природы религии (Попова, 1982). Верующий человек – «особый социальный тип личности», понять которого невозможно без учета влияния его социального окружения (Угринович, 1986).

В русле социологии религия в определении Э. Дюркгейма: «единая система верований и действий, относящихся к священным, т.е. к отделенным, запрещенным, вещам; верований и действий, объединяющих в одну нравственную общину, называемую Церковью, всех тех, кто им привержен» (Дюркгейм, 2007: с. 231). Э. Дюркгейм рассматривает религию, как фактор, интегрирующий общество. В рамках исследования изучения тотемической системы аборигенов Австралии он говорит о связующих функциях религии, способствующих формированию общества, и задается вопросом, что произойдет, когда веками сложившаяся общественная структура начнет так быстро меняться, что традиционные религиозные устои неизбежно должны рушиться? (Beckford, 1989; Lukes, 1973). Э. Дюркгейм приходит к заключению, что эти устои должны развиваться совместно с изменяющимся обществом так, чтобы соответствовать актуальному социальному порядку. Религия как явление будет присутствовать всегда, однако суть ее будет

отличаться в разных обществах и в различные временные периоды, позволяя «подогнать» религию к господствующему общественному строю (Дюркгейм, 1998; Dillon, 2003). В рамках социальной психологии С. Московиси, соглашаясь с Э. Дюркгеймом, рассматривает религию «как условие жизни в обществе», поддерживающее и укрепляющее коллективные связи, «цементируя» общественную жизнь (Московиси, 1998, с. 36). С. Московиси отмечает особую функцию религиозности – служить источником психической энергии, обеспечивающей «жизненные силы» индивиду, группе, толпе. Религиозность рассматривается им в двух аспектах: религиозность как фактор, влияющий на социально-психологические процессы, в том числе, формирующие ответственность перед обществом; и религиозность личности, формируемая под влиянием социума (Московиси, 1998). Вопросом роли социума в религиозном выборе личности задавался Д. Шеркат, выделяя три типа подобного влияния (Sherkat, 1998):

1. Симпатия/антипатия – принадлежность индивида к какой-либо религиозной группе нередко объясняется лишь терпимостью к верованиям других. Противоположный полюс – антипатия, «направляет» религиозный выбор в русло верований, нередко генерирующих негативное отношение к официальным религиям (Stark, Bainbridge, 1985). Примечательно, что симпатия и антипатия подразумевают значительную степень свободы религиозного выбора (Granovetter, 1973).
2. Образец для подражания – примером подобного влияния может служить приверженность к какой-либо конфессии и даже посещение религиозной службы, но лишь с целью продемонстрировать «благочестивость» и послужить примером другим, при этом часто получая немалые преференции за подобное поведение (Neckathorn, 1993).
3. Страх наказания причастность к религиозной группе мотивирована выбором между поощрением либо наказанием (Hall, 1988). Если мотивация достаточно сильна, люди могут участвовать в религиозных действиях, порождающих коллективное «зло» (например, коллективное

самоубийство) или демонстрируя чрезмерную набожность ради социального поощрения (Ellison, Sherkat, 1995; Sherkat, Cunningham, 1998).

Роль социума рассмотрена в подходе Д.Н. Угриновича (с позиции марксизма): изучая влияние микросреды (семьи) на становление индивидуальной религиозности, он подчеркивает, что именно социальные отношения и есть источник религиозности (Угринович, 1986). В свою очередь, Н.Р. Мингазова раскрывает роль религии в развитии личности в семье, в формировании семейных духовных ценностей, передаваемых в межпоколенческих связях. Семья и религия, в своем единении, гармонизируют взаимодействие индивида и с обществом. (Мингазова, 2005). Социальное влияние семьи в формировании религиозной направленности личности также отмечает в своем диссертационном исследовании М.А. Абрамова, рассматривая религиозность как детерминанту поведения индивида не только в семейной жизни, но и в других сферах. При этом, подобная мотивация в ситуациях кризиса может прослеживаться как у людей религиозных, так и не причисляющих себя к таковым (Абрамова, 2001). Религиозность, не сводится лишь к конфессиональной принадлежности, поскольку внутренне присуща личности. Это делает возможным рассмотрение религиозности не только у лиц, причисляющим себя к какой-либо конфессии, но и среди представителей атеистических убеждений (Романов, 2002; Чумакова, 2014). Таким образом, религиозность индивида «приходит из общества через механизмы социального влияния» (Watson, Ventis, 1982, p. 52) и не предполагает абсолютной свободы, поскольку человек существует не в социальном вакууме. Религиозные убеждения вплетены в общественные отношения, влияя на их генезис и динамику (Waller et al., 1994). Однако, социальное влияние, опосредуя поведение индивида, может идти в разрез с его религиозными убеждениями (Sherkat, 1997; Akerlof, 1997).

Религия в своей способности выступать ресурсом для совладания со стрессовой ситуацией, стала объектом изучения психологии, что актуально и сегодня, поскольку свое здоровье современный человек расценивает с учетом места проживания, расовой и религиозной принадлежности (Панченко и соавт., 2006), а возможность обретения в религии социальной поддержки и расширения

социальных контактов детерминируют благополучие субъекта (Бочарова, 2005). Механизм религиозного совладания, являясь динамичным по своему характеру, проходит в несколько этапов. Столкнувшись с кризисной ситуацией, человеку на первом этапе необходимо оценить ее, происходит «когнитивное оценивание», в ответ на которое возникают эмоции. От результата оценивания ситуации зависит выбор стратегии совладания: избегание, если ситуация оценивается как «неразрешимая» или стратегия, направленная на решение проблемы. Последующий этап будет включать непосредственный поиск решения проблемы (Анцыферова, 1994; Kimble, McFadden, 1995; Hood et al., 1998). К. Паргамент и его коллеги выделяют три способа, через которые религия может участвовать в решении проблем. Первый— отложенный, когда индивид не готов нести ответственность за решение и переносит эту обязанность на Бога. Второй — самостоятельный подход, в рамках которого человек рассматривает Бога как ресурс для самостоятельного преодоления трудностей. Третий— коллективный, при котором индивид воспринимает Бога как партнера в совместном решении проблемы. Интересно отметить, что именно коллективный подход встречается наиболее часто по сравнению с двумя другими способами (Pargament et al., 1988). Религиозное совладание включает в себя пять ключевых стратегий: 1) поиск смысла жизни, 2) стратегия контроля, 3) стратегия утешения, 4) стратегия единения и приближенности к Богу, 5) преобразующая стратегия жизненной трансформации. Однако, как пишут авторы, данная типология неполная, так как не охватывает всего многообразия религиозных методов совладания, характерных для религиозных традиций не только западных, но и восточных культур (Pargament, Koenig, Perez, 2000). Религиозность, выступая и ресурсом, и стратегией совладания, позволяет справиться со стрессовыми, фрустрирующими ситуациями. С. Мк. Фадден рассматривает религиозность как копинг-механизм, способствующий эмоциональному благополучию. Социальная поддержка религиозной группы, нивелирующая эмоции страха, тревоги или вины, достаточно значима для верующего и оказывает благоприятное воздействие на психологическое состояние личности (Угринович, 1986; Kimble, McFadden, 1995). И наоборот, конфликт и

борьба с Богом, чувство покинутости или Божественного наказания, участие демонической сущности в неблагоприятных ситуациях, духовные сомнения способствуют к повышению уровня дистресса (Pargament et al., 2011). Исследование, проведенное Ю.П. Тобаловым позволило выявить специфические особенности совладающих стратегий у верующих различных конфессий. В частности, среди православных христиан чаще всего применялись такие стратегии, как молитва, поиск социальной поддержки и самоконтроль. Среди мусульман – поиск социальной поддержки, противостояние, плановое решение проблемы, самоконтроль (Тобалов, 2004). С. Майко и соавторы, выделяют пять основных копинг-стратегий у верующих: молитва, вера в Бога, социальная поддержка, трансформирующий опыт и духовные практики (Maiko et al., 2019).

Как было описано выше, для З. Фрейда религия носит защитный характер, позволяя нивелировать тревогу и избежать конфронтации с реальностью. Подобный подход достаточно долгое время господствовал в психологии. Действительно, довольно часто люди обращаются к религии для совладания со стрессовыми ситуациями (Segall, Wykle, 1989; Ayele et al., 1999), для улучшения психоэмоционального состояния (Kowalczyk et al., 2020). Например, после теракта 11 сентября 2001г. в США, 90% американцев нашли в религии утешение и поддержку (Schuster, Stein et al., 2001). Обращение к религии, по мнению К. Паргамента, способно помочь человеку избежать прямой конфронтации с травмирующей ситуацией. Ответственность за решение проблем можно пассивно возложить на Бога (Pargament, et al., 1988), через признание Божьей власти над событиями, или признавая разрешение той или иной ситуации, как результат Божественного руководства (Maiko et al., 2019), религиозное мировоззрение может служить оправданием социальной несправедливости и неравенства, приводить к отрицанию проблем. В подтверждение этой гипотезы, Р. Бульман и С. Вортман (1977) исследовав группы неврологических пациентов, на поставленный вопрос «почему именно со мной такое случилось?» приводят наиболее распространенный ответ: «на то воля Божья» (Bulman, Wortman, 1977).

Однако, в противоположность этому мнению, соблюдение религиозных традиций, обрядов помогают людям не отрицать реальность, а осознавать ее и справляться с кризисными ситуациями. Например, М. Аклин и соавторы не выявили положительной корреляции между религиозностью и отрицанием у онкологических пациентов. Взамен поощрения отрицания, религия, наоборот, способствует переосмыслению негативных событий. Таким образом, событие можно рассматривать как возможность для духовного роста за счет «любящего Бога», преподносящего ценный жизненный урок, а несчастье воспринимать как часть более глобального, сакрального, но, в конечном счете, позитивного плана (Acklin et al., 1983). В подобном ключе Д. Макинтош и соавторы провели исследование групп родителей младенцев, причиной смерти которых стал синдром внезапной детской смерти (СВДС). Религиозные родители, находили некий смысл в смерти своего ребенка, тем самым снижая стрессогенность события (McIntosh et al., 1993). Сходные результаты были получены при обследовании групп военных, имеющих ПТСР (Ai et al., 2003), групп онкологических больных (Gall, Cornblat, 2002). Религию нередко обвиняют в пассивности относительно критических жизненных событий, однако эмпирические данные не только опровергают это, но доказывают, что религиозность положительно коррелирует с активными стратегиями совладания (Pargament, Park, 1995) и подход к изучению религии и религиозности только как к пассивному копированию механизму не корректен. Исторически теоретико-эмпирические исследования довольствовались подобной однобокой ролью религии. Однако современные исследования позволяют расширить рамки понимания религии не только как пассивного защитного механизма (Pargament, Park, 1995). Так, религиозность связана с более низкими показателями уровня тревоги благодаря социальной и эмоциональной внутригрупповой поддержке (Cetty et al., 2022), а в случае болезни нормализует эмоциональную сферу путем обретения смысла недуга (Aliche et al., 2020). Сегодня роль религии рассматривается в разных аспектах: как движущая сила формирования моральных суждений, определяющих действия людей, которыми

движет как страх перед сверхъестественным наказанием (Purzycki et al., 2018), так и вера в награду свыше (Willard et al., 2020).

Психотерапевтические функции религии отмечены в трудах У. Джеймса, К.Г. Юнга, В. Франкла (Джеймс, 1993; Юнг, 2007; Франкл, 1990) и активно развиваются современными исследователями в рамках социально-психологических, социальных, естественно-научных наук. Активно изучается интеграция религии, религиозности и психотерапии: выявление стилей религиозного совладания (Тобалов, 2004), интеграция религиозного опыта в практику ухода за больными (Miller, 1999), духовные практики в психотерапии (Richards, Bergin, 1997), внедрение методов психиатрической помощи, основанных на традиционных религиозных верованиях (Ojagbemi, Gureje, 2020), влияние духовных лидеров на формирование социальных ценностей и убеждений верующих с целью укрепления их здоровья (Hashmi et al., 2020). Важным фактором успешности в оказании медицинской помощи является оценка качества жизни людей с психическими расстройствами: низкое качество жизни у таких больных, может рассматриваться как высокий показатель суицидального риска (Pirlog et al., 2018). В работе С. Мохр и Л. Борраса отмечается, что личностная религиозность способствует уменьшению тревожности, снижает риски суицида, улучшает социальное функционирование (Mohr, Borrass, 2006). Также подчеркивается влияние этого фактора на приверженность к лечению (Gultekin, Kavak Budak, 2022) и формирование комплаенса (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2021), что имеет важное значение в процессе реабилитации (Djordjevic et al., 2024). Однако, наряду с положительным влиянием, необходимо учитывать возможные негативные последствия религиозности, такие как рецидив или ухудшение состояния индивида (Mohr, Huguelet, 2004; Siltan et al., 2014). В процессе психотерапии необходимо учитывать понятия «внутренняя» религиозность, способствующая психологическому благополучию и «внешняя», проявляющаяся в предвзятости и закостенелости (Олпорт, 2002; Tabak, Mamani, 2014).

В диссертационном исследовании Ю.П. Тобалова религиозная психотерапевтическая функция, посредством обращения к молитве, особо

отмечается автором (Тобалов, 2004). Молитва выступает основой религиозности, являясь источником надежды и утешения (Maiko et al., 2019), позволяет преодолеть негативные переживания, актуализировав положительные эмоции (Kimble, McFadden, 1995). Сосредоточенность и внимательность – необходимы для молящегося и являются важными психотехническими аспектами молитвенного акта, а также служат предупреждением о возможных духовных рисках при их отсутствии. Потому они занимают центральное место среди основных заповедей. Запрет на произнесение имени Бога «всуе», с точки зрения психологии, подразумевает необходимость предельной личной вовлеченности в процесс обращения. Молящемуся через молитву и смирение «открывается радость и благодарность за все данное бытие» (Василюк, 2005, С. 162). Именно подобные эмоции, а не разум обращают индивидуума к религии (Куценок, 1997). Однако, автор считает терапевтическую роль религии иллюзорной. Говоря об эмоциональном стрессе, Б.М. Куценок, вслед за Г. Селье, говорит о бесперспективности борьбы лишь со стрессором и о необходимости предотвращения психоэмоционального истощения (Куценок, 1997). Справедливости ради считаем, что необходимо отдельно отметить исследование Р. Хейворда и соавторов. На основе сравнительного анализа групп религиозных респондентов, атеистов и агностиков, ими были сделаны выводы о том, статистических различий относительно физического здоровья в этих группах не выявлено, но отмечается более низкое психологическое благополучие в группе атеистов и агностиков (Hayward et al., 2016).

Из вышесказанного, мы можем сделать умозаключение о том, что религиозная направленность личности также способна выступать в качестве копинг-превенции, т.е. первичной копинг-профилактики, направленной на предупреждение влияния стрессоров, овладение необходимыми стратегиями эффективного совладания (Ялтонский, Сирота, 2008, с. 24) Таким образом, личностная религиозность и религия, помимо совладания, оказывают еще и «психогигиеническое», и «психотерапевтическое» воздействие, посредством веры в трансцендентное, как писал В. Франкл (Франкл, 1990). Изучение религиозности

включает в себя важный аспект: анализ изменения уровня религиозности от поколения к поколению. В зарубежных исследованиях существует мнение о том, что каждое последующее поколение в динамично развивающемся обществе демонстрирует меньшую религиозность по сравнению с предыдущим. Это связывается с тем, что экономическое развитие, как правило, сопровождается ростом уровня образования, что, в свою очередь, может приводить к снижению религиозной идентичности и практик (Diener et al., 2011). Существует и иная точка зрения, согласно которой изменения в религиозной приверженности связаны с жизненными этапами личности: участие в религиозной жизни невелико в подростковом возрасте, а затем возрастает к пожилому возрасту (Hayward, Krause, 2013), повышается частота посещений религиозных служб в старшем возрасте (Wong et al., 2018). В отечественных исследованиях отмечается, что доля верующих снижается: с 56% в старшем возрасте до 32% среди миллениалов. Соблюдение религиозных ритуалов (включающее в себя и регулярность посещения служб) населением, причисляющим себя к православию, в России на уровне показателей от 3 до 15% (Пруцкова, 2015), при этом, большая вовлеченность наблюдается у женщин (Радаев, 2018).

2.3. Религиозность и духовность

Религиозность и духовность за последние 100 лет были объектом изучения социальных и психологических наук отечественных и зарубежных исследователей (Аллахвердов, 2003; Василюк, 2005; Дворецкая, 2006; Hall, 1904; Zinnbauer et al., 1999; Hill et al., 2000; Shafranske, 2002; Emmons, Paloutzian, 2003).

Религиозность – сложный процесс, включающий когнитивный, поведенческий и эмоциональный аспекты. Эмпирические исследования подтвердили многомерность религиозной жизни. Так, П. Хилл и Р. Худ (1999) выделяют 125 показателей религиозности, включающие в себя 17 различных категорий (например, верования, установки, религиозная направленность) (Hill, Hood, 1999). Г. Оллпорт, в своем основополагающем исследовании причин дискриминации «Природа предрассудков», выделяет два аспекта религиозности -

«внутреннюю» и «внешнюю». Как пишет Г. Олпорт: «внешне мотивированный человек использует религию, в то время как внутренне мотивированный - живет ею» (Allport, Ross, 1967, p. 434). Внутренняя религиозность, в отличие от внешней, положительно влияет на уровень толерантности и способствует психологическому благополучию. Внутренняя религиозность является источником смысла жизни, в то время как внешняя характеризуется лишь формальным соблюдением обрядов и ритуалов, предвзятостью и закостенелостью, рассматривается как защитный механизм личности. (Tabak, Mamani, 2014).

Религиозность как экзистенциальное измерение вне конфессиональных рамок рассматривается в подходе П. Тиллиха. «Религия – состояние захваченности силой самого бытия» (Тиллих, 1995, с.109). Отводя религиозности широкое понятие, включающее в себя «организованную религию и религию от сердца», П. Тиллих считает, что религиозная личность характеризуется своим принятием трансцендентного. Г.В. Ожиганова разграничивает понятия духовности и религиозной направленности, признавая их тесную связь, но разделяя эти понятия, вводит понятие «духовный интеллект», непосредственно связанного с психофизиологическим благополучием индивида (Ожиганова, 2010). Духовность породила новое направление — духовная психология человека (Дворецкая, 2006).

Сегодня в психологической литературе можно встретить некое противостояние между «институциональными», «организованными», «социальными» аспектами религии и «личностными», «трансцендентными» качествами духовности (Miller, Thoresen, 2003). Свое видение этого вопроса дает Дж. Эмблен. На основе тематического контент-анализа медицинских источников за 30-летний период, религиозность определена им как «система организованных верований и индивидуальных практик», а духовность – как «индивидуальный жизненный опыт, трансформирующийся в трансцендентное отношение к Богу» (Emblen, 1992, p. 45). П. Хилл с соавторами также предлагают использовать индивидуально-институциональные аспекты для разграничения понятий «духовность» и «религиозность». В основе этих 2-х понятий лежит общая категория – «Священное», в то же время религия включает «средства и способы

поиска божественного...» (Hill et al., 2000, p. 66). Этот контраст становится очевидным в исследовании морали, включающего в себя раздел вопросов, задаваемых респондентам определения дескрипторов прототипических нравственности, религиозности или духовности личности. Проявление нравственности и вера в высшие силы – центральные дескрипторы религиозности или духовности личности. Однако духовность рассматривалась как «личные убеждения в трансцендентное», тогда как религия – «кредо и ритуальное выражение духовности, связанное с институциональной религией» (Walker, Pitts's, 1998, p. 409). Б. Зинбауер анализируя содержания понятий «религиозность» и «духовность», приходит к выводу, что личные убеждения в сакральное являются общими. Однако в понятие «религиозность» включены такие условия, как посещение религиозных служб, соблюдение ритуалов, принадлежность к церкви, приверженность религиозным догмам. Напротив, для определения духовности респонденты часто ссылались на чувства, эмоции, сакральную связь с высшими силами, то есть, религиозность трактуется как строгое следование традиционным верованиям и обычаям, в то время как духовность воспринимается как возвышенное состояние, связанное с поиском смысла жизни (Peteeet, 1994). Б. Зинбауер и К. Паргамент характеризуют религиозность с точки зрения формальной/ институциональной религии, а духовность с точки зрения близости к Богу (Zinnbauer, Pargament, 2002). В своих исследованиях Д. Элкинс и Ч. Нельсон-Беккер приводят аналогичные выводы, характеризуя религию как институциональную, догматическую и богословскую систему, которая представляет собой определённый способ мышления и набор базовых принципов. В противоположность этому, духовность определяется как способ существования, стремление к трансцендентному (Elkins et al., 1988; Nelson-Becker, 2003), при этом опираясь на духовные убеждения, практики и/или связи, она оказывается важным инструментом для преодоления стрессовых и травматических ситуаций (McGee et al., 2022).

Другая точка зрения выражается в противопоставлении понятий «религиозность» и «духовность». Духовность имеет позитивную оценку и

описывается, как возвышенная сторона жизни, повышающая человеческий потенциал, способствующая достижению умиротворения. Религиозность же негативно оценивается, поскольку традиционная религия всего лишь устаревший догмат, институциональная преграда для развития человеческого потенциала (Zinnbauer, Pargament, 2002).

Исключительность понятия «духовность» над «религиозности» также рассматривается в работах зарубежных авторов, определяющие духовность, как личный или групповой поиск священного в трансцендентном. Религиозность определяется ими, как личный или групповой поиск Священного в традиционном контексте. С точки зрения этих определений, духовность и религиозность заложены в контексте, а характер этого контекста служит для различения данных понятий (Pargament, Mahoney, 2002). Таким образом, поиск священного - единое функциональное ядро духовности и религиозности; часто оба этих понятия рассматриваются как взаимосвязанные, но не идентичные. Религиозность ассоциируется прежде всего с социальным или групповым уровнями, тогда как духовность – с индивидуальным.

Религиозная идентичность представляет собой разделение идей и ценностей, принятых в данной культуре как религиозные. Это также включает в себя распознавание своей принадлежности к определённой конфессии и религиозной общине (Забияко, Красников, Элбакян, 2006), служит специфической системой социальной поддержки (Ysseldyk et al., 2010), способствует более высокой самооценке, наличием смысла жизни (Davis, Kiang, 2016) и чувства надежды (Vaingankar et al., 2021). Формирование религиозной идентичности — многоуровневое образование, в котором играют роль религиозные учреждения, формирующие религиозный опыт, культурные и исторические аспекты (Ammerman, 2003); семейные и конфессиональные факторы (Smith, 2020). Однако, границы религиозной идентичности оспариваемы и изменчивы, поскольку религия, как социальный институт адаптируется к меняющимся культурно-историческим реальностям (Chu et al., 2021). Коллективная память и символические ритуалы являются важными стратегиями сохранения и передачи

ценностей, норм и практик в рамках религиозной идентичности. Пример тому, «эффект религиозного осадка» у людей, ранее религиозных, но впоследствии отказавшихся от вероисповедания, но по-прежнему сохраняющих склонность к просоциальному поведению (Van Tongeren et al., 2020). В поисках целостного мира, включающего систему ценностей, религиозная разрешает внутренний конфликт или противоречия (Brandt, 2019) и связывает между собой институциональную религиозность и личностную веру (Рыжова и др., 2018).

Итак, за последние два десятилетия заметно возросло число исследований религии и религиозности в области социальных, социально-психологических, медицинских наук (Pargament, 1997; Peck, 1998; Harrison et al., 2001). Современное понимание функций религии – в удовлетворении потребностей своих приверженцев: личностный рост, самоактуализация (Park et al., 1990), поиск смысла жизни (Paloutzian, 1981; Pargament et al., 2005); толерантность в межгрупповом взаимодействии (Щербакова, 2010); семейное взаимодействие (Мингазова, 2005; de Camp, Smith, 2019); вера, духовность (Грановская, 2004; Казанцева, 2007; Братусь, 2011), духовность и ее влияние на оказание помощи психически нездоровым пациентам со стороны медицинских работников (Alyahya, Alanazi, 2024), духовность как способ обретения смысла и психоэмоционального благополучия в семьях, осуществляющих уход за психиатрическими больными (Casaleiro et al., 2022). и др.

2.4. Социально-психологические аспекты христианства и ислама в отношении психического нездоровья

Религиозность представляет собой многогранный комплекс верований, моделей поведения, практик и установок, связанных с религиозными системами. В основе своей она представляет собой приверженность личности религиозным доктринам, ритуалам и институтам. Однако, религиозность не ограничивается простым участием в религиозных мероприятиях. Она включает в себя разнообразные формы, через которые люди выражают и переживают свою веру,

формируя при этом свое мировоззрение и ценностную систему. Поскольку объектом эмпирического изучения нашего диссертационного исследования выступают группы религиозных респондентов, мы считаем необходимым рассмотреть специфические социально-психологические аспекты относительно психического нездоровья через призму религиозных догматов этих конфессий. Христианство и ислам, являются крупнейшими мировыми религиями. И вполне обоснован интерес исследователей к этим религиозным учениям, поскольку «...следование религиозно-нравственным предписаниям ведет человека не только к...конечной «сверхъестественной» цели, но и обеспечивает социальный и экономический порядок, благополучие и прогресс» (Шайдаева, 1990, с.13). Христианство и ислам, являясь, по сути, религиями гуманистическими, во главу своего существования, ставящими человеческое благополучие душевное и физическое, в конечном счете, приводят к благополучию общества в целом.

2.4.1. Социально-психологические аспекты христианства

В христианской² религии отношение к человеку, сотворенному Богом: «...образу Своему, по образу Божию сотворил его...» (Библия, Книга Бытие, глава 1:27), является одним из фундаментальных принципов веры Среди других религий христианство выделяется Библейской историей о принесении Богом в жертву своего единственного сына, Иисуса Христа, ради спасения человечества, а личностные экзистенциальные отношения с Богом у христиан (не обязательно при посредничестве Церкви) (Schleiermacher, 1948), формируют своеобразное «родство» с теми, кто, приняв христианскую веру, становится братьями и сестрами Иисуса: «... предопределил быть подобными образу Сына Своего, дабы Он был первородным между многими братьями» (Послание к Римлянам 8: 14). Библия, привносит некую сакральность с одной стороны, но с другой стороны свидетельствует о признании человеческой личности (Братусь и соавт., 1995), способной взять на себя личную ответственность за выбор между праведностью и

² В нашем исследовании мы рассматриваем христианство с позиции православия

греховностью, чтобы предстать перед небесным судом и обрести вечную жизнь (Fischer et al., 2020), так «...закон духа жизни во Христе Иисусе освободил меня от закона греха и смерти» (Послание к Римлянам 8: 2). Личность в христианстве рассматривается, как единство духовного, психического и телесного проявлений: «Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух, и душа, и тело во всей целости ...» (Библия, 1-е Фессалоникийцам, глава 5:23). Поскольку, в этих трех сферах признается главенствующая роль именно духовного начала, то и «болезнь имеет, в первую очередь, духовную, а уже затем психофизиологическую природу» (прот. Швецов, 2003, С.138).

Одной из причин возникновения психического недуга христианство видит в «естестве человека», т.е. биологические аспекты: генетическая предрасположенность, соматические заболевания, пагубное воздействие наркотических и токсических веществ. Такая болезнь не поддается ни силе молитвы, ни силе крестного знамения и разрушает «тончающую нервную ткань, и образуются пустоты, через которые душа становится наиболее уязвима к дьявольскому воздействию. Таким образом, возникшая от естества болезнь как бы обнажает душу» (цит. по прот. Шевцову, 2003). В христианской традиции заболевание часто воспринимается как наказание (за греховность) или благодать, через которые душа должна пройти для очищения и обретения спасения: «...душевные болезни могут быть ... сопоставимы с телесными, и что те и другие, по попущению Божию, посылаются человеку в целях споспешествования в деле спасения. В данном случае душевный недуг - это Господом возложенный крест» (цит. по Авдееву, 2017). Так, библейский царь Саул был наказан: «напал злой дух от Бога на Саула, и он бесновался в доме своем...» (Библия, 1-я Царств, глава 18:10), срывал с себя платье, произносил бессвязные речи (Библия 1-я Царств, главы 16:14;19:9). В толковании блаженного Феодорита Кирского это наказание трактуется, именно как подобие одержимости, как то, что Бог покинул, отвернулся от человека.

Также наиболее часто причиной манифестации заболевания в христианстве приписывается бесоодержимости. «Бесоодержимый» человек, «сделавший себя

жилищем бесов и пристанищем всякой нечисти...» (Библия, Откровение, глава 18:2). Различают «бесноватость» (посессию), для которой характерны полная подчиненность души демону, потеря самосознания и «одержимость» (обсессию), подразумевающей частичное пленение, самосознание сохранено, но нет воли (Мелехов, 1997.). Противостояние злему духу, соблазнам, сохранение «божественного духа» - этому уделяется огромное значение в христианстве, так как «душа – орган ощущений, настроений, умственных способностей человека. Дух – высшая часть души, центр нашего самосознания. Именно дух делает нас богоподобными» (Карпунин, 2002, с.231). Краеугольный камень в христианстве – абсолютная Вера: «Я есмь путь и истина, и жизнь» (Евангелие от Иоанна 14:6). Именно через веру, проходит исцеление, в том числе, и от недугов: «Иисус сказал ему: если сколько-нибудь можешь веровать, всё возможно верующему» (Евангелие от Марка, 9:29).

Спасение через покаяние и молитву, а также достижение внутренней гармонии являются основными мотивами обращения к православию (Тобалов, 2004). Молитва, обеспечивая психологический комфорт, выступает важнейшим элементом когнитивной оценки стрессовых ситуаций и эффективным инструментом для преодоления жизненных трудностей. Она предоставляет поддержку в моменты подавленности и тревожности, когда общение с Богом приносит утешение, уверенность и облегчение; служит ориентиром в процессе принятия решений и жизненных выборов (Del Castillo, 2021). Б.С. Братусь в своей концепции «христианской психологии», выделяет этические атрибуты православия: «почиталось ценным понятие жалости, милосердия, сострадания к униженным и оскорбленным» (Братусь и соавт., 1995, с.45), а также любви к ближнему и особой терпимости к больным и немощным. В православии четко прослеживается особое отношение к болезни, как физической, так и духовной: «слепому, и прокажённому, и повреждённому рассудком... окажи почтение, как образу Божию» (Епископ Игнатий (Брянчанинов), 2017). Эта своеобразная терпимость к людям, страдающим психическими недугами, способствовала появлению явления «юродства» в православии. В Библии представлены биографии

пророков, таких как Исая, который ходил нагишом (Библия, Исая, глава 20:2), и Иеремия, носивший ярмо (Библия, Иеремия, глава 27:2), а также проявления «столпничества», «затворничества» и «постничества» святых. Современная психиатрия нередко рассматривает подобные практики как симптомы психического расстройства (Портнов, Шахнович, 1967). Однако многие из юродивых впоследствии были канонизированы православной Церковью и почитаются как святые в России. Таким образом, христианство способствовало формированию особой толерантности в межличностных взаимодействиях (Щербакова, 2010), что, на наш взгляд, сформировало специфические «православные» стратегии совладания.

Говоря о традиционной христианской религии, которая предполагает приверженность церковным догматам и обрядам, важно отметить появление нового типа верующих — «новые православные», нерегулярно посещающих церковь, поверхностно знакомых с церковными учениями и молитвами, но считающих себя прихожанами православной церкви. (Налетова, 2004). Однако, говоря о новых аспектах современной религии, «идентифицировать людей в качестве неправославных, если они считают себя православными вследствие того, что не всё у них соответствует церковным канонам... неправомерно» (Синелина, 2001, с. 96). Современные исследования представлений о психическом нездоровье в контексте христианства показывают, что большая часть респондентов рассматривает биосоциальную модель генезиса заболеваний и первостепенным является обращение за медицинской помощью (Hlongwane, Jubu, 2023).

2.4.2. Социально-психологические аспекты ислама

Ислам, как и христианство, монотеистическая религия основателем которой является пророк Мухаммад. В отличие, от христианства, где душа рассматривается возвышенной, «божественной» частью человека, в исламе «нафс» (душа) — это естественная сторона человеческой личности, побуждающая его к недозволенному, «...ведь душа побуждает ко злу...» (Коран 12:53). В переводе с арабского слово «нафс» также можно перевести как «Я», что предполагает взгляд на человека как

симбиотическую связь тела («джизм») и духа («рух») (Mitha, 2020). Душевное равновесие мусульманина — это залог его физического здоровья. При этом, психическое и физическое здоровье взаимосвязаны и рассматриваются как необходимые для выполнения религиозных обязанностей. Подобное внимание к Человеку «ищущему земного счастья» характеризует ислам как религию, ориентированную на человека (Шайдаева 1990), но при этом, подразумевающую подчинение воле Аллаха (Van Camp et al., 2016). Для мусульман добросовестное соблюдение предписаний: ежедневное совершение 5-ти кратного намаза, шахада (Единобожие), пост в месяц Рамадан, Хадж (паломничество в Каабы) или выплата закята, является актом благодарности человека Аллаху за его благословение и выражением безграничного подчинения Его воле (Ahmad I. et al., 2022). Этические аспекты ислама определяют нравственно-ценностные ориентации, мотивы и поступки своих приверженцев (Валеев, 1998).

Традиционные исламские верования включают духовное и сверхъестественное происхождение болезней. Достаточно распространен термин «Аль-джунун» знакомый большинству мусульман и обозначающий «безумие» (Al-Issa, 2000) отражающий традиционное отношение мусульманского общества к сумасшествию, и также носящий характер социальной стигмы. Тремя основными тенденциями объяснения психических расстройств с древности до наших дней являются: (а) органический подход, основанный на биологии и патофизиологии, (б) психологический, который исследует и анализирует интрапсихические процессы и конфликты, (в) магический\ Сакральный, рассматривающий безумие, как сверхъестественное, божественное вмешательство. Эти три компонента в исламском мире динамичны и, с одной стороны, приводят к предрассудкам и социальной стигматизации, а с другой, декларируют морально-религиозные нормы терпимости к слабым (Tzeferakos, Douzenis, 2017). Традиционная концепция психического нездоровья в исламе утверждает, что психические и поведенческие дисфункции связаны с высшим духовным осознанием индивидуумом своего создателя (Shafii, 1988; Haque, 2004; Husain, 2006). При этом толкование того, что является дисфункциональным изменчиво и зависит от культурных и социальных

контекстов. Вера в предопределение и трансцендентную, всемогущую природу Бога также склоняет мусульман рассматривать душевные расстройства как испытание, волю и форму божественного наказания за грехопадение (Husain, 1998) или милость Свыше, которая гарантирует рай в Судный день (Mitha, 2020). Потому и обращение к молитве для излечения от недуга также характерно для верующих мусульман: «Если Аллах коснется тебя вредом, то никто, кроме Него, не избавит тебя от него. ...» (Юнус, 10/107).

Сегодня в мусульманских общинах существующие обыденные модели психического расстройства в значительной степени основаны на культуральных, доисламских факторах (Mitha, 2020). Так, считается, что заболевания психики могут быть вызваны божественным возмездием, «сглазом», нашептываниями, «черной» магией, завистью или сверхъестественным (джинн) (Fadlalla, 2005; Martin, 2009; Naque, 2010; Lim et al., 2018). Коран и хадисы определяют джиннов как существ духовных, способных воплощаться в различных формах. Как и человек, джинны созданы Аллахом для служения ему и среди джиннов есть «верные» (приверженцы ислама) и «неверные», способные воздействовать на людей в духовно-нравственной сфере, направляя их действия в том или ином русле: «к тем, кто отвращается от поминания Милостивого (Аллаха), мы приставим шайтана, и он станет его другом. Они будут удерживать их с пути (Аллаха), а те будут думать, что они идут верным путем» (Коран (сура 43/36, 43/37), с.927). Тем самым, ответственность за свою греховность ложится на приверженцев ислама. Исцеление от психического недуга в русле исламской концепции основано на ежедневном прочтении религиозных текстов, произнесения или повторения имен и атрибутов Бога («зикра»), произношении заклинаний с целью изгнания нечистой силы («рукии»), голодании (Mitha, 2020). Подобные методы лечения психических расстройств, включающие духовные и религиозные практики и проводимый религиозными представителями остаются актуальными и сегодня (Al Shelali Lim et al., 2024).

Ислам – религия, основанная на вере в единого Аллаха и подчинении его воле, предлагает своим последователям свод законов и обязанностей,

направленных на достижение духовного спасения. Эти законы, называемые «пятью столпами ислама», включают в себя исповедание веры, совершение молитвы, выплату милостыни, соблюдение поста в Рамадан и свершение паломничества в Мекку. Ислам проявляет терпимость к людям, страдающим от психических заболеваний, давая им послабление и больной освобождается от выполнения религиозных обязанностей, пока его состояние не стабилизируется, и не несет ответственности за свои действия, пока его разум не прояснится (Abdullah, 2020). Важно отметить, что больной человек освобождается от ответственности именно на время болезни, например, вероотступничество «... сумасшедшего не учитывается, а если человек, совершивший вероотступничество, потом сошел с ума, его не казнят во время безумия» (Имам Ибн Къудама). После восстановления, больной должен возместить ущерб, нанесенный во время болезни, в соответствии с исламским правом, учитывающим как неспособность больного контролировать свои действия во время болезни, так и его обязательства перед обществом в период ремиссии или излечения. Помимо освобождения от религиозных обязанностей, ислам призывает к особой заботе и вниманию к психически больным. Коран гласит: «Не передавайте свои имущества слабоумным, которых Бог наделил вас для поддержания жизни; кормите их, одевайте и разговаривайте с ними вежливо» (Коран, 4:5), что подчеркивают ориентированность на социальную ответственности, гуманное обращение в адрес людей, страдающих от психических заболеваний. Современная медицина также подтверждает гуманность исламского подхода к психическому здоровью, например, соблюдения поста в Рамадан может иметь негативные последствия для людей с психическими расстройствами (Hankir, et al., 2019) и гибкость в вопросе соблюдения религиозных атрибутов в период заболевания оправдана. Обращение к молитве в вопросах здоровья и болезни также характерно для мусульман, как и для православных христиан: «Если Аллах коснется тебя вредом, то никто, кроме Него, не избавит тебя от него. ...» (Юнус, 10/107).

Исторически мусульмане рассматривали симптомы психического нездоровья как возникшие из-за отсутствия веры или несправедного поведения, как

испытание или наказание от Бога (Abu-Ras et al., 2008); либо как predetermined судьбу, выбранную Богом, и поэтому принимают это с терпимостью (Nabolsi, Carson, 2011). Также психические заболевания могут рассматриваться с точки зрения возможности возврата к религии или восполнения недостатка веры посредством выполнения регулярной молитвы и чувства личной ответственности (Padela et al., 2012). Результаты исследований душевных заболеваний подтверждают многомерную модель понимания душевных заболеваний как имеющих сверхъестественные, социальные и биологические причины. Но ни одна модель психического заболевания не принимается полностью в различных популяциях, и во многих случаях сверхъестественная модель продолжает доминировать (Haque, 2004; Abu-Rabia, 2005).

Выводы к главе 2

1. Религия и религиозность стали объектом эмпирического изучения вне конфессиональной принадлежности, истоки, которой в трансцендентной сущности. Общечеловеческая потребность в религии, служащая основой осмысленного существования, формирующая специфические морально-этические нормы, делают ее социально-психологическим феноменом.
2. Религиозные стратегии совладания – актуальное направление исследований в психологической науке. Религия, в своей способности выступать защитным механизмом позволяет нивелировать тревогу, избегать конфронтации с реальностью. В противовес данной точке зрения, религия рассматривается не как механизм, отвергающий реальность, но как способ осознания и преодоления кризисной ситуации. Кроме того, религия способна выступать как копинг-превенция, как способ профилактики негативного влияния стрессоров.
3. В психологической науке сегодня активно изучается вопрос отношений религиозности и духовности. Религиозность выступает как форма духовности, при этом духовность укрепляется религией. Религиозность описывается с точки зрения институциональной религии, ассоциируется с

социальным и групповым уровнем, тогда как духовность – форма бытия, поиск трансцендентного, поиск смысла жизни.

4. Христианство и ислам – крупнейшие гуманистические мировые религии, ставившие благополучие духовное и телесное во главу смысла своего существования. Отношение к душевнобольным, в соответствии с религиозными предписаниями, выражается в сострадании, милосердии, благожелательности к больным.
5. И в исламе, и в христианстве (православии) здоровье души главенствует, сохранению «божественного» уделяется первостепенное значение. Среди причин психического нездоровья и ислам, и христианство (православие) указывает несправедность самого больного, заслужившего кару свыше. Болезнь представляется наказанием и это общее в обеих религиях. Однако, в христианстве (православии) болезнь душевная предстает еще и испытанием, или своеобразным способом выражения любви Бога к своим приверженцам:
6. Вера в сверхъестественные причины заболевания – еще одна схожая черта в этих религиях. Однако, если в христианстве (православии) говорится о причине как о несоудимости, подразумевая, на наш взгляд, снятие ответственности за свои действия с больного, то в исламе «джин» не подменяет собой божественную часть (душу), но сопровождает человека, не делегируя тем самым, ответственность высшим силам.

Глава 3. РОЛЬ СМИ В КОНСТРУИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИЧЕСКОМ НЕЗДОРОВЬЕ

Ключевая роль в генезисе социальных представлений отводится коммуникативным процессам, а современные СМИ по праву могут считаться мощным фактором этого процесса. Принимая во внимание практически безграничные возможности глобальной сети Интернет и телевидения по информированию огромной аудитории, вполне понятен возрастающий интерес исследователей и к данному аспекту (Gowen et al., 2012; Ziebland, Wyke, 2012; Miller et al., 2015; Naslund et al., 2016). «Популярность» источников информации в современном российском обществе сегодня ранжируется следующим образом: телевидение – 41,5%; печатные газетные издания – 16,9%; интернет – 12,4%. Оставшиеся 29.2% делят между собой неформальные источники (друзья, коллеги, семья и т.д.), радио и др. Социально-демографические характеристики аудитории демонстрируют следующие предпочтения: ТВ предпочитает аудитория в возрастной группе до 40 лет, печатные издания – от 48 лет и выше, Интернет – молодое поколение до 29 лет (Анипкин, Антонов, 2013).

3.1. Образ людей с проблемами психического здоровья в СМИ и интернет

Изучению влияния СМИ в конструировании социальных представлений, в частности о психическом нездоровье, посвящены многочисленные работы (Stuart, 2003; Slopen et al., 2007; Koike et al., 2017; Parrott, Eckhart, 2021; Martinaki et al., 2023). Однако, интерес к информации о душевном нездоровье высок у публики: интернет-публикации о преступлениях и насилии, совершенных душевнобольными имеют высокий рейтинг популярности (входят в ТОП-10) и, при этом, высок процент негативных комментариев интернет-пользователей (Shigeta et al., 2017).

В современной медиасфере термин «шизофрения» часто используется в контексте преступности и насилия (Martinaki et al., 2023) что значительно усиливает стигматизацию как больных, так и их семей (Price H., 2022). Образ психически нездорового человека обычно представляется как «агрессивный маньяк с топором», что формирует общественное восприятие и создает ложные ассоциации с насильственными преступлениями (Harriet, 1996). Неполный список терминов, наиболее часто употребляемые в российских печатных и интернет СМИ в ходе освещения проблем психического нездоровья таков: «шизофрения», «шизофреник», «психический», «сумасшедший», «психические расстройства», «шизофреники», «психическое заболевание», «безумный», «маньяк». Подобные термины, часто не имеют отношения к медицинской стороне заболевания, а служат для демонстрации негативного отношения к экономическому или политическому явлению и носят явно уничижительный характер (Емельянова, Израелян, 2018). Ряд работ зарубежных авторов по изучению формирования стигмы душевнобольных также подтверждают факт негативного влияния СМИ на проблему, представляя психиатрический диагноз детерминантой девиантного поведения или «ярлыком» для негативных политических и экономических явлений (Lampropoulos et al., 2017; Price, 2022).

Специфика представления телезрителю новостных сюжетов также усиливает сложившиеся стереотипы, используя их для создания «фактов». Статьи создаются таким образом, что требуют от читателя использования негативных клише и здравого смысла, для интерпретации материала повествования. Нарративные «фреймы», содержащие стандартный набор предложений/сценариев, используются для преобразования даже нейтральной или обрывочной информации в легко узнаваемые стереотипы (Hazelton, 1997; Coverdale et al., 2000; Nairn et al., 2001). Таким образом, информация, представленная фрагментарно или излишне обобщенно, имплицитно связывает психические заболевания с насилием (Allen, Nairn, 1997; Coverdale et al., 2000; Seale, 2003; Stark et al., 2004). Негативный характер публикаций о психических заболеваниях остается практически неизменным (Matas et al., 1986), приводя к восприятию психически больных как

опасных, асоциальных, живущих в «своем мире», и заслуживающих такое же осуждение, как наркологические больные (Pescosolido et al., 1999). Часто подчеркивая жестокое, бредовое и иррациональное поведение людей с психическими заболеваниями, СМИ применяют сенсационные заголовки для привлечения внимания (Thornton, Wahl, 1996; Allen, Nairn, 1997; Coverdale et al., 2000; Olstead, 2002). Лингвистический анализ публикаций о душевном недуге, выполненный британскими исследователями, показал, что явное употребление слов-стигм относительно душевнобольных встречается редко. Но при этом, в публикациях часто употребляются слова и выражения, относящиеся к актам насилия, их описанию, орудиям преступления, а термин «шизофреник» чаще применяется к лицам, совершившим правонарушение/насилие (Lampropoulos et al., 2007; Koike et al., 2017; Bowen et al., 2019). Данный факт подчеркивается многим авторами, например, в исследовании итальянских ученых подтверждается метафорическое использование терминов «шизофрения»/«шизофреник» – 73,7%, при этом, использование термина с медицинской точки зрения относительно больного или заболевания наблюдается лишь в 19,2% и 7,1% публикаций соответственно. Метафора «шизофрения» классифицируется авторами на следующие категории: непоследовательность/ противоречивость/расщепление – 85,1%, опасность/ агрессивность – 4,4%, эксцентричность/инаковость – 10,5%. При этом, 55,9% публикаций о душевнобольных имеют отношения к темам: убийства или насилия (Magliano et al, 2011). Аналогичные результаты были получены в проведенном нами исследовании на основе тематического контент-анализа 1557 публикаций 10-ти федеральных интернет-изданий («Московский комсомолец», «Аргументы и факты», «Российская газета», «Газета.Ру», «Новые известия», «Регнум», «Известия», «URA.RU», «Комсомольская правда», «Независимая газета») за период с 2014-2018гг. Публикации криминального характера составляли 28% от всего массива отобранных публикаций, тогда как публикации касающиеся медицинской и социальной стороны психического нездоровья – 23% и 16,5% соответственно. При этом метафорическое применение термина «шизофрения» смещено с психиатрического на политический и экономический аспект, чаще имеет

негативную окраску, тем самым, искажая объективную информацию о самом душевном нездоровье (Израелян, 2019). Схожие результаты были получены в исследовании зарубежных коллег, где 26,22% публикаций относительно психического заболевания носили стигматизирующий характер (Li et al., 2020). Психолингвистический анализ текстов демонстрирует, что шизофрения представлена в высокочастотных терминах, связанных с социальными процессами (например, мат), людьми (например, взрослый), смертью (например, убивать) и гневом (например, ненависть). Стигма больных шизофренией связана с более широким использованием слов, связанных с социальным взаимодействием (например, употребление больным нецензурной речи), страхом проявления патологического аффекта со стороны больного (например, убийство, гнев, разрушение, убийство) (Link et al., 2004). Подобное применение языковых единиц указывают на предпочтение большего количества социальных сравнений и более высокий уровень негативных эмоций, и представляет собой два типа стигматизирующих процессов: когнитивное разделение (сравнение людей со стигматизирующим ярлыком и без него) и эмоциональные реакции (негативные эмоциональные реакции на людей со стигматизирующим ярлыком) (Li et al., 2020).

Однако, существуют некоторые различия в характере публикаций СМИ в вопросах освещении психического нездоровья у лиц детского/подросткового и лиц взрослого/пожилого возраста. Так, относительно больных первой группы темы публикаций, касаются расстройств поведения, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, фобических тревожных расстройств, расстройства пищевого поведения. Присутствует большая доля литературно-художественных публикаций, статей о причинах и следствиях психического заболевания, критических статей о системе психиатрической помощи и психического здоровья. Для второй группы характерна высокая доля стигматизирующих новостных сюжетов о совершенных преступлениях или опасности, исходящей от психиатрических больных (Slopen et al., 2007).

Отдельно стоит подчеркнуть: поскольку представления о душевном нездоровье имеют культуральные различия (Ng, 1997), данный аспект отражается

и в характере публикаций СМИ. В исследовании Я. Янг и С. Паррот, связь между культурно-ценностной ориентацией и медийным освещением проблемы психического нездоровья имеет как межкультурную согласованность, так и противоречия. В ходе сравнительного анализа американского и китайского интернет-пространства было выявлено, что китайские средства массовой информации упоминают о душевных недугах лишь эпизодически. При этом они акцентируют внимание на том, что ответственность за решение данных проблем в значительной мере ложится на само общество (Yang, Parrott, 2018). Подобное положение обусловлено культуральной спецификой сформировавшихся социальных представлений о болезни. Это подтверждается исследованиями американских авторов, указывающих на подобные различия в отношении к душевной болезни у выходцев из латиноамериканских стран и коренных жителей США, и выходцев из стран Азии. Первые относятся к больным настороженно и с опаской, что приводит к стигматизации больных (Whaley, 1997). Пациенты азиаты чаще склонны сообщать о соматических проблемах, умалчивая о психических (Lin, Cheung, 1999). Что также свидетельствует о том, что пациенты выказывают жалобы с учетом приемлемых этносоциальных норм (Kleinman, 1977).

3.2. Образ людей с проблемами психического здоровья в киноиндустрии и ТВ

Предвзятость относительно душевнобольных прослеживается в телевизионных программах разнообразного жанра. Анализ содержания ТВ-программ позволяет осознать серьезность проблемы. Так, в США 1/5 часть программ отражает те или иные аспекты психических заболеваний, а приблизительно 3% телевизионных персонажей имеют проблемы с психическим здоровьем. Один из четырех психически больных персонажей совершает убийство, а половина изображается как причиняющая боль, страдания другим, делая больных наиболее вероятными участниками насилия (Signorielli, 1989). На противоположном полюсе – программы, изображающие таких персонажей

бесправными, одинокими, не социализированными (Wahl, Roth, 1982). В проведенном нами исследовании образ больного с психическим заболеванием в кинематографе также демонстрирует сложившиеся стереотипы: 43% совершают убийства/насилие/преступления, в том числе сексуального характера, в 37% случаев – психически нездоровый человек сам становится жертвой, в 8% – источником опасности. Исход заболевания также представлен в негативном ключе: больной, в свете подобной подачи информации, обречен на изоляцию, гибель или увечье в 93 % и 85 % случаях соответственно (Емельянова, Израелян, 2018).

Стигматизирующий образ психически больного присутствует и в детских телепередачах. Например, в Новой Зеландии примерно половина программ, предназначенных для детей в возрасте до 10 лет, содержат минимум одно упоминание о психических заболеваниях. Такие персонажи изображаются как объекты для насмешек или источники опасности, при этом, наблюдается отсутствие конкретных симптомов или диагнозов, что вызывает негативные обобщения для всего спектра психических заболеваний (Wilson et al., 2000). Подобные негативные стереотипные образы чаще встречаются в анимационных фильмах студии «The Walt Disney Company», представляющей свою кинопродукцию в большинстве стран мира и, способствующие формированию соответствующих социальных представлений (Lawson, Fouts, 2004). Таким образом, психически больные персонажи телепередач и кинофильмов – объекты насмешек, источник опасности или страхов; а вербальные обозначения психических заболеваний служат для унижения и социальной изоляции такого персонажа (Stuart, 2006). Поскольку медиасоциализация начинается в раннем возрасте (Des Forges, 2002), а просмотр телевизионных программ занимает значительную часть времени ребенка, более чем любая другая деятельность, включая учебную, то к моменту достижения совершеннолетия, дети, из-за подобной подачи информации, становятся «свидетелями» огромного количества убийств, совершенных психически больными. Таким образом, каждое последующее поколение телезрителей формирует стереотипы относительно

душевнобольных, научается использовать негативную и уничижительную терминологию (Wahl, 2003).

Итак, можно утверждать, что стигматизирующее влияние СМИ и телевидения в вопросах психического нездоровья широко распространено в большинстве стран. Поскольку освещение психических заболеваний в СМИ остается предвзятым, формируя негативные стереотипы относительно больных, это приводит к их социальной изоляции, делая труднодоступной своевременную помощь и социальную поддержку. Также подобная подача информации может приводить к убеждению о неэффективности лечения и реабилитации больных, что оказывает негативное влияние на течение и исход заболевания (Wahl, 2003; Daumerie et al., 2012).

3.3. Дестигматизация людей с проблемами психического здоровья посредством СМИ, ТВ и интернет

Вполне закономерно, что остро встал вопрос о дестигматизации душевнобольных, необходимость которой рассматривается в работах отечественных и зарубежных авторов (Ржевская, Руженков, 2017), в том числе и посредством изменения характера освещения этого вопроса СМИ (Koike et al., 2017; Rohm et al., 2017), повышением уровня осведомлённости о психическом нездоровье (Hlongwane, Juby, 2023).

Переименование психического недуга, по мнению ряда авторов, является потенциальной стратегией снижения стигматизации людей, страдающих шизофренией (Koike et al., 2015; Yamaguchi et al., 2017). Япония стала первой страной, официально сменившей на национальном уровне в 2002 году, наименование заболевания с термина «болезнь расщепления» на «расстройство интеграции», и в японских СМИ стали использоваться оба термина, но чаще применительно к девиантному поведению больных. Примеру последовали Гонконг, Южная Корея и Тайвань, однако результаты подобной стратегии, оказались достаточно противоречивыми. Новая терминология психического недуга

была в значительной степени связана с менее негативным отношением, по сравнению со старым термином. Но в профессиональной среде медицинских работников в Японии новое наименование («расстройство интеграции») характеризуется более негативным отношением, чем старый термин («болезнь расщепления сознания»), в Корее был введен термин «расстройство сонастройки» (Kim et al., 2023). Однако, авторы убеждены, что в странах, решившихся на переименование, изменения в названии привели к улучшению отношения лиц взрослого возраста к психически нездоровым лицам, за исключением лиц подросткового возраста. Также не претерпел значительных изменений характер публикаций в СМИ, поскольку подобные термины применяются применительно к сенсационным событиям, что служит причиной сохранения исходного количества (или соотношения) статей с отрицательным содержанием или заголовками. Стоит отметить, что авторы говорят лишь об одном исследовании, результаты которого выявили корреляцию между переименованием шизофрении и сокращением газетных статей, связанных с «опасностью» душевнобольных. В публикациях отмечается увеличение количества случаев постановки диагноза, что может говорить о росте числа обратившихся за медицинской помощью и указывают на целесообразность вовлечения психиатрических пациентов и членов их семей в процесс переименования на национальном уровне. Аналогичное исследование характера публикаций в Корее также демонстрирует, что несмотря на то, что медицинские наименования в описаниях психического нездоровья в сообщениях СМИ уменьшились, увеличилось количество публикаций, провоцирующих социальный страх и предубеждения относительно заболевания из-за серии неподтвержденных сообщений о насильственных преступлениях (Kim et al., 2023). Результаты исследований, проведенных в странах, где заболевание не было переименовано, достаточно противоречивы, что может быть связано со спецификой восприятия стигмы, уровня дискриминации пациентов и их семей, возрастом, полом, религиозной ментальностью и опытом предыдущих контактов с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Авторы предполагают, что в западной культуре стратегия переименования не принесет ощутимых результатов

и не приведет к снижению уровня стигматизации пациентов и их семей (Yamaguchi et al., 2017).

Подобное предположение, на наш взгляд, не вполне корректно, поскольку, сравнительный анализ публикаций за период 2001-2011гг, выполненный коллективом авторов позволил говорить о снижении числа стигматизирующих публикаций в СМИ Греции. Возросло число статей нейтрального характера, что может свидетельствовать о более объективной подаче информации в отношении психических заболеваний. Авторы предполагают, что это результат кампаний по борьбе со стигматизацией, прошедших в Греции за последнее десятилетие в профессиональной среде журналистов. Тем не менее, публичное выражение стигматизирующих высказываний по-прежнему присутствует, и психиатрические термины используются в качестве метафоры или для упоминания психического заболевания в связи с насилием (Economidou et al., 2015). Аналогичные результаты, представлены в нашем исследовании, показавшем, что период 2014-2018гг характеризуется ростом числа публикаций о душевном нездоровье в СМИ. Несмотря на снижение количества публикаций криминального характера примерно с 33% до 22% соответственно, в 2018г возрастает число публикаций примерно 28% против 12% в 2014г. Но отрицательный характер публикаций сохраняется и имеет тенденцию к метафорическому использованию диагноза (Израелян, 2019). Таким образом, освещение вопроса психического нездоровья в подобном русле влияет на процессы стереотипизации в общественном сознании, приводят к усилению предрассудков (Акопян, 2008).

Наряду со СМИ в процесс дестигматизации свой вклад могут привнести телевидение и интернет. Так, Н. Тёна и соавторы предполагают, что телесериалы могут быть использованы для информирования общественности о психических заболеваниях, включая в сценарий персонажей, имеющих психический недуг, но создавая при этом, их нейтральный или положительный образ, информируя телезрителя о медицинских и психологических аспектах заболевания (Turner et al., 2014). Схожее исследование, но среди респондентов – медицинских работников было проведено А. Рем и соавторами, предлагавших к просмотру анимационный

фильм о душевном нездоровье, но не получивших положительного результата: подобная подача информация не изменила стигматизирующих представлений о больном (Rohm et al., 2017).

Современное развитие интернет-ресурсов позволяет лицам, страдающим психическими заболеваниями все чаще обращаться к популярным социальным сетям, включая Facebook, Twitter или YouTube в поисках социальной поддержки (Gowen et al., 2012; Miller et al., 2015; Naslund et al., 2016). Поскольку душевнобольные часто имеют трудности в межличностной коммуникации при непосредственном общении (Dickerson et al., 2001), и в таком случае, интернет-ресурсы способствуют установлению ими социальных связей (Highton-Williamson et al., 2015). Форма, способствующая социальному взаимодействию, называемая онлайн-одноранговой поддержкой, была описана как трансформационная особенность интернет-пространства (Ziebland, Wyke, 2012) и предоставляет новые возможности для успешной реабилитации и психологического благополучия больных. Социальные сети выступают сегодня ценным ресурсом для диагностики и лечения психических заболеваний, так как способны на основе машинного обучения не только отличать пациентов с шизофренией от здоровой контрольной группы, но и прогнозировать обострение состояния (Fonseka, Woo, 2022).

Выводы к главе 3

1. Ключевым фактором в формировании социальных представлений выступают СМИ, являя собой инструмент для коммуникативных процессов. В реалиях современности, на наш взгляд, глобальную сеть Интернет и киноиндустрию (представляющую свою продукцию практически во всех странах мира) также необходимо оценивать, как инструменты межличностной и межгрупповой коммуникации, трансформирующие социальные представления вне зависимости от геополитических границ. Закономерно, что для «маркировки» психического нездоровья в зарубежных (как европейских, так и азиатских) и отечественных СМИ употребляются схожие термины.

2. Современные этические принципы предписывают гуманное отношение к душевнобольным, однако публикации в СМИ, в большинстве своем, носят негативный характер, широко используют общеизвестные клише, часто намеренно искажают или подают неполную информацию о проблеме, имплицитно связывая «диагноз» с девиантностью и «инаковостью» больных, тем самым оправдывая их социальную изоляцию, формируя стигму.
3. Подобное же освещение психического нездоровья предстает в глобальной интернет-сети, в продукции телевидения и киноиндустрии. Больной с психическим расстройством выступает личностью асоциальной и являющимся источником опасности для «большинства». Не являются исключением ТВ-программы для детского и подросткового возраста, в том числе, анимационные фильмы крупнейших киностудий.
4. Зарубежный и отечественный опыт изучения стигматизирующего действия СМИ и интернет, киноискусства доказали необходимость разработки дестигматизирующих. Подобные программы были применены как на национальном уровне (изменение термина для наименования заболевания), так и в кампаниях конкретной направленности для повышения уровня объективного освещения (например, в профессиональной среде журналистов). Создание телесериалов и кинофильмов, представляющих, если не положительный, но нейтральный образ больного также может способствовать дестигматизации. Новые перспективы открывает привлечение социальных интернет-сетей в качестве площадки для онлайн поддержки больных и расширения их социальных связей.

Глава 4. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЛЮДЯХ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ГРУППАХ ВЕРУЮЩИХ И НЕВЕРУЮЩИХ

4.1. Программа эмпирического исследования

В общественном восприятии психические болезни воспринимаются как неизлечимые, что в свою очередь сопряжено с неизбежной инвалидизацией пациентов, ограничением их социальных взаимодействий и последующей маргинализацией (Бовина, Панов, 2005; Емельянова, Кузнецова, 2009). Подобные стереотипные, негативные по своему содержанию, социальные представления интернализируются еще в детском и подростковом возрасте и вызывают страх у представителей различных социально-демографических групп (Des Forges, 2002; Wahl, 2003; Daumerie et al., 2012). Это, в свою очередь, наряду со страхом и избеганием, приводит «здоровое» большинство к необходимости символического совладания путем подчеркивания «инаковости» больных, что противоречит принципу гуманизма в современном обществе. Стойкость негативных стигматизирующих СП о душевном недуге может объясняться глубинными, исторически сложившимися представлениями (Jodelet, 1987; А.-М. de Rosa, 1988, 1991), для которых характерно существование неоднородных, противоречивых социальных представлений о психически нездоровом индивиде. Учитывая, что полифазность возникает из многообразия социальных практик, формируемых дискурсом, изменяющимися средствами массовой информации и интернетом, а также глубоко укоренена в исторических и культурных контекстах, важно применить исследовательский подход, который позволит проанализировать полифазную структуру социальных практик через призму религиозной ментальности.

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

Достижению поставленной цели способствует решение следующих задач:

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 группах респондентов православных христиан; мусульман и неверующих;
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.

Объектом эмпирического исследования представители религиозных конфессий: православные верующие, мусульмане и неверующие (атеисты и агностики).

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

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 СП 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.

Общая гипотеза исследования:

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

Частные гипотезы исследования:

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

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

- 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.

Выборка: в диссертационном исследовании приняли участие респонденты-представители наиболее широко распространенных в РФ и в частности в г. Москве религиозных конфессий (православные христиане и мусульмане) Доля неаффилированных (включая самоидентифицирующих себя атеистов и агностиков) составляет 19%, при этом доля таковых неуклонно сокращается с 75% в 1989 г. до 19% в 2003 г., что соответствует мировой тенденции и демонстрирует значимость религиозной самоидентификации в современных реалиях (Hackett et al., 2015).

Всего в исследовании на разных этапах приняли участие 383 респондента, проживающих в г. Москва (мужчин – 188, женщин – 195).

На поисковом этапе нашего исследования были использованы методы опроса, включающие индивидуальное анкетирование и полустандартизированное интервью, в котором приняли участие 45 респондентов в возрасте от 18 до 23 лет. (3 мужчины, 12 женщин), средний возраст 19,7 лет, из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N = 5; в возрасте от 40 до 45 лет (6 мужчин, 9 женщин), средний возраст 45,4 года, из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N=5; в возрасте от 60 до 65 лет (1 мужчина, 14 женщин), средний возраст 61,7 года, из них православные христиане – N=5, мусульмане – N=5, неверующие – N=5.

В ходе основного этапа исследования были применены:

Опросник, состоящий из трех блоков:

–первый блок направлен на выявление содержания социальных представлений.

–второй блок предназначен для определения религиозной идентичности и включает шкалу самооценки степени религиозности.

–третий блок содержит социально-демографическую информацию.

Модифицированная шкала «Психологической дистанции» Д. Фелдеса, служит для оценки готовности к взаимодействию с людьми, страдающими психическими заболеваниями.

Модифицированный вариант методики «Незавершенные предложения», используемый для анализа эмоционального компонента социальных представлений относительно психически больных людей. Респондентам было предложено завершить по своему усмотрению десять предложений. Отведенное время на выполнение задания до 20 минут.

– методика «Бабблз» дала возможность провести оценку эмоциональных аспектов СП о психически нездоровом индивиде.

Обработка полученных качественных данных была осуществлена по рекомендуемой для подобных методов схеме, полученные результаты были обработаны математико-статистическими методами с помощью программы «Statistica10», Excel 2022. Были применены: кластерный анализ (метод k-средних, классифицировались объекты) для выявления типов носителей социальных представлений; линейный регрессионный анализ. Для изучения межгрупповых различий были применены критерий χ^2 -Пирсона, H-критерий Краскела-Уоллиса, дополнительные апостериорные сравнения были проведены при помощи непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

В опросе приняли участие 338 респондентов: православные христиане – N=114 (мужчин – 49 чел., женщин – 65 чел.), мусульмане – N=111 (мужчин – 53, женщин – 58 чел.), неверующие – N=113 (мужчин – 76 чел., женщин – 37 чел.). Представленность респондентов по возрастным группам: от 18 до 23 лет – N=142,

средний возраст 20,4 года; от 40 до 45 лет – N=130, средний возраст 42,5 года; в возрасте от 60 до 65 лет – N=66, средний возраст 62,5 года. Высшее образование имеют 208 респондентов (61,5%), средне-специальное – 130 респондентов (38,5%). По уровню дохода группы респондентов представлены следующим образом: менее 10 000 руб. – 41 чел. (12,1%); от 10 000- 20 000 руб. – 89 чел. (26,3%); от 20 000-30 000 руб. – 116 чел. (34,3%), от 30 000-40 000 руб. – 54 чел. (16%), более 40 000 руб. – 12 чел. (3,6%). Профессиональный статус респондентов: учащиеся/студенты – 121 чел. (35,8%), средний возраст 20,2 года; служащие – 98 чел. (29%), средний возраст 40,6 года; рабочие – 32 чел. (9,5%), средний возраст 42,4 года; не работающие – 39 чел. (11,5%), средний возраст 43,6 года; пенсионеры – 43 чел. (12,7%), средний возраст 61,7 года; другое (частный бизнес/практика) – 5 чел. (1,5%), средний возраст 43,2 года.

Семейное положение респондентов: состоящие в браке – 169 респондентов (50%), не состоящие в браке – 105 респондентов (31%), разведены – 54 респондента (16%) или потерявшие супруга – 10 респондентов (3%). При этом, в браке состоят: 73 респондента исповедующих ислам (65,8%), 68 респондентов (59,6%), исповедующих православие, 48 респондентов неверующих (42,5%). Респонденты, имеющие детей – 192 чел. (56,8%); бездетные – 146 чел. (43,2%).

Опросник для выявления структуры СП о психическом нездоровье (Коэффициент альфа Кронбаха – 0,93) был разработан 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 были заданы следующие вопросы: «Как Вы считаете, что такое психическое нездоровье?», «Знаете ли Вы причины психического нездоровья?», «Как Вы считаете, каковы последствия психического нездоровья для общества?», «Как Вы считаете, каковы последствия психического нездоровья для душевно больного человека?», «Какую помощь должно оказывать таким больным государство?», «Какую помощь могли бы Вы оказывать таким больным?». Затем, методом тематического контент-анализа были обработаны

тексты интервью. Дополнительно был проведен анализ 10 источников СМИ («Московский комсомолец», «Аргументы и факты», «Российская газета», «Газета.Ру», «Новые известия», «Регнум», «Известия», «URA.RU», «Комсомольская правда», «Независимая газета») и религиозных источников (Библия, Коран), результаты были обработаны также методом тематического контент-анализа, и на основании полученных 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».

Шкала самооценки уровня религиозности респондентов представляет собой 10-ти балльную шкалу, где оценки присваиваются по мере возрастания религиозного чувства от минимального значения (ответы «Не верую» или цифра «0») до максимального значения (ответы «Верую» и цифра «10»).

Шкала самооценки степени религиозности. Поскольку религиозность понимается и с точки зрения институциональной религии, приписывающей соблюдение религиозного свода правил и догм, в авторский опросник нами были включены вопросы о частоте посещения религиозных служб и об участии в религиозных празднованиях (шкалы представлены в Приложении 1).

Модифицированная шкала «Психологическая дистанция» Д. Фелдеса предназначена для оценки готовности к взаимодействию с психически больными и предоставляет объективные данные о социальной установке по отношению к нему. Для определения степени психологической дистанции использовалась адаптированная методика. «Психологическая дистанция» Д. Фелдеса, включающая одиннадцать суждений. Степень согласия с предложенными суждениями выражается 5-ю вариантами ответа (в порядке уменьшения): «совершенно верно», «пожалуй», «мне все равно», «не совсем так», «абсолютно не верно». Испытуемому необходимо выбрать один ответ по каждому из предложенных суждений. Затем, результаты ответов подвергаются обработке по рекомендуемой для данной методике схеме: сумма полученных баллов необходимо разделить на число 11,

чтобы получить средний балл, выражающий тесноту или дальность психологической дистанции.

Модифицированная методика Сакса-Леви «Незавершенные предложения». Данная методика предназначена для анализа эмоционального аспекта СП в контексте психического состояния индивида, что дает возможность более глубоко исследовать содержание социокультурных представлений (Мельникова, 1994; Емельянова, 2018).

Оригинальная методика Сакса-Леви была представлена в 1950-м году (Sentence Completion Test – J.M. Sacks, S.Levy, 1950) и содержит 60 предложений, сгруппированных в 4-х субшкалах, характеризующих отношение респондента к семье, сексуальным отношениям, межличностным взаимоотношениям, Я-концепцию (Пахомов, 2012). Апробация методики была проведена в 1969 году Г.Г. Румянцевым и успешно применялась в психиатрической практике (Румянцев, 1969). Модифицированная нами методика «Незавершенные предложения» включает десять предложений, в каждом из которых содержатся фразы, требующие самостоятельного завершения респондентами. Формулировка предложений была осуществлена с учетом целей, поставленных в рамках исследования. В приложениях представлены перечень незаконченных предложений (Приложение №1), кодировочный ключ (Приложение №6 таблица №6.1.), кодификатор к тематическому контент-анализу (Приложение №6, таблица №6.2).

В исследовании приняли участие: 113 неверующих респондентов, 114 – православных христиан, 111 – мусульман. Для последующего анализа полученных ответов по методике «Незавершенные предложения» был применен метод тематического контент-анализа. Для анализа завершающих частей тестовых предложений были выделены следующие 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 психически больного», «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья». Единицами анализа являются высказывания. Отнесения ответа к

позитивному отношению послужили высказывания: «такие же люди», «не виноваты», «сочувствие», «мне очень жаль», «помощь/забота», «несчастные», «безопасны»; отнесения ответа к негативному отношению: «сами виноваты», «отбросы», «страшные», «изгои», «неполноценные», «изолировать», «обуза», «ненужные»; отнесения ответа к нейтральному отношению высказывания: «не знаю», «не интересуюсь», «особенные», «интересные», «беспомощные», «странные». Относительно категории «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья» следующие высказывания относились к позитивному отношению: «я не боюсь», «у меня нет страхов», «сейчас больные не опасны» и т.д.; к негативному: «причинение вреда детям/ близким/себе/кому-либо», «изоляция» и лишение свободы больных; к нейтральному – «вылечат/не знаю/не думаю об этом». Были введены информационные знаки с учетом характера коннотаций: «положительная» - «101», «отрицательное» - «102», «нейтральное» - «103».

Далее для оценки значимых различий в исследуемых категориях в группах респондентов, были применены непараметрические Н-критерий Краскела-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни. Применение Н-критерия Краскела-Уоллиса позволило установить наличие статистически значимых различий между группами. В случаях, когда были выявлены такие различия, мы провели дополнительные апостериорные сравнения с использованием U-критерия Манна-Уитни (Унгурияну, Гржибовский, 2004). Статистическая обработка проводилась с помощью программы «STATISTICA», версия 10.

Проективная методика «Бабблз» нашла широкое применение в маркетинговых исследованиях для получения сравнительных характеристик или выявления истинных мотивов приобретения продукта/услуги (Мельникова, 1994). Подобный проективный метод необходим для создания тестовой ситуации, в которой возможно выявление глубинного уровня репрезентации психически больного, в котором нашли свое отражение архаические страхи и существующие стереотипы. Поскольку, в ситуациях прямого опроса респонденты склонны давать социально желательные ответы, не отражающие всей полноты отношения, то

подобная проективная методика позволяет получить ответ, частично свободный от контроля сознания (Лысенко О.Ю., Марковская, 2001).

В рамках нашего исследования применение этой методики было направлено на выявление глубинных установок и стереотипов, касающихся психического нездоровья. Респондентам предлагался схематический рисунок человека с изображенными вокруг него тремя пустыми «пузырями»: «мыслительными», «разговорными» и «поведенческими», которые необходимо заполнить. Для косвенного стимулирования ответов респондентов «пузыри (ленты)» содержали вопросы: «Что говорит?» «Что думает?», «Что делает?». Давалась инструкция: На этой картинке изображен душевнобольной человек. Допишите в соответствующих зонах, что на Ваш взгляд, он думает, говорит, делает.

В результате применения методики «Бабблз» были получены данные, позволяющие судить о глубинном отношении респондентов к больным, а также о вербальных, когнитивных и поведенческих проявлениях психического заболевания в представлениях респондентов, приводящих к формированию стереотипов.

Для последующего анализа полученных ответов по методике «Bubbles» был применен метод лексического контент-анализа. Категориями анализа нами были обозначены (с присвоением буквенных значений): «Вербальные проявления» (Вп), «Когнитивные проявления» (Кп), «Поведенческие проявления» (Пп). Единицами анализа обозначены высказывания. Для отнесения ответа к *категории позитивного отношения* послужили высказывания: «решает сложную теорему/задачу», «здоровается», «желает здоровья», «предлагает помощь», «то же, что и я» и т.д.; отнесения ответа к *категории негативного отношения*: «нечем думать», «как всех убить», «всех ненавижу», «что прикажут голоса», «у них в голове ад», «крушит все вокруг» и т.д.; отнесения ответа к *категории нейтрального отношения* высказывания: «что-то свое», «мне нужна помощь», «почему это происходит со мной», «почему со мной не дружат» и т.д. Бланк примененных методик представлен в Приложении № 1.

4.2. Результаты эмпирического исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в группах верующих и неверующих

4.2.1. Исследование самооценки степени религиозности

Для выявления уровня религиозности в группах респондентов, участвующих в нашем исследовании, была применена *10-ти* бальная *шкала самооценки* степени религиозности. Полученные результаты представлены в таблице № 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%

Примечательно, что лишь 45,5% респондентов православных–христиан дают самые высокие оценки уровня своей религиозности в диапазоне от 7–10, тогда как мусульмане дают наивысшие оценки уровня своей веры в 88,2% случаев.

Уровень религиозности во всех 3-х группах не зависит от уровня образования ($\chi^2=0,032$; $p \geq 0.01$), половой принадлежности ($\chi^2= 0,037$; $p \geq 0.01$), возраста ($\chi^2 =0,079$; $p \geq 0.01$).

Также стоит отметить, что в межгрупповом сравнении 3-х возрастных групп самооценки уровня религиозности различаются, 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%

Таким образом, результаты, представленные в таблице № 2, свидетельствуют о том, что наиболее высокая степень религиозности характерна для возрастной группы 60–65 лет, а наименьшая в группе респондентов 40–45 лет. При этом, наблюдается значительный разброс данных в самооценке религиозности группа респондентов 60–65 лет представлена разнонаправленно: от низкой оценки (33,3%) к ярко выраженной высокой оценке (57,6%).

Блок авторского опросника для определения религиозной активности респондентов, был представлен вопросами: «Как часто Вы посещаете религиозные службы?» и «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?», на которые респонденты отвечали путем выбора соответствующего ответа из четырех предложенных вариантов. Полученные результаты ответов на вопрос «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?» (Рис.1) показали, что соблюдение религиозных празднований более выражено среди респондентов со средне-специальным образованием по сравнению с теми, кто имеет высшее образование ($\chi^2=1,09$; $p<0.01$); среди респондентов верующих и православных христиан 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 православными верующими и неверующими ($\chi^2=1,32$; $p<0.01$). Статистически значимых различий в ответах респондентов по другим социально-демографическим признакам (возраст) не выявлено.

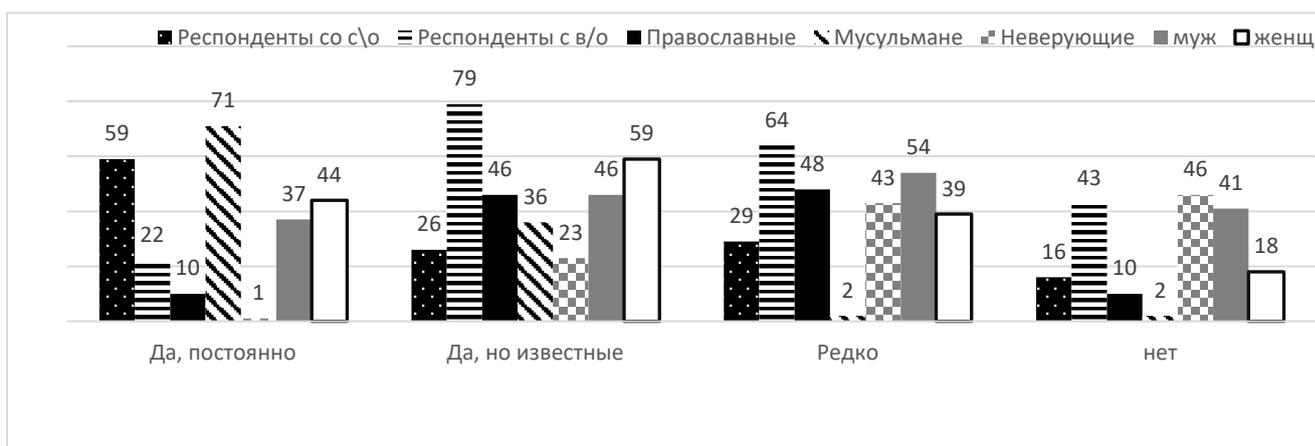


Рисунок 1. Результаты опроса респондентов на вопрос: «Отмечаете ли Вы религиозные праздники?»

Результаты ответов на вопрос «Как часто Вы посещаете религиозные службы?» (Рис.2) показали, что участие в религиозных службах значительно выше среди респондентов со средне-специальным образованием по сравнению с теми, кто обладает высшим образованием ($\chi^2=5,05$; $p<0,01$). и в группе респондентов-мусульман по сравнению с православными ($\chi^2=1,32$; $p<0,01$). Статистически значимых различий в ответах респондентов по другим социально-демографическим признакам (пол, возраст) не выявлено.

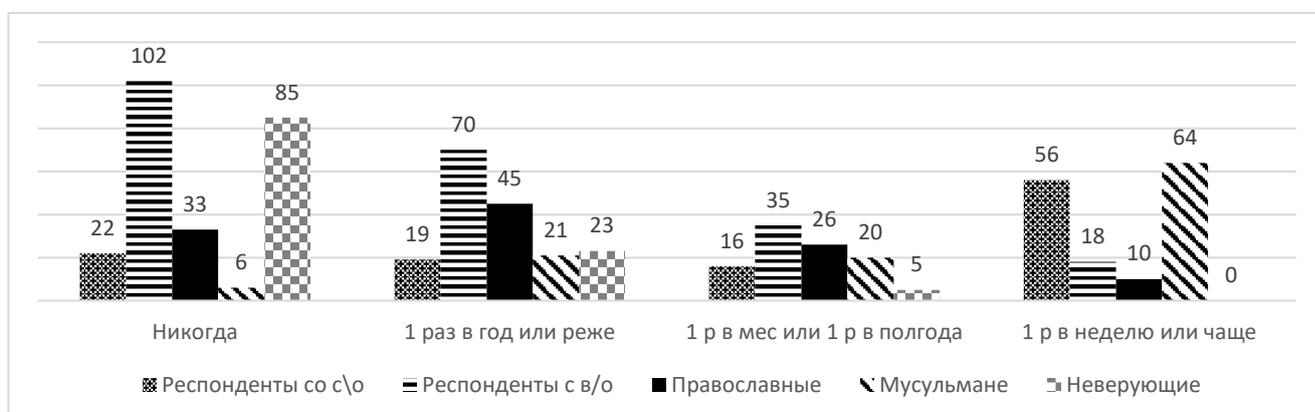


Рисунок 2. Результаты опроса респондентов на вопрос: Как часто Вы посещаете религиозные службы?»

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

На основном этапе исследования изучались СП о психически больных с выделением структуры и элементов в группах респондентов православных христиан (N=114, 49 мужчин и 65 женщин), респондентов мусульман (N=111, 53

мужчин и 58 женщин), респондентов неверующих (N=113, 76 мужчин и 37 женщин).

Для выявления структуры социальных представлений нами был применен опросник, состоящий из 29-ти утверждений, оцениваемых по 5-ти балльной шкале. Полученные результаты позволили выделить элементы СП: ядро, зону близкую к ядру, периферическую зону (путем подсчета коэффициента позитивных ответов – TCP (Taux catégorique positif) для каждого из 29 утверждений авторской анкеты. Расчет коэффициента TCP (i) был произведен по формуле (цит. по Емельяновой, 2016, С.282)

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

где n(4) – число ответов «скорее согласен», n(5) – число ответов «абсолютно согласен», N – общее число ответов. При вычислении среднего арифметического и стандартного отклонения для каждой группы респондентов мы выделили ядерные элементы СП. В ядро социального представления вошли утверждения, коэффициенты которых имели значения выше среднего плюс среднеквадратичное отклонение. Элементы с коэффициентами, превышающие среднее арифметическое значение, но имеющие меньший коэффициент, чем у элементов ядра вошли в зону, близкую к ядру СП; остальные элементы составляют периферическую зону представления. Результаты представлены в таблице № 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

Получены результаты подсчета коэффициента позитивных ответов для каждого элемента социальных представлений в группах православных христиан, мусульман и неверующих (Приложение №2)

Ядерные элементы, выявленные в трех группах респондентов, содержат шесть идентичных компонентов и обладают нейтральной направленностью. Респонденты уверены в положительном влиянии религии на духовную и поведенческую сферы. В числе причин, способствующих возникновению заболеваний, выделяются генетическая предрасположенность и случаи жестокого обращения, при этом существует уверенность в том, что психическое нездоровье может затронуть любого (Рис.3).



Рисунок 3. Сопоставление ядерных элементов трех групп респондентов о людях с проблемами психического здоровья.

Обозначения: **A** — «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»; **B**— «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»; **C**— «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.

Следует подчеркнуть, что в зоне близкой к ядру СП, только среди группы неверующих находятся высказывания о «ложных надеждах», которые предоставляет религия (утверждение № 1: «Религия дает человеку лишь ложные надежды»), о религии, как историческом наследии (утверждение № 2: «В современном мире религия не нужна»). Ядро СП группы респондентов неверующих включает в себя высказывания, касающиеся независимости личности (утверждение № 3: «Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу») но, признают значимость религиозных учений в формировании морально-этических норм и их влиянии на поведение индивида в социуме (утверждение № 5: «Религия помогает быть терпимым к другим людям»).

Общими элементами ядра для двух групп респондентов (православные христиане и мусульмане) являются: утверждение №5: «Религия помогает быть терпимыми к другим людям» и утверждение № 6: «Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью». Тем самым, религия представляет собой механизм адаптации для верующих респондентов, поскольку именно религия, в их интерпретации, является причиной толерантности к «другим», позволяет справляться со стрессовыми ситуациями, проживать негативные переживания в случаях возникновения заболеваний. В противовес утверждениям верующих респондентов в ядро СП неверующих включен элемент «Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу» (утверждение № 3). «Равнодушие со стороны общества к больным» – также общий элемент ядра верующих респондентов (утверждение № 21: «На практике общество, как правило, равнодушно к проблемам душевнобольных людей»), у неверующих респондентов он входит в зону, близкую к ядру. Утверждение № 27: «Современное общество делает таких больных маргиналами» – ядерный элемент СП только группы православных христиан, он входит в зону, близкую к ядру представления в группах респондентов, исповедующих ислам и неверующих. Это может, на наш взгляд, являться еще одним доказательством социальной изоляции психически больных, проблемы которых исключены из актуальной повестки общественных интересов «большинства».

Убеждения, касающиеся причин возникновения заболеваний, которые составляют ядро представлений респондентов-неверующих, относятся к возможным соматическим травмам или последствиям ранее перенесенных заболеваний (утверждение № 13: «Заболевание психики следствие – физической болезни или травмы»). Общим элементом ядра СП о психическом заболевании у респондентов-христиан и респондентов-неверующих – дисфункциональные нарушения в работе головного мозга (утверждение № 17: «Сбой в работе головного мозга может привести к развитию болезни психики») и социальные факторы (утверждение №18 «Психическое заболевание — это результат неправильного воспитания»), что поддерживает, биопсихосоциальную модель болезни.

Периферическая зона СП в трех исследуемых группах респондентов включает четыре идентичных элемента с негативной модальностью. Респонденты единодушно отмечают, что «болезнь является результатом неправильного образа жизни и воспитания», при этом возлагая ответственность за психически больных на их семьи. В то же время респонденты полагают, что «общество не должно перекладывать на государство заботу о психически больных людях». Болезнь как «милость избранному» или «божья кара» (утверждения № 7: «Психическое заболевание — это милость, посланная избранному человеку», № 10: «Психическое заболевание – наказание за что-либо, «Божья кара»») во всех группах респондентов - периферические элементы, хотя и отличается по степени выраженности. Психическое нездоровье, рассматриваемое как испытание (утверждение № 11 «Психическое заболевание испытание, данное человеку Создателем») находится в зоне близкой к ядру СП у мусульман, но в зоне периферии у респондентов-православных и неверующих. Утверждения: №7 «Психическое заболевание то милость, посланная избранному человеку», №10 «Психическое заболевание наказание за что-либо, «Божья кара»», №11 «Психическое заболевание испытание, данное человеку Создателем» во всех трех группах респондентов входят в периферию ядра СП, хотя и имеющими значительные различия в степени выраженности. Значимые различия наблюдаются в элементах у верующих и неверующих в маргинализации больных и их «бесполезности» в обществе (таблица

№4). Респонденты-мусульмане больше верят в болезнь, как результат Божественного воздействия по данным пунктам анкеты опроса.

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: $p \leq 0,05$; * по критерию U Манна-Уитни

С целью определения *тесноты психологической дистанции* была использована адаптированная версия методики «Психологическая дистанция» Д. Фелдеса, которая включает в себя одиннадцать утверждений, отражающих отношение к лицам с психическими расстройствам.

Степень согласия выражается 5-ю вариантами ответа: от «совершенно верно» до «абсолютно не верно». Обработанные по рекомендуемой для данной методики схеме, результаты проведенного исследования, представлены в таблице № 5.

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

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

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

Для оценки значимых различий исследуемых категорий в группах респондентов, был применен непараметрический H-критерий Краскела-Уоллиса результаты которого, показали достоверное различие в тесноте психологической

дистанции в межгрупповом сравнении относительно психически больных ($H=13,1$; $p=0,0014$ ($p \leq 0,01$)). Далее нами был применен U-критерий Манна-Уитни для конкретизации различий и было выявлено, что дистанция более тесная в группах православных христиан и мусульман в сравнении с неверующими ($U=25$; $p=0,0014$ ($p \leq 0,05$); $U=16,5$; $p=0,0014$ ($p \leq 0,05$)) соответственно. Результаты проведенного исследования показали, что различий в тесноте дистанции в группах православных христиан и мусульман не выявлено.

Также не выявлено достоверных различий в тесноте дистанции при сравнении групп по половой принадлежности ($U=0,5$; $p=0,11$), возрасту ($H=1,59$; $p=0,4514$) и уровню дохода ($H=3$; $p=0,0627$). Незначительные различия обнаружены по уровню образования: у лиц с высшим образованием дистанция дальше, чем у лиц со средним специальным образованием ($U=161$, $p=0,98$ ($p \leq 0,9$)); у лиц, имеющих детей дистанция ближе (примерно 5.28), чем у не имеющих детей (примерно 6.12) ($U=4$; $p=0,01$ ($p < 0,05$)). Результаты представлены Приложении №4.

Проведенный линейный регрессионный анализ в целом показал слабое влияние религиозной ментальности на степень согласия с утверждениями опросного листа, однако для некоторых утверждений опросника социальных представлений религиозная ментальность выступает предиктором (значимые данные представлены в Приложении 7):

4. «Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека»
5. «Религия помогает быть терпимым к другим людям».
6. «Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью».
7. «Психическое заболевание — это милость, посланная избранному человеку».

4.2.3. Выявление эмпирических типов респондентов-носителей специфических социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья

Проведенный кластерный анализ с использованием метода k-средних (классифицировались объекты) позволил выделить шесть типов носителей социальных представлений о психически больных (Приложение 3).

Основываясь на результатах предыдущих исследований, касающихся психических больных (Емельянова, Хашенко, 2009; Емельянова, 2016), и на специфические способы совладания у верующих (Тобалов, 2004), мы выделили ключевые характеристики типов СП, таких как: «оцениваемая важность проблемы, воспринимаемая личная угроза для респондента, склонность к дискриминации больных» (Емельянова, 2016, с. 369), наряду с религиозной стратегией совладания (Тобалов, 2004). Таким образом, эмпирические типы нами были условно названы следующим образом:

Тип 1 – «Толерантный»

Этот кластер включает в себя утверждения: №23 «Государство обязано обеспечить достойное качество жизни душевнобольных людей», №24 «Цивилизованное общество должно поддерживать таких больных», которые имеют наибольшие коэффициенты во всех трех группах респондентов. Утверждение №4 «Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека» характеризуется высокими значениями коэффициентов у респондентов мусульман, православных христиан и неверующих в порядке убывания. В то же время утверждения: №5 «Религия помогает быть терпимым к другим людям», №6 «Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью» входят в ядро представлений у респондентов-мусульман и респондентов-православных христиан; тогда как, у неверующих они относятся к зоне, близкой к ядру. Полагаем, что «толерантный» тип респондентов-носителей социальных представлений прибегает к религии, как способу принятия факту

психического заболевания, что, в свою очередь, способствует их субъективному психологическому и эмоциональному благополучию (Тобалов, 2004). Носители данного типа социальных представлений: 39 респондентов – православные христиане, 43 мусульмане, 25 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей СП таковы: женщин – 57,9%, мужчин – 42,1%; в возрасте от 18–23 года – 57%; 40–45 лет – 28%; 60–65 лет – 15%.

Тип 2 – «Сочувствующий»

В данный кластер вошли разнородные утверждения: №9 «Психическое заболевание может коснуться каждого», №12 «Причиной психической болезни может быть наследственность», №16 «Результатом жестокого обращения может быть психическое заболевание», что указывает на соматическую природы психических заболеваний. В ядро представлений включены утверждения: №8 «Психическое заболевание – такая же болезнь, как и все остальные», №17 «Сбой в работе головного мозга может привести к развитию болезни психики» у респондентов-православных христиан и респондентов-неверующих; и включены в зоне, близкой к ядру у респондентов-мусульман. Социальные аспекты относительно психически больных представлены в убеждениях: №23 «На практике общество, как правило, равнодушно к проблемам душевнобольных людей», №26 «Душевнобольные люди часто не получают должную поддержку от государства». Респонденты– носители представлений типа «сочувствующий» не склонны обращаться к религии, как к способу совладания. Носители данного типа социальных представлений: 35 респондентов православных, 26 мусульмане, 42 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей СП таковы: женщин – 42,7%, мужчин – 57,3%; в возрасте от 18–23 года – 41,6%; 40–45 лет – 30,1%; 60–65 лет – 28,2%.

Тип 3 – «Равнодушный»

Данный кластер включает в себя утверждения: №13 «Заболевание психики – следствие физической болезни или травмы», №27 «Современное общество

делает таких больных маргиналами», №19 «Причины возникновения психического заболевания современной науке не известны», №25 «Попечение такого больного – обязанность их семьи». Респонденты – носители социальных представлений типа «равнодушный», также, как и тип «сочувствующий» не склонны прибегать к религии, но недостаточно информированы о причинах и последствиях заболевания; склонны делегировать попечение больных его семье, тем самым, желая обособить таких больных. В группу респондентов – носителей данного типа социальных представлений входят: 24 православные, 22 мусульмане, 20 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей СП таковы: женщин – 42,4%, мужчин – 57,6%; в возрасте от 18–23 года – 30,3%; 40–45 лет – 59,1%; 60–65 лет – 10,6%.

Тип 4 – «Нетолерантный»

В этот кластер вошли утверждения: №3 «Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу», №29 «Таких больных нужно изолировать от общества». №1 «Религия дает человеку лишь ложные надежды», №2 «В современном мире религия не нужна». Респондентам–носителям типа «нетолерантный» характерны, на наш взгляд, социальные представления стигматизирующего характера в адрес людей с психическими расстройствами; и религия для этого кластера не способ преодоления сложностей. В группу респондентов – носителей данного типа входят: 6 православные христиане, 4 мусульмане, 14 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей социальных представлений таковы: женщин – 29,2%, мужчин – 70,8%; в возрасте от 18–23 года – 37,5%; 40–45 лет – 50,0%; 60–65 лет – 12,5%.

Тип 5 – «Смиранный»

Кластер данного типа содержит утверждениями: №11 «Психическое заболевание испытание, данное человеку Создателем», №10 «Психическое заболевание наказание за что-либо, «Божья кара»», №15 «Психическое заболевание может передаваться от человека к человеку», что широко представлено в трех группах

респондентов. Респонденты – носители представлений типа «смиранный» склонны обращаться к религии в негативных ситуациях (Тобалов, 2004) относительно психического нездоровья, проявляя смирение перед заболеванием, несмотря на страх перед заражением. Носители данного типа социальных представлений: 3 респондента православные христиане, 8 мусульмане, 3 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей СП таковы: женщин – 42,9%, мужчин – 57,1%; в возрасте от 18–23 года – 7,1 %; 40–45 лет – 42,9%; 60–65 лет – 50,0%.

Тип 6 - «Враждебный»

Кластер этого типа представлен утверждениями: №22 «Общество, не должно перекладывать на государство заботу о психически больных людях», №14 «Болезни психики — это результат неправильного образа жизни», №18 «Психическое заболевание — это результат неправильного воспитания», №28 «Психически больные люди не приносят пользу для государства, и они ему не нужны», №20 «Государство, финансируя лечение и уход за душевнобольными людьми, несет неоправданные убытки». Респонденты–носители представлений типа «враждебный» демонстрируют негативное отношение к больным с психиатрическим диагнозом, открыто проявляя осуждающее отношение, желание исключить эту группу из социального окружения, а религия не опосредует терпимое отношение. Носители данного типа социальных представлений: 7 респондентов православные христиане, 8 мусульмане, 9 неверующие. Половозрастные характеристики респондентов-носителей СП таковы: женщин – 29,2%, мужчин – 70,8%; в возрасте от 18–23 года – 33,3%; 40–45 лет – 50,0%; 60–65 лет – 16,7%.

4.2.4. Сосуществование различных модальностей представлений в репрезентационной системе внутри группы

Для решения задачи выявления содержания и структуры социальных представлений о психически больном в группах верующих (114 – православных,

111 – мусульман) и неверующих респондентов (113 респондентов), в исследовании была применена модифицированная методика «Незавершенные предложения». Оценка значимых различий в категориях между группами респондентов проводилась при помощи непараметрических критериев: H-критерий Краскела-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни.

Категория «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей»

Результаты полученных ответов трех групп респондентов относительно модальности отношения семьи к проблеме психически нездорового человека представлены в таблице №.6.

Таблица 6. Категория ««Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей»

Модальность категории «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей»	Группа респондентов- неверующих	Группа респондентов- православных христиан	Группа респондентов- мусульман	Достоверные различия
Позитивное	17,7%	17,5%	33,6%	p=0,0016*
Негативное	31,9%	28,4%	22,8%	-
Нейтральное	50,4%	54,1%	43,6%	-

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

Данные таблицы №6 позволяют отметить, что респонденты трех исследуемых групп (православные христиане, мусульмане и неверующие) заявляют о негативном восприятии психически больных членами своей семьи в 31,9% ответов в группе неверующих, в 28,4% – группе православных христиан, в 22,8% – в группе мусульман. Однако, мусульмане оценивают восприятие психически

больного членами своей семьи более позитивно, чем респонденты других групп – 33,6% ($U=21$, $p \leq 0,05$).

Категория «Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья»

В таблице №7 представлены результаты полученных ответов респондентов трех групп относительно модальности восприятия к психически больному.

Таблица 7. Категория «Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья»

Модальность категории «Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья»»	Группа респондентов- неверующих	Группа респондентов- православных христиан	Группа респондентов- мусульман	Достоверные различия
Позитивное	32,3%	41,8%	50,4%	$p=0,042^*$
Негативное	25,7%	28,4%	8,6%	$p=0,03^*$
Нейтральное	42%	29,8%	41%	-

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

Таким образом, о позитивном восприятии психически нездорового индивида заявляют 50,4% респондентов-мусульман, 32,3% респондентов-неверующих ($U=35$, $p \leq 0,03$). Достоверных различий в группах православных (41,8%) и мусульман (50,4%) не выявлено. В группе православных христиан наблюдается преобладание негативного восприятия, которое составляет 28,4%, что превышает показатели группы неверующих, где негативное восприятие фиксируется на уровне

25,7%, а также значительно выше, чем в группе мусульман, где данный показатель составляет всего 9,6%. Достоверные различия в негативном восприятии выявлены в межгрупповом сравнении респондентов-православных христиан и респондентов-мусульман ($U=19$, $p<0,07$). Более позитивное восприятие душевнобольных характерно для группы респондентов 18–23 лет в сравнении с группой респондентов 60–65 лет ($U=41,5$; $z=1,74$, $p<0,08$). Достоверных различий в межгрупповом сравнении возрастных групп 18–23 года и 40–45 лет; 40–45 лет и 60–65 лет не выявлено.

Категория «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом»

Результаты полученных ответов трех группы респондентов относительно показателя восприятие психически больных лиц обществом представлены в таблице № 8.

Таблица 8. Категория «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом»

Модальность категории «Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом»	Группа респондентов -неверующих	Группа респондентов-православных христиан	Группа респондентов-мусульман	Достоверные различия
Позитивное	20,8%	34,9%	48,5%	$p=0,08^*$
Негативное	47,3%	45,8%	31,5%	-
Нейтральное	31,9%	19,3%	20%	-

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

Анализируя данные, представленные в таблице № 8, можно заключить, что негативное восприятие зафиксировано у 47,3% неверующих и 45,8% православных

христиан, что значительно выше, чем у 31,5% респондентов-мусульман. В свою очередь, 31,9% неверующих респондентов продемонстрировали нейтральное отношение, в то время как среди православных христиан этот показатель составил 19,3%, а среди мусульман – 20% ($U=29,5$, $p<0,03$).

Достоверных различий в позитивной оценке в группах мусульман и православных не выявлено. Более позитивная оценка отношения респондентов к психическому нездоровью характерна для группы респондентов 18–23 лет в сравнении с группой респондентов 60–65 лет ($U=113$, $p<0,08$). Достоверных различий в межгрупповом сравнении возрастных групп 18–23 года и 40–45 лет; 40–45 лет и 60–65 лет не выявлено.

Категория «Освещение в СМИ»

Результаты полученных ответов трех группы респондентов относительно показателя характера освещения в СМИ проблематики психического нездоровья представлен в таблице №9.

Таблица 9. Категория «Освещение в СМИ»

Модальность Категории «Освещение в СМИ»	Группа респондентов- неверующих	Группа респондентов- православных христиан	Группа респондентов- мусульман	Достоверные различия
Позитивное	12,4%	13,8%	26,0%	отсутствуют
Негативное	49,1%	37,1%	28,1%	отсутствуют
Нейтральное	38,5%	49,1%	45,9%	отсутствуют

Полученные результаты, представленные в таблице № 9 показывают, что характер освещения проблемы психического нездоровья в средствах массовой информации демонстрирует преобладание негативного восприятия среди респондентов: 49,1% респонденты - «неверующие», 37,1% «православные

христиане» и 28,1% «мусульмане». Нейтральный характер публикаций отмечают 38,5%; 49,1%; 45,9% респонденты «неверующие», «православные христиане» и «мусульмане» соответственно. Таким образом, респонденты трех групп в большей степени склонны воспринимать освещение проблемы психического нездоровья в СМИ как негативное.

Проведенный нами ранее тематический контент-анализ публикаций в СМИ, Интернет-ресурсах, продукции киноиндустрии (Емельянова, Израелян, 2018; Израелян, 2019), с одной стороны, и анализ результатов проективных методик в данном исследовании, с другой, позволяют говорить о сходстве содержания элементов СП о больном с психическим заболеванием. Более позитивная оценка характера освещения в СМИ проблемы психического нездоровья характерна для группы респондентов 18–23 лет в сравнении с группой респондентов 60–65 лет ($U=23$, $p<0,04$). Достоверных различий в межгрупповом сравнении возрастных групп 18–23 года и 40–45 лет; 40–45 лет и 60–65 лет не выявлено.

Категория «Будущее психически больного»

Результаты полученных ответов трех группы респондентов относительно показателя восприятие будущего душевнобольных представлены в таблице №10. Полученные результаты демонстрируют, что перспективы будущего психически больных носят разноплановый характер. Полнос оценки смещается с явно позитивного – 39,9% декларируемого православными христианами, до выраженного нейтрального 36,7%, 34,5% и негативного – 40,3%, 41,4% декларируемого неверующими и мусульманами соответственно. Результаты представлены в таблице №10.

Таблица 10. Категория «Будущее психически больного»

Модальность категории «Будущее психически больного»	Группа неверующих	Группа православных христиан	Группа мусульман	Достоверные различия
Позитивное	23%	39,9%	24,1%	отсутствуют
Негативное	36,7%	31,6%	34,5%	отсутствуют
Нейтральное	40,3%	28,5%	41,4%	отсутствуют

Категория «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»

Позитивно окрашенное восприятие выражалось высказываниями: «я не боюсь», «у меня нет страхов», «сейчас больные не опасны» и т.д.; негативно окрашенное восприятие выражалось высказываниями: «причинение вреда детям/близким/себе/кому-либо», «изоляция» и лишение свободы больных; к нейтральному – «вылечат/не знаю/не думаю об этом». Результаты полученных ответов трех группы респондентов относительно показателя «опасения» относительно психически нездоровых лиц представлены в таблице №11.

Таблица 11. Категория «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»

Модальность Категории «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»	Группа респондентов -неверующих	Группа респондентов- православных христиан	Группа респондентов- мусульман	Достоверные различия
Положительное	9,7%	1,8%	3,6%	отсутствуют
Негативное	56,6%	57,8%	40%	отсутствуют
Нейтральное	33,7%	40,4%	56,4%	отсутствуют

Результаты, представленные в таблице № 11 демонстрируют преобладание опасений относительно психически больных в трех группах респондентов: лишь 9,7% неверующих, 1,8% православных христиан и 3,6% мусульман заявляют об отсутствии страхов. В то же время, наличие страхов отмечают 56,6% неверующих, 57,8% православных христиан и 40% мусульман; о нейтральном восприятии заявляют 33,7% неверующих, 40,4% православных христиан и 56,4% мусульман.

Содержательный анализ текстов по методике «Незавершенные предложения» в категории «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья»

Анализируя уровень опасений во всех трех группах респондентов высок, а также, принимая во внимание, что нейтрально окрашенное восприятие выразилось высказываниями таким как: «не знаю/ не интересуюсь/ меня не волнует», что может являться стратегией избегания, нами был проведен дополнительный качественный анализ содержания опасений. В рамках анализа 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». Анализ частоты выделенных единиц текста в трех группах респондентов представлен в таблице №12.

Таблица 12. Категория «Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья» (качественный анализ)

Единицы анализа	Респонденты- неверующие	Респонденты- православные христиане	Респондентов - мусульман
Агрессивные действия со стороны больных /убийство	15%	11,0%	3,6%
Самоагрессия, суицид	12,4%	5,5%	10%
Непредсказуемость/ Неадекватность	10,6%	19,3%	17,3%
Причинение вреда детям	8,9%	6,4%	1,8%
Опасность (не уточненная)	8,9%	15,6%	7,3%

Результаты, представленные в таблице № 12, демонстрируют, что преобладающими страхами в группах респондентов неверующих и мусульман являются: «Причинение вреда детям» и страх «Самоагрессии, суицида» в группе респондентов православных христиан. Респонденты неверующие наравне со страхом «причинение вреда детям» также склонны заявлять об исходящей «опасности» от больных (высказывания типа: «просто боюсь», «опасны», «пугают» и т.д.). Страх агрессии со стороны больных: «Агрессивные действия со стороны больных /убийство» – занимает ведущую позицию у мусульман, менее выражен у православных христиан и слабый у неверующих респондентов. Тогда как «Непредсказуемость/неадекватность» психически больных тревожит неверующих и отходит на последний план в группах верующих респондентов.

Анализ результатов применения проективной методики «Бабблз»

Анализ был проведен при помощи метода тематического контент-анализа. Категориями анализа были обозначены (с присвоением буквенных значений): «Вербальные проявления» (Вп) высказывания респондентов в ответ на вопрос «Что говорит?», написанные в «пузыре» рисунка, «Когнитивные проявления» (Кп) высказывания респондентов в ответ на вопрос «Что думает?», написанные в «пузыре» рисунка, «Поведенческие проявления» (Пп)- высказывания респондентов в ответ на вопрос «Что делает?», написанные в «пузыре» рисунка.

Единицами анализа служили высказывания респондентов, написанные в «пузырях» рисунков. Отнесения ответа к позитивному восприятию послужили высказывания: «решает сложную теорему/задачу, рисует картины, сочиняет стихи», «здоровается», «желает здоровья», «предлагает помощь», «то же, что и я» и т.д.; отнесения ответа к негативному восприятию: «нечем думать», «как всех убить», «всех ненавижу», «что прикажут голоса», «бродяжничает», «убийство», «сексуальные отклонения», «кражи», «у них в голове ад», «крушит все вокруг» и т.д.; отнесения ответа к нейтральному восприятию высказывания: «что-то свое», «мне нужна помощь», «почему это происходит со мной», «почему со мной не дружат» и т.д. Полученные результаты качественного анализа методики «Бабблз» представлены в таблице №13.

Таблица 13. Результаты качественного анализа методики «Бабблз», в %

Модальность отношения	Группа респондентов- неверующих			Группа респондентов- православных христиан			Группа респондентов-мусульман		
	Вп	Пп	Кп	Вп	Пп	Кп	Вп	Пп	Кп
Позитивное	12,5%	13,4%	13,4%	16,9%	15,2%	20,5%	15%	14%	15%
Негативное	49,1%	37,5%	43,8%	45,5%	45,5%	40,2%	41,1%	37,4%	38,3%
Нейтральное	38,4%	49,1%	42,8%	37,6%	39,3%	39,3%	43,9%	48,6%	46,7%

Примечание. «Вербальные проявления» (Вп), «Когнитивные проявления» (Кп), «Поведенческие проявления» (Пп).

Полученные нами результаты позволяют сделать выводы о том, что психическое нездоровье воспринимается чаще в негативном ключе. При этом вербальные негативные проявления занимают лидирующую позицию в репрезентациях трех группах респондентов: 49,1% – неверующие, 45,5% – православные христиане, 41,1% – мусульмане (~ 45,2%). На втором и третьем месте по значимости признаков психического неблагополучия респонденты отмечают «когнитивные проявления» ~ 40,8% и «поведенческие проявления» ~ 40,1%. Для выявления межгрупповых различий в трех группах были проанализированы полученные результаты при сравнении по возрастным характеристикам, уровню образования, уровню дохода. Необходимо отметить, что группа респондентов 18–23 лет склонна к более терпимому восприятию (методика «Бабблз») психического нездоровья по фактору «вербальные проявления» ($U=11,5$, $p=0,03$ ($p \leq 0,05$)) в сравнении с возрастной группой 60–65 лет. Респонденты демонстрируют различия в восприятии поведенческих и когнитивных проявлений, которые являются статистически значимыми и имеют негативную окраску по сравнению с группой лиц в возрасте от 18–23 лет ($U=39$, $p=0,059$; $U=22,5$, $p=0,003$ ($p \leq 0,05$)) соответственно. Респонденты, имеющие высшее образование демонстрируют более негативное восприятие «когнитивных проявлений» в сравнении с респондентами со средним уровнем образования ($U=6,5$, $p=0,0392$ ($p < 0,05$)) (Приложение 5, таблица 5.1). Статистически значимых различий в ответах респондентов по социально-демографическим признакам (пол) не выявлено.

Отметим, что 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.

4.3. Обсуждение результатов исследования социальных представлений о людях с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества

Проведенное нами исследование доказало правомерность изучения вопросов психического нездоровья с помощью понятийного аппарата и методологии концепции социальных представлений, в частности, понятия когнитивной полифазии. Проблема психического нездоровья и сегодня остается актуальной в массовом сознании. Оставив в стороне экономический аспект вопроса, можно констатировать, что социально-психологические аспекты не решены до сих пор из-за противоречивости обыденного сознания. Попытка разрешения подобных противоречий в рамках концепции социальных представлений открывает новые перспективы.

Осуществленный теоретический анализ основных положений концепций социальных представлений (теоретическая задача №1) свидетельствует о том, что истоки подобных противоречий обыденного сознания имеют исторические корни. Современное состояние концепции социальных представлений позволяет рассматривать данный вопрос с позиции феномена когнитивной полифазии, проследив зарождение представлений о психически больных и возможности «примирения» представлений различных модальностей. Это особенно актуально сегодня, поскольку проведенные зарубежными и отечественными авторами эмпирические исследования констатируют, что современные представления о душевнобольных служат для сохранения и легитимизации сложившегося неравенства в обществе, где нездоровье, особенно психическое, является изъяном (Jodelet, 1991; Бовина, Панов, 2005; Емельянова, Кузнецова, 2009). Это, в свою

очередь, приводит к дегуманизации больного, в «расчеловечивании» больных, агрессивной форме взаимодействия (Borinca et al., 2023) и дистанцированию (Costarelli, Gerlowska, 2015). Среди причин психиатрического заболевания наиболее частыми 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, телевидение и киноискусство. Для изображения психического заболевания предпосылкой девиантного поведения СМИ используют уже сформировавшиеся клише, сенсационные заголовки, намеренно искаженную или неполную информацию (Thornton, Wahl, 1996; Coverdale et al., 2000; Olstead et al., 2002; Емельянова, Израелян, 2018; Li et al., 2020; Kim et al., 2023). Подобная ситуация прослеживается в интернет-материалах, неизменно имеющих высокий рейтинг популярности и одновременно порождающих большое количество негативных комментариев интернет-пользователей относительно подобных больных (Shigeta et al., 2017).

В телевизионных программах и кинофильмах, том числе достаточно популярных и выходящих на широкие экраны, также прослеживается предвзятость относительно психически больных. Эти персонажи часто представлены ассоциальными, бесправными, склонными к актам агрессии к окружающим или самоагрессии, тем самым формируя стереотипный стигматизирующий образ больного (Емельянова, Израелян, 2018). Таким образом, вышеупомянутые факторы: исторические корни представлений о психиатрическом больном, негативный вклад СМИ, ТВ, интернета, киноиндустрии, набор противоречивых обыденных и научных знаний относительно заболевания формируют амбивалентность поля представления о психически больном, порождая когнитивную полифазию. С одной стороны, общество декларирует необходимость социализации больных, их общественное принятие, декларируя порицание ущемления их прав, но с другой стороны, всячески подчеркивает их «инаковость»

и выказывает готовность к оправданию их изоляции (Daumerie et al., 2012; Wahl, Roth, 1982). На это указывает Д. Жодле, говоря о том, что существует большая разница между интеграцией в сообщество с точки зрения общего физического пространства и реальной психосоциальной интеграцией: попытки представить психически больных, как полноценных членов общества столкнутся, с большей долей вероятности, со скептицизмом и сопротивлением со стороны общественности (Jodelet, 1991).

В работе был проведен теоретический анализ социально-психологических аспектов религии и религиозности (теоретическая задача №2), поскольку рассмотрение феномена когнитивной полифазии через призму религиозной ментальности не предпринималось ранее. Теоретические и эмпирические исследования религии и религиозности говорят о положительном влиянии на психологическое и соматическое благополучие человека, удовлетворенность жизнью, поиск смысла жизни, самооценку (Levin, 2002), веру в справедливость (Flannelly et al., 2012), о способности выступать эффективным ресурсом совладания (Plakas et al., 2011). Однако, в восприятии психически больного авторы отмечают двойственный характер влияния религии: с одной стороны, рождающей предубеждения, с другой, устраняющей их (Allport, 1979). В случае психического нездоровья подобная амбивалентность проявляется отчетливо: принятие больного, как страждущего и нуждающегося в поддержке и оказанию особого отношения как к «образу Божию» (Еп. Игнатий (Брянчанинов)). В православии подобное отношение привело к появлению особого этического кодекса «христианской психологии» (Братусь, 1995). Но, в то же время, психическое заболевание и в Коране, и в Библии выступает как кара свыше за греховность и несправедность. Также культивируются и идеи о сверхъестественных причинах заболевания—одержимость злым духом, сглаз, колдовство, отголоски которых наблюдаются и сегодня в обыденных представлениях о душевном нездоровье.

Анализ влияния СМИ на конструирование социальных представлений о душевном нездоровье (теоретическая задача №3) позволил сделать выводы о том, что СМИ активно используют характерные негативные клише для интерпретации

материалов повествования. Нарративные «фреймы», содержащие стандартный набор предложений/сценариев, используются для преобразования нейтральной или обрывочной информации в легко узнаваемые стереотипы (Hazelton, 1997; Coverdale et al., 2000; Nairn et al., 2001), имплицитно связывая психические заболевания с насилием, побуждая аудиторию опираться на сложившиеся стереотипы, сохраняя неизменным негативный спектр освещения проблемы (Matas et al., 1986; Allen, Nairn, 1997; Coverdale et al., 2000; Seale, 2003; Stark et al., 2004; Li et al., 2020; Kim et al., 2023). В ТВ-трансляциях, анимационных фильмах душевнобольные персонажи – объекты для насмешек или источники опасности, вызывающие негативные обобщения для всего спектра психических заболеваний, а стигматизирующая вербализация психиатрических «терминов» призвана показать низкий социальный статус больного (Wilson et al., 2000; Stuart, 2006; Емельянова, Израелян, 2018). Однако, сегодня поднимается вопрос о нивелировании стигматизации душевнобольных, (Ржевская, Руженков, 2017), в том числе и посредством изменения характера освещения этого вопроса СМИ (Koike et al., 2017; Rohm et al., 2017). В процесс дестигматизации свой вклад могут принести ТВ, включая в сценарии персонажей, имеющих психический недуг, создавая их нейтральный/положительный образ (Turner et al., 2014); исследователи утверждают, что в условиях современной жизни больные все чаще обращаются к популярным социальным сетям: Facebook, Twitter или YouTube (Gowen et al., 2012; Miller et al., 2015; Naslund et al., 2016).

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 ($p \leq 0,01$), пола ($p \leq 0,01$), возраста ($p \leq 0,01$); уровня дохода ($p \leq 0,01$). При этом для православных христиан характерны самооценки религиозности в диапазонах от 4–7 и от 8–10 баллов (что расценивалось нами, как средний и высокий уровень); для респондентов-мусульман более характерны оценки в диапазоне от 8–10 баллов, при этом наиболее высокая степень религиозности характерна для возрастной группы 60–65 лет. Полученные результаты согласуются

с выводами ранее проведенных исследований (Тобалов, 2004; Hayward, Krause, 2013; Wong et al., 2018). Подобные отличия объясняются тем, что для исповедующих ислам характерно понимание религии как догмата, с обязательным соблюдением религиозных ритуалов; как способа совладания с жизненными трудностями, связанного с поиском социальной поддержки, одобрения, обращения к молитве (Тобалов, 2004). При этом, регулярное посещение мест религиозного поклонения и соблюдение обрядовых практик характерны для мусульман. Регулярность посещения религиозных служб респондентами-православными христианами не связана с их половой принадлежностью ($p \leq 0,05$), но религиозные праздники чаще соблюдают женщины ($p \leq 0,01$), что также подтверждает результаты проведенных ранее исследований (Радаев, 2018).

Между тем, стоит отметить, что соблюдение религиозных обрядовых практик коррелирует с уровнем образования: чем выше уровень образования, тем ниже показатель в данной категории ($p < 0,01$). Для неверующих респондентов регулярность соблюдения религиозных празднований имеет схожие показатели с таковыми у православных – 37,2% и 42,1% соответственно. Подобная тенденция, на наш взгляд, объясняется влиянием социума, в данном случае, имеет место приверженность культурной традиции (Stark, Bainbridge, 1985; Московиси, 1998), а частично и тем, что значимые православные празднования сегодня широко освещаются в СМИ приобретая характер общегосударственного праздника.

Полученные в рамках нашего исследования результаты дополняют данные других авторов. Так, Ю.П. Тобалов отмечает, что для неверующих характерна низкая религиозная активность, для православных христиан – средняя, тогда как у мусульман религиозная активность выше, чем у христиан. Мотивом обращения к Вере у неверующих является именно интерес к религиозной традиции, ее атрибутам. Ю.Ю. Синелина также отмечает данную тенденцию, указывая, что часть группы неверующих, все же склонна участвовать в культовой религиозной деятельности; а среди православных христиан выделяется особый тип верующего – «нового православного», нерегулярно посещающего храмы, поверхностно или совсем не знакомого с церковными догматами (Синелина, 2001, 2009).

Анализ содержания социальных представлений о психически больном (эмпирическая задача №1) в исследуемой выборке удалось выделить как общие, так и специфические характеристики. Общими ядерными элементами представления, представляющими собой устойчивые убеждения для трех групп респондентов, являются: признание положительного влияния религии на поведенческий и эмоциональный компоненты представления; принятие биопсихосоциальной модели психического заболевания; осознание важности социальной поддержки для пациентов; а также убежденность в том, что болезнь может затронуть каждого человека. Вера в Бога — центральный элемент мировоззрения у верующих респондентов (мусульман и православных христиан). В то же время, для неверующих респондентов характерно признание свободы выбора человека в контексте различных обстоятельств. Убеждение о равнодушии общества к проблеме социального отторжения людей с психическими расстройствами является убеждением в группе верующих респондентов.

Анализ содержания социальных представлений о религии и ее места в структуре СП о психически больных показал, что для неверующих респондентов, характерны убеждения о «ложности» религии и репрезентации ее как «пережитка прошлого». В противоположность подобным СП, группы верующих респондентов предсказуемо убеждены в необходимости религии, как фактора, нормализующего поведенческий, эмоциональный аспекты общественной жизни, предполагающего высокую толерантность к «иным» членам общества. При этом, для мусульман характерно СП о причине психической болезни, как Божественная «милость к избранному» или «божья кара», а для неверующих СП о маргинализации больных и их «бесполезности» в обществе.

Нами были выделены типы респондентов-носителей социальных представлений (эмпирическая задача №2): *Тип 1* – «Толерантный», прибегающие к религиозному совладанию для обретения психоэмоционального благополучия. При этом, большинство носителей данного типа СП составляют респонденты-женщины (57,9%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 18–23 лет (57%). Данные результаты согласуются с полученными ранее в исследованиях Т.П.

Емельяновой и А.В. Кузнецовой, о том, что для женщин характерно наличие более позитивной эмоциональной оценки душевнобольных, чем для мужчин (Емельянова, Кузнецова, 2009). *Тип 2* — «*Сочувствующий*», поддерживающий достаточно разнородные убеждения: в соматическом характере заболевания, признание биомедицинской модели болезни; социальной проблематики болезни. Это респонденты, не прибегающие к религиозному способу совладания. Большинство носителей данного типа СП составляют респонденты-мужчины (57,3%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 18–23 лет (41,6%). *Тип 3* — «*Равнодушный*», признающий соматическую травму первопричиной заболевания; делегирующий ответственность за попечение больных на общество; и в целом, не имеющий достаточной информации о данном типе заболевания. Большинство носителей данного типа СП составляют респонденты-мужчины (57,7%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 40–45 лет (59,1%). *Тип 4* — «*Нетолерантный*» носители которого, склонны представлять социально желательные ответы в ситуации прямого опроса, но одновременно демонстрирующие готовность к оправданию социальной изоляции душевнобольных, отвергая при этом религиозные способы объяснения. Большинство носителей данного типа СП составляют респонденты-мужчины (70,8%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 40–45 лет (50,0%). *Тип 5* — «*Смиранный*», носители которого, склонны обращаться к религиозным верованиям в трудных ситуациях, в том числе, связанных с психическим здоровьем. Это выражается в их смиренном отношении к заболеваниям, несмотря на присутствующий страх перед возможным заражением. Большинство носителей данного типа социальных представлений составляют респонденты-мужчины (57,1%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 60–65 лет (50%). *Тип 6* — «*Враждебный*» — респонденты-носители социальных представлений склонны видеть источник заболевания в самом больном, возлагая ответственность за социальное благополучие больных на общество; при этом, также выражают убеждения в необоснованности финансовых трат на лечение. Большинство носителей данного типа социальных представлений составляют респонденты-

мужчины (70,7%); возрастные характеристики представлены в диапазоне 40–45 лет (50%). Тип 4 – «Нетолерантный» и тип 6 – «Враждебный» включают значительное количество респондентов, не относящихся к верующим. Полученные данные согласуются с результатами предыдущих исследований, которые указывают на тенденцию среди неверующих чаще использовать избегающее поведение по сравнению с последователями исламской и православной традиций (Тобалов, 2004).

Внутренняя противоречивость представлений о психических заболеваниях среди респондентов была выявлена с помощью методик «Незавершённые предложения» и «Бабблз». Большинство участников из трех исследуемых групп (православные христиане, мусульмане и неверующие) заявляют о нейтральном отношении к проблеме психического нездоровья среди членов своей семьи. О своем негативном восприятии чаще сообщают респонденты-неверующие, тогда как респонденты-мусульмане оценивает отношение своей семьи к вопросу психического нездоровья более позитивно ($p < 0,05$). В ответах респондентов-мусульман наблюдается более положительное восприятие людей с психическими расстройствами по сравнению с неверующими ($p < 0,03$). В то же время, элементы СП негативной модальности более заметны среди православных христиан, где 28,4% респондентов выражают такие мнения, в отличие от мусульман, среди которых этот показатель составляет 9,6% ($p < 0,07$). Тематический контент-анализ результатов, полученных с использованием методики «Бабблз», выявил наличие стигматизирующих терминов в описаниях психически больных, а также страхи, аналогичные тем, что часто отражаются в средствах массовой информации (Link et al., 2004), что соотносится с проведенными исследованиями зарубежных коллег (Li et al., 2020)

Социальные представления о негативном общественном восприятии душевнобольных едино для респондентов трех групп. Более позитивно его склонны оценивать верующие респонденты в сравнении с неверующими ($p < 0,03$). Характер освещения проблемы психического нездоровья в СМИ также единодушно оценивается как негативный респондентами трех групп. Жизненные

перспективы душевнобольных видятся респондентами по-разному, от явно позитивного полюса (православные) до негативного (неверующие и мусульмане). Особо стоит отметить, что для возрастной группы 18–23 лет (по сравнению с группой 60–65 лет) характерна более позитивная модальность восприятия, включая личностное отношение к душевному нездоровью ($p < 0,08$), оценка общественного отношения ($p < 0,08$), характер освещения проблемы СМИ ($p < 0,04$) (метод «Незавершённые предложения»).

Убеждения об опасности больного с психическим заболеванием характерны для респондентов всех трех групп: православные, неверующие и мусульмане (в порядке убывания). Проведенный анализ выявил наиболее характерные страхи и опасения: агрессия со стороны больных, самоагрессия, непредсказуемость и неопределенная опасность, что перекликается с тематикой и характером предоставления информации СМИ, телевидения, киноиндустрии и интернет-сети об этом недуге и также подтверждает результаты проведенных ранее исследований (Jodelet, 1991; de Rosa, 1991; Des Forges, 2002; Li et al., 2020; Kim et al., 2023). Таким образом, в структуре социальных представлений о психически больных по результатам исследования с помощью качественных методик преобладает негативная модальность восприятия (страх, обвинения в девиантном поведении), а также нейтральное отношение к подобному больному.

Измерение тесноты психологической дистанции позволило выявить уровень готовности к социальному контакту с психически больным: дистанция более тесная в группах верующих при сравнении с группой неверующих респондентов; у лиц с высшим образованием дистанция дальше, чем у лиц со средне-специальным образованием ($p < 0,9$); у лиц, имеющих детей дистанция ближе, чем у бездетных ($p < 0,05$), что также подтверждает результаты проведенных ранее исследований (Емельянова, Кузнецова, 2009).

Особого внимания заслуживает большая открытость к социальным контактам и высокая толерантность, которую демонстрировали к психически больным респонденты группы 18–23 лет, что подтверждено предыдущими исследованиями (de Rosa, Bocci, 2013), и нетолерантность респондентов

возрастной группы 60–65 лет. Именно представители младшей возрастной группы составляют большинство среди респондентов «Толерантного» и «Сочувствующего» типов). И наоборот, нетолерантны респонденты-мужчины возрастной группы 40–45 лет (составляющие большинство среди представителей типов «Равнодушный», «Нетолерантный», «Враждебный»). Примечательно, что толерантность к душевнобольным у лиц старшего подросткового возраста отмечают в своем исследовании А.-М. Де Роза и Е. Боччи: у молодежи в СП о психическом заболевании отмечалось более терпимое отношение, чем у взрослых: Этот результат согласуется с ранее отмеченной гуманитарной составляющей в репрезентации социальных проблем среди молодежи (de Rosa, Bocci. 2013). Подобный результат соответствует общемировой тенденции, и частично может быть обусловлен тем, что группа 18–23 года использует дополнительные источники информации (социальные интернет сети, кинофильмы), тогда как группа лиц 60–65 лет ограничивается такими источниками, как печатные СМИ, ТВ, транслирующими стереотипные представления о лицах с проблемами психического здоровья (Антипкин, Антонов, 2013).

В ходе исследования были выявлены эмпирические типы респондентов-носителей СП: «Толерантный», «Смиранный» и «Сочувствующий», которые демонстрируют терпимость к людям с психическими расстройствами. В то же время, противоположные им типы «Нетолерантный» и «Враждебный» проявляют стигматизирующие представления. Следует отметить, что наиболее распространёнными среди респондентов являются «Толерантный» (31,6%) и «Сочувствующий» (30,5%), что свидетельствует о преобладании у них гуманистических взглядов. Исключение составляют респонденты типов «Нетолерантный» (7,1%) и «Враждебный» (7%), среди которых значительное количество составляют респонденты-неверующие. Таким образом, религиозная ментальность играет важную роль в формировании общественного мнения о больных с психическими расстройствами. Интересно, что в группе «Толерантный» 34,2% составляют православные, 38,7% — мусульмане, и лишь 22,1% — неверующие. Это указывает на то, что тенденция к смирению и терпимости по

отношению к «иным» людям является основополагающей в религиозной ментальности последователей обеих конфессий.

Сравнение социальных представлений верующих и неверующих относительно психического нездоровья показывает, что для респондентами болезнь рассматривается как соматическое заболевание или как имеющее сверхъестественную природу (эмпирическая задача №4) показывает, что для респондентов болезнь выступает как соматическое заболевание или имеет сверхъестественную причину (наказание за греховность, испытание свыше и т.д.), а социокогнитивная система является полифазной, сочетая научные, обыденные и религиозные причины заболевания. Для респондентов-неверующих полифазия выражается в сосуществовании противоречивых процессов в репрезентативном поле – научные и обыденные знания активно используются для объяснения причин заболевания (de Rosa, 1988; Wagner, Duveen, 2000; Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2013).

В результате сопоставления современных социальных представлений с архаичными (эмпирическая задача №5) было выявлено, что в структуре социальных представлений о больных с психическим расстройством у верующих и у неверующих респондентов преобладают элементы негативной модальности. Это несоответствие возможно объяснить феноменом когнитивной полифазии (Wagner et al., 2000), который указывает на сосуществование современных знаний о психических заболеваниях (Provencher, 2007) и архаичных представлений о них (de Rosa, Vocci, 2013).

Согласно нашим данным, страх заражения, опасения агрессивного поведения психически нездоровых людей, а также глубоко укоренившиеся негативные эмоции в отношении «иных» индивидов являются основными составляющими социальных представлений о таких пациентах среди трех исследуемых групп респондентов: православных христиан, мусульман и неверующих. Эти выводы находят подтверждение в других исследованиях в данной области.

Так, Д. Жодле описывает характерное поведение в отношении душевнобольных со стороны «здорового» большинства, уместное, скорее при

болезнях, передающихся воздушно-капельным путем (Jodelet, 1991). В исследованиях А.-М. Де Роза душевнобольные предстают в СП как демонические или полиморфные фигуры «бесов» или людей, одержимых демоническими силами (De Rose, 1997). Таким образом, неоднородные представления о психическом нездоровье объединены темами ненормальности и «инаковости» (Ayesteran, Paez, 1986; Petrillo, 1987). Можно констатировать, что респонденты используют разнообразные источники знаний, включая науку, религию, веру в сверхъестественное.

В контексте психического нездоровья выявляется специфическая форма когнитивной полифазии — селективное преобладание (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2015), проявляющееся в том, что «системы знания существуют одновременно и активируются в разные временные промежутки и в различных ситуациях... разные системы знания сосуществуют, сохраняя свои содержания, логику и эмоциональную нагрузку» (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2015, с. 174). Следует отметить, что такая противоречивость и многогранность репрезентационных полей в контексте болезни и здоровья является естественной в условиях современного общества. Однако важной задачей на сегодняшний день остается интеграция людей с психическими расстройствами в общество и их психологическое принятие.

Выводы к главе 4

Проведенное нами эмпирическое исследование социальных представлений о лицах с проблемами психического здоровья в различных религиозных группах общества позволило сделать выводы:

1. В содержании социальных представлений 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, касающиеся положительной роли религии в жизни общества и предполагающие высокую толерантность к психически больным людям. У верующих респондентов толерантность определяется, в основном,

религиозной ментальностью, а у неверующих только социальной желательностью. Для всех групп респондентов характерны ядерные элементы, декларирующие необходимость социальной поддержки больных. Эмоционально-оценочный компонент социальных представлений – позитивный. Таким образом, *основная гипотеза* о том, что социальные представления о психически больных когнитивно полифазны и различны у респондентов верующих и неверующих подтвердилась.

2. Результаты исследования социальных представлений, проведенного с применением проективных методов, выявляют преобладание негативных аспектов в восприятии больных с психическими заболеваниями. Все три группы респондентов демонстрируют наличие таких эмоций, как страх заражения, опасения по поводу агрессивных действий со стороны пациентов, вероятность суицидальных проявлений, а также 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 более древние, 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 социальные представления 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», «Смирный», «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 социальных представлений «Толерантный» составляют женщины (57,9%). Большая часть носителей типа социальных представлений «Враждебный» – респонденты-мужчины (70,7%). Они склонны видеть источник заболевания в самом больном, возлагая ответственность за социальное благополучие больных на общество, но при этом выражают убеждение в необоснованности финансовых трат на лечение.

6. Психологическая дистанция с больным с психически расстройством более тесная в группах верующих по сравнению с группами неверующих. При этом различия в степени психологической дистанции между православными верующими 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 социальных представлений о психически больном и его образом, как субъекта, асоциального, склонного к девиантному поведению, культивируемому в СМИ. Таким образом, гипотеза о том, что социальные представления 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 возрастной группы 60–65 лет.

Заключение

В современном обществе превалирует представление о здоровье, как неотъемлемой части успешного функционирования личности (Бовина, 2009). Потому, изучение проблемы психического нездоровья актуально в свете социально-экономических и социально-психологических реалий. Взгляд на проблему психического нездоровья через призму религиозной ментальности и с учетом полифазной природы социальных представлений об этой проблеме, открывает новые перспективы. Без учета исторически сложившихся в обществе социальных представлений о психически больных решение проблемы их интеграции в социум не может быть успешным (de Rosa, 2012).

Существование феномена когнитивной полифазии на сегодняшний день подтверждено целым рядом работ (Wagner et al., 2000; Jovchelovitch, 2001; de Rosa, 2012). В зарубежной психологии активно разрабатываются разнообразные подходы к пониманию данного явления, например, рассмотрение полифазии как сосуществование множественных представлений, (Gillespie, 2008) или с точки зрения сосуществования множества рациональностей (Jovchelovitch, Priego-Hernandez, 2013). Однако, в отечественной психологии феномен когнитивной полифазии о психическом нездоровье рассмотрен и эмпирически подтвержден впервые в данном исследовании. Это открывает широкие перспективы изучения феномена когнитивной полифазии в самых разнообразных областях психологической науки.

Наше исследование когнитивной полифазии в силу своей новизны, естественно имеет определенные ограничения. Одна из сложностей заключалась в сборе анкет респондентов 60-65 лет, неохотно участвующих в данном исследовании, по причине «неприятной» темы, а также с тем, что они менее доступны для коммуникации через сеть Интернет; таким образом, в выборке данная возрастная группа представлена в меньшем количестве (всего 66 человек). Второе ограничение, связанное с характеристикой выборки, было обусловлено уровнем образования респондентов в Москве, в результате чего респондентов с

высшим образованием больше, чем со средним. Третьим, и самым важным, на наш взгляд ограничением, явилось то, что в исследовании приняли участие верующие респонденты, исповедующие православие и ислам, но не представлены респонденты, исповедующие другие религии, например, приверженцы буддизма (формирующего кардинально отличающееся мировоззрение своих адептов). Подобное ограничение в нашей работе было обусловлено малочисленностью приверженцев буддизма в Москве, и соответственно, невозможностью сбора необходимой группы для включения в выборку.

Работа открывает ряд перспективных направлений психологических исследований в сфере социального познания. Результаты исследования будут полезны для применения в программах подготовки и переподготовки медицинских кадров; для применения в преподавательской деятельности в области социальной психологии, социологии, клинической психологии, поскольку специалисты подобных и смежных специальностей нуждаются в правильном понимании процессов конструирования социальных представлений и реальности сосуществования в поле представлений разнообразных по модальности элементов.

Список литературы

1. Абрамова, М.А. Фактор религиозности в системе мотивации поведения индивида: автореф. дис....канд. филос. наук: 09.00.13/Абрамова Маргарита Александровна. – М., 2001. – 26 с.
2. Авдеев, Д.А. Причины психических заболеваний. [Электронный ресурс] // Православный взгляд. – Режим доступа: <http://hramnagorke.ru/psychiatry/74/989/> (дата обращения: 12.11.2017).
3. Акопян Н.А. Средства массовой информации как способ формирования стереотипов массового сознания // Наука. Инновации. Технологии, 2008. – №3. – С. 185-190.
4. Аллахвердов, В.М. Собрание сочинений в семи томах. Методологическое путешествие по океану бессознательного к таинственному острову сознания /В.М. Аллахвердов. – СПб.: Владимир Даль, 2021. – 573 с. – 4т.
5. Аллахвердов, В.М. Собрание сочинений в семи томах. Сознание как парадокс (Экспериментальная психологика, т.1) / В.М. Аллахвердов. – СПб.: «Издательство ДНК», 2000. – 528 с. (Новые идеи в психологии). – 2 т.
6. Андреева, Г.М. Психология социального познания: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Г.М. Андреева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Аспект Пресс, 2005. – 301 с.
7. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: Переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. - № 1. – С.21-55.
8. Антипкин, М.А., Антонов Г.В. Социально-демографический портрет аудитории средств массовой информации и коммуникации (на примере г. Волгограда) // Вестн. Волгогр. Гос.ун-та. Сер.7, Философ., 2013 – №1 (19)– С.56-61.

9. Антонова Н.А., Ерицян К.Ю. Этно-культуральные факторы востребованности альтернативных практик в сфере физического и психического здоровья // Социальная психология и общество, 2023. –Том 14 (2). – С. 49–65. DOI: 10.17759/sps.2023140204
10. Библия: Современный русский перевод: [Пер. с древнеевр., араб. и древнегреч.]. – М.: Российское Библейское общество, 2016. – 2-е изд., перераб. и доп. – 1376 с.
11. Бровченко, К.Ю. Религиозность и клиническая психиатрия. Материалы Первой Московской Международной конференции, 20-21 апреля 2017 года/ Сборник научных трудов – М.: «Сам Полиграфист», 2017. – С. 120–124.
12. Бовина, И.Б., Панов, М.С. Обыденные представления о психически больных в студенческой среде. //Социологический журнал, 2005. – № 3. – С. 104–118.
13. Бовина, И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы. автореф дисс. ... док. психол. наук: 19.00.01 / Бовина Ирина Борисовна. – М., 2009. – 44 с.
14. Бочарова Е.Е. Взаимосвязь ценностных ориентаций, стратегий поведения и субъективного благополучия личности. автореф дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Бочарова Елена Евгеньевна. – Саратов, 2005. – 24 с.
15. Братусь, Б.С. Воейков, В.Л., Воробьев, С.Л. и др. Начала христианской психологии. Учебное пособие для вузов / Б.С. Братусь В.Л. Воейков С.Л. Воробьев и др. – М.: Наука, 1995. – 236 с.
16. Братусь, Б.С., Инина Н.В. Вера как общепсихологический феномен сознания человека // ВЕСТН. МОСК. УН-ТА. Серия 14. ПСИХОЛОГИЯ. – М.: Изд-во МГУ, 2011. – №1. – С. 25–38.
17. Валеев, Д.Ж. Введение в этику. О нравственном потенциале культуры. – Уфа, 1998. – 139с.
18. Василюк, Ф.Е. Переживание и молитва (Опыт общепсихологического следования) / Ф. Е. Василюк. – М.: Смысл, 2005. – 191 с.

- 19.Выготский, Л.С. Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. – 1136 с, ил. – (Библиотека всемирной психологии).
- 20.Гараджа, В.И. Религиоведение: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений и преп. ср. школы. – 2-е изд., дополненное. – М.: Аспект Пресс, 1995. – 351 с.
- 21.Грановская, Р. М. Психология веры / Р. М. Грановская. – СПб.: Изд-во «Речь», 2004. – 576 с.
- 22.Дворецкая, М. Я. Развитие и становление психологического учения о человеке восточных христиан средневековья. автореф дисс. ... док. психол. наук: 19.00.01 / Дворецкая Марианна Ярославовна. – М.,2006. –52 с.
- 23.Джеймс, У. Многообразие религиозного опыта. Пер. с англ. – М.: Наука, 1993. – 432 с.
- 24.Донцов, А.И., Емельянова, Т.П. Концепция социальных представлений в современной французской психологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 128 с.
- 25.Дюркгейм, Э. Элементарные формы религиозной жизни. // Мистика. Религия. Наука. Классики мирового религиоведения. Антология. / Пер. с англ., нем., фр. Сост. и общ. ред. А. Н. Красникова. – М.: Канон+, 1998. – С. 174–230. – (История философии в памятниках).
- 26.Емельянова, Т.П. Конструирование социальных представлений в условиях трансформации российского общества. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 400 с.
- 27.Емельянова, Т.П. Социальные представления: История, теория и эмпирические исследования. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – 476с. (Психология социальных явлений).
- 28.Емельянова, Т.П., Израелян, Т.В. Фактор религиозной ментальности в социальных представлениях о душевном нездоровье. Ученые записки.

Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2019. № 3(51). – Т. 1.

29. Емельянова, Т.П. Израелян, Т.В. Образ психически больного в массовой культуре. 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. (Психология социальных явлений).
30. Емельянова, Т.П., Кузнецова, А.В. Содержание, структура, основные характеристики и особенности социальных представлений о душевнобольном в различных группах общества / Т.П. Емельянова, А.В. Кузнецова // Психология человека в современном обществе, 2009. – Т. 5. – С. 241–244.
31. Забияко, А.П., Красников, А.Н., Элбакян, Е.С. Религиоведение. Энциклопедический словарь. М.: Академический проект, 2006. – 1254 с.
32. Израелян, Т.В. Социальные представления о душевнобольных у представителей различных религиозных конфессий. КОМПЛЕКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОЛОГИЯ: МАТЕРИАЛЫ VII СИБИРСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА / под ред. О.М. Краснорядцевой. – Томск: Томский государственный университет, 2017. – Часть 2. Здоровье человека на пути к постинформационному обществу. – 178 с.
33. Израелян, Т.В. Содержание социальных представлений о душевнобольных среди представителей различных конфессий. 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. – 162 с.
34. Израелян, Т.В. Стигматизация душевнобольных в СМИ: исследование за период 2014–2018 годов / Материалы VII Международной конференции «Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии» // Научный вестник "Актуальная психология" – Ереван, 2019. – 2(4). – С. 170–175.

- 35.Израелян, Т.В. Когнитивная полифазия в репрезентации психического нездоровья в группах с разной религиозной ментальностью // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2022. Т. 28, № 2. С. 107–112.
- 36.Казанцева, Т.А. Вера как социально-психологический феномен и его суггестивный механизм формирования: автореф. дис....канд. психол. наук: 19.00.05 / Татьяна Алексеевна Казанцева. – М., 2007. –24 с.
- 37.Карпунин, В.А. Христианство и философия. – СПб.: «Библия для всех», 2002. – 322с.
- 38.Киприан (Керн) архимандрит. Православное Пастырское служение. [Электронный ресурс] – б/д Режим доступа http://pstgu.ru/download/1184669641.prav_sluzhenie.pdf (дата обращения 18.09.2017).
39. Коран (Пер. Саблукова Г.С.). – Казань: Центральная типография (изд-во. МИФ), 1907. – 1186с.
- 40.Куценко, Б.М. Эмоции и религия / Б.М. Куценко – Киев: Политиздат Украины, 1987. – 166 с.
- 41.Леви-Брюль, Л. Первобытное мышление. Психология мышления. Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.В. Петухова. – М: Изд-во МГУ, 1980. – С. 130–140.
- 42.Лысенко, О.Ю., Марковская, И.М. Качественные методы социально-психологических исследований: Учебное пособие. – Челябинск: ЮУрГУ, 2001. – 106 с.
- 43.Мелехов, Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // «Психиатрия и проблемы духовной жизни». – М.: Изд-во Свято-Филоретовской правосл. христианской школы, 1997. – С.8–61.

- 44.Мельникова, О.Т. Качественные методы в решении практических социально-психологических задач // Введение в практическую социальную психологию / Под ред. Ю.М. Жукова. – М.: Наука, 1994.
- 45.Мингазова, Н.Р. Социально-философские аспекты взаимосвязи семьи и религии. дисс. ... канд. философских. наук: 09.00.11 / Мингазова Наиля Рифкатовна. – Уфа, 2005. – 142 с.
- 46.Московиси, С. От коллективных представлений – к социальным. Вопросы социологии, 1992. – № 2 – С.89–96.
- 47.Московиси, С. Социальное представление: исторический взгляд [Электронный ресурс] // Психологический журнал, 1995. – №1. – Режим доступа: http://web-local.rudn.ru/web-local/uem/ido/psix_lich/ch10_1.html (дата обращения: 17.03.2018).
- 48.Московичи, С. Машина, творящая богов / С. Московичи. – М.: Центр психологии и психотерапии, 1998. – 560 с.
- 49.Мухина, В., Хвостов, А. Я, другое я и «Не-я» // Развитие личности. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ya-drugoe-ya-i-ne-ya> (дата обращения: 18.09.2022).
- 50.Налетова, И.Н. «Новые православные» в России: тип или стереотип религиозности // Социологические исследования, 2004. – № 5. – С. 130–136.
- 51.Ожиганова, Г.В. Психологические аспекты духовности. Часть 1. Духовный интеллект / Г. В. Ожиганова // Психологический журнал, 2010. – Т. 31. – №4. – С.21–34.
- 52.Олпорт, Г. Становление личности. Избранные труды / Г. Олпорт.- М.: Смысл, 2002. – 462 с.
- 53.Оруэлл, Дж. «1984» и эссе разных лет. М.: Азбука, 2021. – 352 с.

- 54.Официальный сайт Всемирной Организации Здоровья.) [Электронный ресурс]
Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (дата обращения: 25.09.2024)
- 55.Панченко, Л.В., Кутько, И.И., Панченко, О.А. Религиозные и мировоззренческие системы болезней [Электронный ресурс] // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. — Харьков, 2006. — Т. 4. — С. 72–74. Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/religion/paper29.htm> (дата обращения: 12.03.2017).
- 56.Пахомов, А.П. Методика «незаконченные предложения» Сакса – Леви как учебное пособие. Экспериментальная психология, 2012. – том 5. – № 4. – С. 99–116.
- 57.Попова, М.А. Фрейдизм и религия / М. А. Попова. – М.: Наука,1982. – 198 с.
- 58.Портнов, А.А., Шахнович, М.И. Психозы и религия. – Ленинградское отделение.: Медицина,1967. – 95 с.
- 59.Православный календарь / Рублев 2017. [Электронный ресурс] – б/д – Режим доступа: <http://rublev.com/calendar/2017/02/05> (дата обращения 14.06.2017).
- 60.Пруцкова, Е.В. Связь религиозности и ценностно-нормативных показателей: фактор религиозной социализации // Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия Богословие. Философия, 2015. – №. 3 (59). С. 62–80.
- 61.Радаев, В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: эмпирический анализ // Социологические исследования, 2018. – №3. – С. 15–33. DOI: 10.7868/S0132162518030029

- 62.Ржевская, Н., Руженков, В. (2017). Методика изучения бытовых проблем и нарушения приватности в психиатрическом стационаре // Журнал Здоровье и Образование в 21 веке, 2017. – Т. 19(12). – С.213-217. DOI: 10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-12-213-217.
- 63.Роговин, М.С. Структурно-уровневые теории в психологии / М.С. Роговин. – Ярославль: ЯрГУ, 1977. – 79 с.
- 64.Романов, А.В. Религиозность и агрессия / А.В. Романов // Пасхи. Психологический журнал, 2002. – №1. – С. 120–127.
- 65.Румянцев, Г.Г. Опыт применения метода «незаконченных предложений» в психиатрической практике // Исследования личности в клинике и в экстремальных условиях, Л. – 1969. – С. 266–275.
66. Рыжова, С.В., Хухлаев, О. Е., Гриценко, В.В., Константинов, В.В. Структура религиозной идентичности современной православной молодежи // Психологический журнал, 2018. – Т.39. – № 4. – С .95–104.
- 67.Симановский А.Э. Феномен негативизма к лицам с ограниченными возможностями здоровья / Инклюзивное образование: непрерывность и преемственность: материалы V Международной научно-практической конференции 23—25 октября 2019 года / гл. ред. С.В. Алехина. Москва: МГППУ, 2019 488 с. С. 468—472.
- 68.Синелина, Ю.Ю. О критериях определения религиозности населения/ Ю.Ю. Синелина // Социологические исследования. – 2001. – № 7. – С. 89–96.
- 69.Синелина, Ю.Ю. Этапы изменения религиозности населения в России (1989-2006) [Электронный ресурс] // Государство, религия, церковь в России и за рубежом, 2009. – №4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/etapy-izmeneniya-religioznosti-naseleniya-v-rossii-1989-2006> (дата обращения: 12.10.2019).

- 70.Тиллих, П. Избранное: Теология культуры. Пер. с англ. – М.: Юрист, 1995. – 479 с. – (Лики культуры).
71. Тобалов, Ю.П. Совладание с трудными жизненными ситуациями у верующих автореф. дис. ... канд. психол. наук:19.00.05 / Тобалов Юрий Петрович. – М., 2004. – 34 с.
- 72.Толкование блаженного Феофилакта Болгарского. [Электронный ресурс] – б/д
Режим доступа: <http://rusbible.ru/slavic/mk.1.28.html> (дата обращения 01.10.2017).
- 73.Угринович, Д.М. Психология религии. – М.: Политиздат, 1986. – 352 с.
- 74.Унгурияну, Т.Н., Гржибовский, А.М. Сравнение трех и более независимых групп с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса в программе Stata // Экология человека. – Архангельск, 2014. – №6. – С.55–58.
- 75.Франкл, В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. /Под общ. ред. Л.Я. Гозмана , Д.А. Леонтьева – М.:Прогресс, 1990. – 368с.
- 76.Фрейд, З. Будущее одной иллюзии. – М.: АСТ, 2009. – 256 с.
- 77.Фрейд, З. Тотем и табу. – СПб.: Алетейя, 1997. – 222 с.
- 78.Фромм, Э. Душа человека. – М.: Республика, 1992. – 429 с.
- 79.Фромм, Э. Догмат о Христе. М.: Олимп, ООО «Издательство АСТ-ЛТД», 1998. – 416 с.
- 80.Фромм, Э. Психоанализ и религия. М.: АСТ, 2012. – 120с.
- 81.Фуко, М. История безумия в классическую эпоху. – М.: «Издательство АСТ», 2010. – 704 с.
- 82.Хорошилов, Д.А. Когнитивная полифазия как стратегия преадаптации к социальным изменениям // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика, 2022. –Т.12. –№2. – С.161–171.

83. Чумаков, М.В. Принципы религиозной психологии Т. Флурнуа : столетие спустя / М.В. Чумаков // Практическая психология – 2002.: материалы региональной науч.-практ. конф. 28–30 марта 2002 г. - Екатеринбург, 2002. – Т.5. –С. 72–75.
84. Чумакова, Д.М. Взаимосвязь религиозности личности и социального взаимодействия в семье: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Чумакова Дарья Михайловна. – Курган, 2014. – 165 с.
85. Шайдаева, Г.М. Исламская модель: иллюзии и реальность. Махачкала: «Даг.кн. изд-во», 1990. – 160 с.
86. Шаминов Р.М. Эмоциональное отношение и мотивы неприязни как предикторы дискриминационных установок // Психологический журнал / ред. А.Л. Журавлев, 2024. – Т. 45, № 3. – С. 15-25.
87. Швецов, В. Церковное душепопечение лиц с психическими расстройствами (Теоретические аспекты) // Милосердие и профессионализм. Сборник. – СПб, 2003. – С.138–150.
88. Щербакова, Ю.И. Религиозная идентичность личности как фактор толерантности в межличностных отношениях: дис. ... канд. психол. наук / Щербакова Юлия Ивановна. – М, 2010. – 209 с.
89. Юнг, К.Г. Проблемы души нашего времени. – М.: Академический проект, 2007. – 280 с.
90. Юнг, К.Г. О психологии восточных религий и философий / К. Г. Юнг. – М., 1994. – 253 с.
91. Якимова, Е.В. Теория социальных представлений в социальной психологии: дискуссии 80-х-90-х годов: Науч.-аналит. обзор / [Е. В. Якимова]. – М.: ИНИОН, 1996.– 115 с.

92. Ялтонский, В.М., Сирота Н.А. *Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы* / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко». – М.: «Институт психологии РАН», 2008. – 298с.
93. *Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона*. [Электронный ресурс] – б/д – Режим доступа: <http://www.bibliotekar.ru/brokgauz-efron-ch/206.htm> (дата обращения 18.09.2017).
94. Abdullah, R., Guo, P., Harding, R. Preferences and Experiences of Muslim Patients and Their Families in Muslim-Majority Countries for End-of-Life Care: A Systematic Review and Thematic Analysis // *Journal of pain and symptom management*, 2020. – Vol. 60 (6). – P. 1223–1238.e4. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2020.06.032
95. Abojabel, H., Werner, P. Exploring family stigma among caregivers of persons with Alzheimer's disease: The experiences of Israeli-Arab caregivers // *Dementia*, 2019. – Vol. 18 (1). – P. 391–408. DOI:10.1177/1471301216673920
96. Abu-Rabia, A. The evil eye and cultural beliefs among the Bedouin tribes of the Negev // *Middle East Folklore*, 2005. – Vol.116. – P. 241–254.
97. Abu-Ras, W., Gheith, A., Cournos, F. The imam's role in mental health promotion: A study at 22 mosques in New York City's Muslim community // *Journal of Muslim Mental Health*, 2008. – Vol.3(2). – P. 155–176. DOI: 10.1080/15564900802487576.
98. Acklin, M.W., Brown, E.C., Mauger, P.A. The role of religious values in coping with cancer // *Journal of Religion and Health*, 1983. – Vol. 22. – P. 322–333.
99. Adams, C. Psychoanalytic Perspectives on Psychosocial Dimensions of Adversity among Black Youth. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 2022. – Vol. 21(2). – PP. 108-124.
100. Adityanjee, A., Aderibigbe, Y.A., Theodoridis, D., Vieweg, V. Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years // *Psychiatry and clinical neurosciences*, 1999. – Vol.53. – P.437–448.

101. Ahmad, I., Masuda, G., Tomohiko, S., Shabbir, C.A. Living Well as a Muslim through the Pandemic Era-A Qualitative Study in Japan // International journal of environmental research and public health. – 2022. – Vol. 19 – №10. – DOI /10.3390/ijerph19106020.
102. Ai A, L., Peterson, C., Huang, B. The effect of religious spiritual coping on positive attitudes of adult Muslim refugees from Kosovo and Bosnia // The International Journal for the Psychology of Religion, 2003. – Vol 12. – P.29–47.
103. Akerlof, G.A. Social Distance and Social Decisions//Econometrica, 1997. – Vol. 65. – P. 1005–1027.
104. Aliche, J.C., Ifeagwazi, C.M., Chukwuorji, J.C., Eze, J.E. Roles of religious commitment, emotion regulation and social support in preoperative anxiety // Journal of Religion and Health. – 2020. – Vol. 59. – №2. – P. 905–919.
105. Al-Issa, I. Al-Junun: Mental illness in the Islamic world // The Journal of Nervous and Mental Disease., 2000. – Vol. 188(7) – p. 475.
106. Al Shelali, M., Alibrahim, H., Alomar, N. et al. The Good, the Bad, and the Ugly of Faith Healers and Psychiatric Illnesses: A Systematic Review of the Literature in the Arab World // Journal of religion and health, 2024. – Vol. 63(2). – P. 857–876. DOI:10.1007/s10943-023-01898-1
107. Allen, R, Nairn, R.G. Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness // Aust. N. Z.J Psychiatry, 1997. – Vol. 31. – P. 375–381.
108. Allport, G.W. The nature of prejudice (unabridged, 25th anniv. ed.) / Reading, MA: Addison- Wesley, 1979. – P.537.
109. Allport, G.W., Ross, J.M. Personal religious orientation and prejudice // Journal of Personality and Social Psychology, 1967. – Vol. 5 .– P. 432–443.

110. Alyahya, N. M., Alanazi, S. Spiritual care for clients with mental illness from an Islamic background: Nursing students' perspectives // *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2024. – Vol. 31(6). – P. 998–1006. DOI :10.1111/jpm.13054
111. Ammerman, N.T. Religious Identities and Religious Institutions // *Handbook of the Sociology of Religion*. Edited by Michele Dillon. University of New Hampshire. Cambridge University Press, 2003. – P. 207–224.
112. Andreouli, E., Chrysochoou, X. Social representations of national identity in culturally diverse societies. *The Cambridge Handbook of Social Representations*. Edited by Sammut G., Andreouli E, Gaskell G., Valsiner J. Cambridge University Press, 2015. – P.309–322.
113. Arenhart, C., Rizzotto, M., Melara, M., Carrijo, A. Social representations of the right to health on the trinational border. *Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional // Ciencia & saude coletiva*, 2022. – Vol. 27(11). – P. 4233–4241. DOI:10.1590/1413-812320222711.08702022
114. Arieti, S. Interpretation of schizophrenia. New York: Basic Books, 1974. – Previous ed.: New York : R. Brunner, 1955. – pp.756.
115. Ayele, H., Mulligan, T., Gheorghiu, S., Reyes-Ortiz, S. Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients // *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999. – Vol. 47. – P.453–455.
116. Ayesteran, S., Paez, D. Representacion social de la enfermedad mental // *Revista de la Asociacion Espagnola de Neuropsiquiastria*, 1986.– Vol. 16. – P. 95–124.
117. Bandura, A. Moral disengagement in the perpetration of inhumanities // *Personality and Social Psychology Review*, 1999. –Vol.3.–P. 193-209. DOI:10.1207/s15327957pspr0303_3
118. Batson, C.D., Ventis, W.L. The religious experience: A social-psychological perspective // New York: Oxford University Press, 1982. – 356 p.
119. Beckford, J. Religion and Advanced Industrial Society // London: Unwin-Hyman, 1989. – 53p.

120. Becker, T., Leese, M., Krumm, S. et al. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005. – Vol. 8. – P.628–634.
121. Bebbington, P., Kuipers, E. Psychosocial factors. *Clinical handbook of schizophrenia* / edited by Kim T. Mueser, Dilip V. Jeste // The Guilford Press, 2008. – P.74–81.
122. Bergin, A.E. Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta - analysis // *Professional Psychology: Research and Practice*, 1983. – Vol. 14. – P.170–184.
123. Bleuler, E. *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press (original work published 1911), 1950. – p.547.
124. Brandt, P.Y. Religious and Spiritual Aspects in the Construction of Identity Modelized as a Constellation // *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 2019. – Vol. 53. – P.138–157.
125. Borinca, I., Assche, J., Gronfeldt, B., Sainz, M. et al. Dehumanization of outgroup members and cross-group interactions // *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2023. –Vol. 50:101247. DOI:10.1016/j.cobeha.2023.101247
126. Borrás, L., Mohr, S., Brandt, P.Y., Gillieron, C. et al.. Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment.// *Schizophrenia Bulletin*, 2007.– Vol. 33. – P.1238–1246.
127. Bowen, M., Kinderman, P., Cooke, A. Stigma: a linguistic analysis of the UK red-top tabloids press' representation of schizophrenia // *Perspectives in Public Health*, 2019. – Vol.139 (3). – P.147–152.
128. Brown, G.W., Birley, J.L.T. Crises and life changes and the onset of schizophreniam // *Journal of Health and Social Behavior*, 1968. – Vol.9. – P.203–214.

129. Bruno, D., Barreiro, A. Cognitive Polyphasia, Social Representations and Political Participation in Adolescents. *Integrative psychological & behavioral science*, 2021. – Vol.55(1). – P.18–29.
130. Bulman, R.J., Wortman, C.B. Attributions of blame and coping in the «real world»: Severe accident victims react to their lot. // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977. – Vol. 35. – P.351–363.
131. de Camp, W., Smith, J.M. Religion, Nonreligion, and Deviance: Comparing Faith's and Family's Relative Strength in Promoting Social Conformity // *Journal of religion and health*, 2019. – Vol.58(1). – P. 206–220. DOI:10.1007/s10943-018-0630-2
132. Campbell, C., Jovchelovitch, S. Health, community and development: towards a social psychology of participation // *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2020. – Vol.10 (4). – P. 255-270.
133. Casaleiro, T., Caldeira, S., Cardoso, D., Apóstolo, J. Spiritual aspects of the family caregivers' experiences when caring for a community-dwelling adult with severe mental illness: A systematic review of qualitative evidence // *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2022. – Vol. 29(2). – P. 240–273. DOI: 10.1111/jpm.12816
134. Cetty, L., Jeyagurunathan, A., Roystonn, K., Devi, F. et al. Religiosity, Religious Coping and Distress Among Outpatients with Psychosis in Singapore // *Journal of religion and health*. –2022. – Vol. 61. – 5. – P. 3677–3697.
135. Chen, C.Y., Huang, T.R. Christians and Buddhists Are Comparably Happy on Twitter: A Large-Scale Linguistic Analysis of Religious Differences in Social, Cognitive, and Emotional Tendencies // *Frontiers in psychology*, 2019. – Vol. 10(113). DOI:10.3389/fpsyg.2019.00113
136. Chu, J., Pink, S.L., Willer, R. Religious identity cues increase vaccination intentions and trust in medical experts among American Christians // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 2021. – Vol.118(49). DOI: 10.1073/pnas.2106481118

137. Costarelli, S., Gerlowska, J. Ambivalence, prejudice and negative behavioural tendencies towards out-groups: The moderating role of attitude basis // *Cognition and Emotion*, 2015. – Vol. 29 (5). – P. 852–866.
138. Coverdale, J., Nairn, R., Claasen, D. A legal opinion's consequences for the stigmatisation of the mentally ill: case analysis // *Psychiatry Psychology Law*, 2000. – Vol.7 (2). – P.192–197.
139. Davis, R.F, Kiang, L. Religious Identity, Religious Participation, and Psychological Well-Being in Asian American Adolescents // *Journal of youth and adolescence*, 2016. – Vol.45(3). – P. 532–546.
140. Daumerie, N., Vasseur Bacle, S., Giordana, J.Y., Bourdais, M.C. et al.. Discrimination perceived by people with a diagnosis of schizophrenic disorders. International study of discrimination and stigma outcomes (INDIGO): French results // *Encephale*, 2012. – Vol.38(3). – P.224–231.
141. Del Castillo F. A. Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights // *Journal of public health (Oxford, England)*, 2021. – Vol. 43(2). – P. 254–255. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa185
142. Des Forges, S. Attitudes towards mental health: the role the media plays // *J. Ment Health Promot*, 2002. – Vol.1 (2). – P. 41–45.
143. Dillon, M. *Handbook of the Sociology of Religion*. – Cambridge University Press, 2003. – 483 p.
144. Dickens G.L., Schoultz M., Hallett, N. Mental health nurses' measured attitudes to people and practice: Systematic review of UK empirical research 2000-2019 // *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2022. –Vol. 29(6). – P. 788–812. DOI:10.1111/jpm.12826
145. Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel N.B. et al. Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: do they differ in their cognitive and social functioning? // *Psychiatry Research*, 2001. – Vol.102. – P.21–27.
146. Diener, E.L. Tay, D. Myers, G. The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? // *Journal of Personality and Social Psychology*, 2011. – Vol.101(6). – P.1278–1290.

147. Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P. et al. Early sexual abuse and life-time psychopathology: A co-twin-control study // *Psychology and Medicine*, 2000. – Vol.1. – P.41–52.
148. Djordjevic, M., Farhang, S., Shirzadi, M. et al. Self-stigma, religiosity, and perceived social support in people with recent-onset psychosis in the Islamic Republic of Iran: Associations with symptom severity and psychosocial functioning // *The International journal of social psychiatry*, 2024. – Vol. 70(3). – P. 542–553. DOI:10.1177/00207640231221090
149. Donahue, M.J., Nielsen, M.E. Religion, Attitudes and Social Behavior // *Handbook of the psychology of religion and spirituality / edited by Paloutzian R.F., Park C.L.* – The Guilford Press, 2005. – P.274–291.
150. Dummel, S., Stahl, J. Mindfulness and the Evaluative Organization of Self-Knowledge. *Mindfulness*, 2019. – Vol. 10. – P.352–365.
151. Economou, M., Louki, E., Charitsi, M., Alexiou, T. et al. Representations of mental illness in the Greek Press, 2001 vs 2011 // *Psychiatriki*, 2015. – Vol.2. – P. 93–105.
152. Ellison, C.G. Introduction to symposium: Religion, health, and wellbeing // *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1998. – Vol. 37 (4).
153. Ellison, C., Sherkat, D. The Semi-Involuntary Institution Revisited: Regional Variations in Church Participation Among Black Americans // *Social Forces*, 1995. – Vol. 73. – P.1415–1437.
154. Elkins, D.N., Hedstrom, L.J., Hughes, L.L. et al. Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement // *Journal of Humanistic Psychology*, 1988. – Vol. 28. – P. 5–18.
155. Emblen, J.D. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature // *Journal of Professional Nursing*, 1992. – Vol. 8. – P. 41–47.
156. Emmons, R.A., Paloutzian, R.F. The psychology of religion // *Annual Review of Psychology*, 2003. – Vol.54. – P. 377–402.

157. Evans, E.M., Lane, J.D. Contradictory or complementary? Creationist and evolutionist explanations of the origin(s) of species // *Human Development*, 2011. – Vol. 54(3). – P. 144–159.
158. Fadlalla, A.H. Modest women, deceptive jinn: Identity, alterity, and disease in Eastern Sudan // *Identities: Global Studies in Culture and Power*, 2005. – Vol.12. – P.143–174.
159. Festinger, L.A. *Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston: Row, Peterson & Company. 1957. – 291 p.
160. Fischer, P., Ai, A., Aydin, N., Frey, D., Haslam, S. The Relationship Between Religious Identity and Preferred Coping Strategies: An Examination of the Relative Importance of Interpersonal and Intrapersonal Coping in Muslim and Christian Faiths // *Review of General Psychology*, 2020. – Vol. 14. – P. 365–381.
161. Flannelly, K.J., Ellison, C.G, Galek, K., Siltan, N.R. Belief in life-after-death, beliefs about the world, and psychiatric symptoms // *Journal of religion and health*, 2012. – Vol.51(3). – P.651–662.
162. Fonseka, L.N., Woo, B.K. Social media and schizophrenia: An update on clinical applications // *World journal of psychiatry*, 2022.– Vol. 12(7).– P.897–903. DOI: 10.5498/wjp.v12.i7.897
163. Freud, S. *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia*. S.E. 12. London: Hogarth, 1911. – P. 3–82.
164. Freud, S. *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis*. S.E. 19. London: Hogarth, 1924. – P. 183–190.
165. Freud, S. «The common neurotic state», in *Introductory Lectures on Psycho-Analysis 1916-1917*. S.E. 16. London: Hogarth, 378–391.
166. Freud, S. *Mourning and melancholia (1917)*. In *Collected papers*, vol. 4. New York. Basic Books,1959. – P. 152–170.

167. Galderisi, S., Riva, M.A., Girardi, P. et al. Schizophrenia and "unmet needs": From diagnosis to care in Italy // *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 2020. – Vol.63(1). – e26. DOI.org/10.1192/j.eurpsy.2019.8
168. Gall, T.L., Cornblat, M.W. Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment // *Psycho-Oncology*, 2002. – Vol. 11. – P. 524–535.
169. Galli, I., Fasanelli, R. From prototypical stimuli to iconographic stimuli: the power of images in the study of social representations // *Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика*. – 2021. – №2. – С.391–401.
170. Gervais, M.-C., Jovchelovitch, S. Health and identity: the case of the Chinese community in England // *Social Science Information*, 1998. – Vol. 37(4). – P.709–729.
171. Gilles, I., Bangerter, A., Clemence, A. et al. Collective symbolic coping with disease threat and othering: A case study of avian influenza // *British Journal of Social Psychology*, 2011. – Vol. 52(1). – P. 83–102.
172. Gillespie, A. Social representations, alternative representations and semantic barriers // *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 2008. – Vol.38. – P.375–391.
173. Granovetter, M. The Strength of Weak Ties. // *American Journal of Sociology*, 1973. – Vol. 78. – P.1360–1380.
174. Goffman, E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. -Penguin Books: Harmonds worth, 1963.
175. Goldberg, J. O., McKeag, S. A., Rose, A. L., Lumsden-Ruegg, H., Flett, G. L. Too Close for Comfort: Stigma by Association in Family Members Who Live with Relatives with Mental Illness // *International journal of environmental research and public health*, 2023. – Vol.20(6). – 5209. DOI:10.3390/ijerph20065209
176. Gowen, K., Deschaine, M., Gruttadara, D., Markey, D. Young adults with mental health conditions and social networking websites: seeking tools to build community // *Psychiatric rehabilitation journal*, 2012. – Vol.35(3). – P.245–250. DOI:10.2975/35.3.2012.245.250

177. Gultekin, A., Kavak Budak, F. (2022). Does Spiritual Well-Being Affect Medication Adherence in Individuals Diagnosed with Mental Illness in Turkey? // *Journal of religion and health*, 2022. – Vol. 61(1). – P.64–78. DOI:10.1007/s10943-021-01322-6
178. Gurvitch, G. *The Social Frameworks of Knowledge* (M.A. Thompson and K.A. Thompson, Trans.). Oxford: Basil Blackwell, 1971.
179. Gunay, M. *Design in Visual Communication // Art and Design Review*, 2021. – Vol. 9. – P. 109–122. doi.org/10.4236/adr.2021.92010
180. Jodelet, D. *Madness and Social Representations*. Harvester Wheatsheaf: Hemel Hempstead, 1991.
181. Jovchelovitch, S. *Understanding Diversity in Knowledge: Representations, Community and Cognitive Polyphasia / Paper presented at the «Theory and Method in Societal Psychology» // EAESP small group meeting. Theory and Method in Societal Psychology PECS, Hungary (26-29 APRIL 2001).*
182. Jovchelovitch, S., Priego-Hernandez, J. *Underground sociabilities: identity, culture and resistance in Rio de Janeiro's favelas*. Brasilia: UNESCO, 2013.
183. Jung, C.G. *The psychogenesis of mental disease*. New York, NY: Pantheon Books, 2001.
184. Hakoköngäs, E., Sakki, I. *The Naturalized Nation: Anchoring, Objectification and Naturalized Social Representations of History // Journal of Social and Political Psychology*, 2016. – Vol 4 (2). – P. 646–669. DOI:10.5964/jspp.v4i2.664
185. Hackett, C., Stonawski, M. et al. *The future size of religiously affiliated and unaffiliated populations // Demographic Research*, 2015. – Vol.32 (27). – P.829–842.
186. Haslam, N. *Dehumanization and intergroup relations // APA Handbook of Personality and Social Psychology*, 2015.–Vol. 2.–P. 295-314. 10.1037/14342-011.
187. Hall, J.R. *Jonestown and Bishop Hill: continuities and disjunctures in religious conflict // Communal Studies*, 1988. – Vol. 8. – P.77–89.

188. Hankir, A., Chariwala, Z. et al. Hajj and the Mental Health of Muslim Pilgrims: A review // *Psychiatria Danubina*. – 2019. – Vol. 31. – №3. – P.290–293.
189. Hanks, W.F. Authenticity and ambivalence in the text: a colonial Maya case // *American Ethnologist*, 1986. – Vol. 13. – 721–744.
190. Harriet, C.G. *Sturdy Boarding-out the insane, 1857-1913: a study of the Scottish system*. PhD thesis, 1996.
191. Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C. et al. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature // *International Review of Psychiatry*, 2001. – Vol. 13. – P.86–93.
192. Hashmi, F.K., Iqbal, Q., Haque, N., Saleem, F. Religious Cliché and Stigma: A Brief Response to Overlooked Barriers in COVID-19 Management // *Journal of Religion and Health*. 2020. – Vol. 59. – № 6. – P. 2697– 2700. – DOI:10.1007/s10943-020-01063-y
193. Haque, A. Religion and mental health: The case of American Muslims // *Journal of Religion and Health*, 2004. – Vol. 43(1). – P. 45–58.
194. Haque, O.S., Waytz, A. Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions // *Perspectives on Psychological Science*, 2012. – Vol. 7.–P. 176–186. – DOI:10.1177/1745691611429706
195. Hagiwara, N., Penner, L.A., Gonzalez, R., Eggly, S. et al. Racial attitudes, physician-patient talk time ratio, and adherence in racially discordant medical interactions // *Social Science & Medicine*, 2013.– Vol.87.– P. 123–131. DOI :10.1016/j.socscimed.2013.03.016
196. Haque, A. Mental health concepts in Southeast Asia: Diagnostic considerations and treatment implications // *Psychology, Health & Medicine*, 2010. – Vol.15(2). – P.127–134.

197. Harriman, P.L. Handbook of psychological terms. Totowa, N.J., Littlefield, Adams, 1965. – p.222.
198. Hayward, R.D., Krause, N. Changes in Church-Based Social Support Relationships During Older Adulthood//The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 2013. – Vol. 68. – P.85–96. DOI:10.1093/geronb/gbs100.
199. Hayward, R.D., Krause, N., Ironson, G. et al. Health and Well-Being Among the Non-religious: Atheists, Agnostics, and No Preference Compared with Religious Group Members // Journal of religion and health, 2016. – Vol.55(3). – P.1024–1037.
200. Hazelton, M. Reporting mental health: a discourse analysis of mental health-related news in two Australian newspapers // The Australian and New Zealand journal of mental health nursing, 1997. – Vol. – 6.P. 73–89.
201. Heckathorn, D.D. Collective Action and Group Heterogeneity: Voluntary Provision Versus Selective Incentives // American Sociological Review, 1993. – Vol. 58. – P.329–350.
202. Highton-Williamson, E., Priebe, S., Giacco, D. Online social networking in people with psychosis: a systematic review // International Journal of Social Psychiatry, 2015. – Vol.61. – P.92–101.
203. Hill, P.C., Hood, R.W.// Jr. (Eds.). Measures of religiosity. Birmingham, AL: Religious Education Press, 1999.
204. Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W. et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure // Journal for the Theory of Social Behavior, 2000. – Vol. 30. – P. 51–77.
205. Hlongwane, N., Juby, V. Knowledge, attitudes, and help-seeking behaviour for mental illness in a Christian community // The South African journal of psychiatry:

- SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa, 2023. – Vol. 29. – P. 2139. DOI:10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2139
206. Hood, R., Spilka, B., Hunsberger, B., Gorsuch, R. The psychology of religion: an empirical approach. – New York, London: The Guilford Press, 1996. – 546 p.
207. Husain, S.A. Religion and mental health from the Muslim perspective. In H. G. Koenig (Ed.), Handbook of religion and mental health // San Diego, CA: Academic Press., 1998. – P.279–291.
208. Husain, A. Islamic psychology: Emergence of a new field. New Delhi, India // Global Vision Publishing House, 2006. – 222.p.
209. Kallai, D., Marz, V., de Timary, P., De Mol, J. Mental Health Nurses' Social Representations of People Who Experience Mental Illness: A Story of Paradoxes // Global qualitative nursing research, 2023. – Vol. 10, – P. 23333936231203818. DOI:10.1177/23333936231203818
210. Kawachi, I. Invited Commentary: Religion as a Social Determinant of Health // American journal of epidemiology, 2020. – Vol. 189 (12). – P. 1461–1463. DOI:10.1093/aje/kwz204
211. Kim, I.B., Choi, J., Park, S.C. et al. Data-mining analysis of media frame effects on social perception of schizophrenia renaming in Korea // BMC Psychiatry, 2023. – Vol.23(1).–P.882. DOI:10.1186/s12888-023-05386-4
212. Kimble, M.A., McFadden, S.H. Aging, spirituality, and religion. – U.S.A, 1995. – 479 p.
213. Kiell, N. The universal experience of adolescence, 2nd ed. London: University of London Press, 1969. – 942 p.
214. Kleinman, A. Depression, somatization and the «new cross-cultural psychiatry» // Social Science and Medicine, 1977. – Vol. 11. – P. 3–10.

215. Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Shimada, T. et al. Long-term effect of a name change for schizophrenia on reducing stigma // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2015. – Vol.50(10). – P. 1519–1526. DOI:10.1007/s00127-015-1064-8
216. Koike, S., Yamaguchi, S., Ohta, K., Ojio, Y. et al. Mental-health-related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia // *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2017. – Vol. 71(3). – P.170–179. DOI:10.1111/pcn.12423
217. Kress, G., van Leeuwen, T. «Reading Images: The Grammar of Visual Design». by Routledge, N-Y, 1996. – 321 p.
218. Krstanoska-Blazeska, K., Thomson, R., Slewa-Younan, S. Mental Illness Stigma and Associated Factors among Arabic-Speaking Religious and Community Leaders // *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021. – Vol.18 (15). – P.7991. DOI:10.3390/ijerph18157991
219. Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X. et al. Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19 // *Journal of Religion and Health*. 2020. – Vol. 59. – P. 2671–2677. DOI:10.1007/s10943-020-01088-3
220. Lampropoulos, D., Fonte, D., Apostolidis, T. Exploring the link between stigma and social representations among people with and without schizophrenia in the French context // *Psychiatry research*. 2019. – Vol. 272. – P. 595–601. DOI:10.1016/j.psychres.2018.12.144
221. Lawson, A., Fouts, G. Mental illness in Disney animated films // *Canadian journal of psychiatry*, 2004. – Vol.49. – P.310–314.
222. Lebowitz, M. S., Appelbaum, P. S. Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders // *Annual review of clinical psychology*, 2019. – Vol.15. – P.555–577. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416

223. Lekka, D., et al. Dehumanization of Hospitalized Patients and Self-Dehumanization by Health Professionals and the General Population in Greece // *Cureus*, 2021. – Vol. 13. – e20182. DOI:10.7759/cureus.20182
224. Lekka, D., et al. Mental Disorders and Dehumanization: A Systematic Review // *Psychology*, 2022. – Vol.13. – P. 1343-1352. DOI: 10.4236/psych.2022.139087.
225. Levin, J. Is depressed affect a function of one's relationship with God? Findings from a study of primary care patients // *International journal of psychiatry in medicine*, 2002. – Vol.32(4). – P.379–393.
226. Li A., Jiao D., Liu X., Zhu T. A Comparison of the Psycholinguistic Styles of Schizophrenia-Related Stigma and Depression-Related Stigma on Social Media: Content Analysis // *Journal of medical Internet research*, 2020.–Vol. 22.–P. e16470. DOI:10.2196/16470
227. Lin, K.M., Cheung, F. Mental health issues for Asian Americans // *Psychiatric Services*, 1999. – Vol.50 – P.774–780.
228. Link, B., Yang, L., Phelan, J., Collins, P. Measuring mental illness stigma // *Schizophrenia bulletin*, 2004.– Vol.30(3).– P.511–541. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098
229. Lim, A., Hoek, H.W., Ghane, S., Deen, M., Blom J.D. The Attribution of Mental Health Problems to Jinn: An Explorative Study in a Transcultural Psychiatric Outpatient Clinic // *Frontiers in psychiatry*, 2018. – Vol. 9. – 89p. DOI:10.3389/fpsyt.2018.00089
230. Magliano, L., Read, J., Marassi, R. Metaphoric and non-metaphoric use of the term «schizophrenia» in Italian newspapers // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011. – Vol. 46 (10). – P.1019–1025.
231. Magliano L., Affuso G. Attitudes of Catholic Priests Regarding the Participation of People with Schizophrenia and Depression in Religious Practices: Relationships with Prejudices and Community Size // *Community mental health journal*, 2022. – Vol. 58(8). – P. 1437–1447. DOI:10.1007/s10597-022-00953-7

232. Maiko, S.M., Ivy, S., Watson, B.N., Montz, K. et al. Spiritual and Religious Coping of Medical Decision Makers for Hospitalized Older Adult Patients // *Journal of palliative medicine*. – 2019. – Vol. 22. – №4. – P.385–392.
233. Makins, N. Attitudinal Ambivalence: Moral Uncertainty for Non-Cognitivists, *Australasian Journal of Philosophy*, 2021. – Vol. 100 (2). – P.1–15. DOI: 10.1080/00048402.2021.1908380
234. Martinaki, S., Athanasiadis, K., Gkontolia, A. et al. Public's Attitudes Toward Mentally Ill Offenders in Greece // *Advances in experimental medicine and biology*, 2023. – Vol. 1425. – P.1–11. DOI:10.1007/978-3-031-31986-0_1
235. Martikainen, J. Visual Representations of Teachership. – A Social Representation Approach. Doctoral Dissertation. Finland: University of Eastern Finland, 2020.
236. Markova, I. The epistemological significance of the theory of social representations // *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 2008. – Vol.38.– P. 461–487.
237. Martin, S.S. Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants // *Health & Social Work*, 2009. – Vol. 34(2). – P. 117–125.
238. Martinaki, S., Athanasiadis, K., Gkontolia, A., Karachaliou, E., Karaiskos, A., Sakellariou, E., Tsiapla, T., & Chatzinikolaou, F. Public's Attitudes Toward Mentally Ill Offenders in Greece // *Advances in experimental medicine and biology*, 2023. – Vol. 1425. – P. 1–11.
239. Matas, M, el-Guebaly, N, Harper, D. et al. Mental illness and the media: part II. Content analysis of press coverage of mental health topics // *Canadian journal of psychiatry*, 1986. – Vol.31. – P. 431–433.
240. McGee, J.S., Davie, M., Meraz, R., Myers, D., Boddie, S.C. Does the Tough Stuff Make Us Stronger? Spiritual Coping in Family Caregivers of Persons with Early-Stage Dementia // *Religions*. – 2022. – Vol.13. – №8. – P.756.

241. McIntosh, D.N., Silver, R.C., Wortman, C.B. Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993. – Vol.65. – P.812–823.
242. McWilliams, N. *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press, 2011.
243. Miller, W.R. *Integrating spirituality into treatment* // Washington DC: American Psychological Association, 1999.
244. Miller, W.R., Thoresen C.E. Spirituality, religion, and health: An emerging research field // *American Psychologist*, 2003. – Vol.58. – P.24–35.
245. Miller, B.J, Stewart, A. et al. How connected are people with schizophrenia? Cell phone, computer, email, and social media use // *Psychiatry Research*, 2015. – Vol.225. – P.458–463.
246. Mitha, K. Conceptualising and addressing mental disorders amongst Muslim communities: Approaches from the Islamic Golden Age // *Transcultural psychiatry*, 2020. – Vol. 57(6). – P. 763–774. DOI:10.1177/1363461520962603
247. Mohr, S., Huguelet, P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care // *Swiss Med Weekly*, 2004. – Vol. 26. – P.369–376.
248. Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C. et al. [Spirituality, religious practices and schizophrenia: relevance for the clinician] // *Rev Med Suisse*, 2006. – Vol.2(79). – P.2092–2096.
249. Mohr, S. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia // *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2007. – Vol. 195 (3). – P. 247–253.
250. Moscovici S. *La psychanalyse: son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976. 652 p.
251. Moscovici, S. *Psychoanalysis: its image and its public* / Edited by G. Duveen, trans. D. Macey. – Cambridge: Polity Press, 2008.

252. Moscovici, S. The phenomenon of social representations. In: Social representations/ R. Farr and S. Mascovici, (ed). – Cambridge University Press, 1984. – P.3–70.
253. Moscovici, S. Notes Towards a Description of Social Representations // European Journal of Social Psychology, 1988. – Vol. 18(3). – 219 p.
254. Moscovici, S. Social Representations: Essays in Social Psychology. (G.Duveen Ed.) // Cambridge Pokity Press, 2000.
255. Moscovici, S., Markova, I. Ideas and their development: A dialogue between Serge Moscovici and Ivana Markova // Social representations: Explorations in social psychology. S. Moscovici / Ed. by G. Duveen. New York: New York Universty Press, 2000. – P. 224–286.
256. Morant, N.J. Social representations of mental illnessa study of british and french mental health professionals / Department of Social Psychology London School of Economics and Political Science, 1996. – 268 p.
257. Nabolsi, M., Carson, A. Spirituality, illness and personal responsibility: the experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease // Scandinavian journal of caring sciences, 2011. –Vol. 25(4). – P.716–724. DOI /10.1111/j.1471-6712.2011.00882.x
258. Nairn, R., Coverdale, J., Claasen, D. From source material to news story in New Zealand print media: a prospective study of the stigmatizing processes in depicting mental illness // The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 2001. – Vol. 35. – P. 654–659.
259. Naslund, J., Aschbrenner, K., Marsch, L., Bartels, S. The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media // Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2016. – Vol. 25(2). – P.113–122.

260. Nelson-Becker, H. Practical philosophies: Interpretations of religion and spirituality by African American and European American elders // *Journal of Religious Gerontology*, 2003. – Vol. 14. – P. 85–100.
261. Ojagbemi, A., Gureje, O. The importance of faith-based mental healthcare in African urbanized sites // *Current opinion in psychiatry*, 2020.–Vol. 33 (3). – P. 271–277. DOI:10.1097/YCO.0000000000000590
262. Olstead, R. Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality // *Social Health Illn*, 2002. – Vol.24 (5). – P. 621–643.
263. Padela A.I., Killawi A., Forman J., DeMonner S., Heisler M. American Muslim perceptions of healing: key agents in healing, and their roles // *Qualitative health research*, 2012. – Vol. 22(6). – P. 846–858. DOI/10.1177/1049732312438969
264. Pargament, K.I., Kennell, J. et al. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping // *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1988. – Vol.27.– P. 90–104.
265. Pargament, K.I., Koenig, H.G., Perez, L. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE // *Journal of Clinical Psychology*, 2000. – Vol. 56. – P.519–543.
266. Pargament, K.I., Park, C.L. Merely a defense? The variety of religious means and ends // *Journal of Social Issues*, 1995. – Vol. 51. – P. 13–32.
267. Pargament, K.I., Magyar, G.M., Murray-Swank, N. The sacred and the search for significance: Religion as a unique process // *Journal of Social Issues*, 2005. – Vol.61(4).
268. Pargament, K.I., Mahoney, A. Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Synder, S. J. Lopez (Eds.) // *Handbook of positive psychology* Oxford, UK: Oxford University Press, 2002. – P. 646–659.
269. Park, C., Cohen, L.H., Herb, L. Intrinsic Religiousness and Religious Coping as Life Stress Moderators for Catholics versus Protestants // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990. –Vol. 59. – P. 562—574.

270. Park, I.H., Chun, J.W., Park, H-J. et al. Altered cingulo-striatal function underlies reward drive deficits in schizophrenia // *Schizophrenia Research*, 2014. – Vol. 161(2-3). – P.229–236.
271. Parrott, S., Eckhart, N. Stigma in the News: The Representation and Trivialization of Stigma in U.S. News Publications // *Health communication*, 2021. – Vol. 36 (4). – P. 440–447. DOI:10.1080/10410236.2019.1693132
272. Paloutzian, R.F. Purpose in life and value changes following conversion // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1981. – Vol. 41. – P.1153–1160.
273. Peck, D.L. Religious conviction, coping, and hope: The relation between a functional corrector and a future prospect among life-without-parole inmates // *Case Analyses*, 1988. – Vol. 2. – P.201–219.
274. Penn, D.L., Martin, J. The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem // *Psychiatric Quarterly*, 1998. – Vol. 69. – P.235-247.
275. Peritogiannis, V., Ninou, A., Samakouri, M. Mortality in Schizophrenia-Spectrum Disorders: Recent Advances in Understanding and Management // *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 2022. – Vol.10(12). – P. 2366. DOI:10.3390/healthcare10122366
276. Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B.G. et al. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems // *American Journal of Public Health*, 1999. – Vol. 89. – P.1339–1345.
277. Peteet, J.R. Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework // *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1994. – Vol. 3. – P. 237–245.
278. Petrillo, G. Representations niaves et professionnelles de la maladie mentale. In G Bellelli (ed). *La Representation Sociale de la Maladie Mentale*. – Liguori: Naples, 1987.
279. Pirlog, M.C., Alexandru D.O., Popescu R.E. et al. Quality of Life-a Goal for Schizophrenia's Therapy // *Current health sciences journal*. – 2018. – Vol. 44. – №2. – P.122–128. doi.org/10.12865/CHSJ.44.02.05

280. Pinheiro, M. A., de Moura Batista, G. Ambiguity and Ambivalence: an Issue for the Subjective Dynamics in the Relation between Language and Affection. *Integrative psychological & behavioral science*, 2021. – Vol. 55(3). – P.470–485. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09593-6>
281. Plakas, S., Boudioni, M. et al. The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece // *Contemporary Nurse*, 2011. – Vol.39(1). – P.95–105.
282. Price, H. *The Language of Mental Illness. Corpus Linguistics and the Construction of Mental Illness in the Press* // Cambridge University Press & Assessment, 2022. – 350p.
283. Priego-Hernandez, J. Sexual health in transition: A social representations study with indigenous Mexican young women // *Journal of Health Psychology*, 2017. – Vol. 22. –P. 661 - 673.
284. Provencher, C.M. *Cognitive polyphasia in the MMR controversy: A theoretical and empirical investigation* // Submitted for the Doctorate Degree in Social Psychology, 2007.
285. Purzycki, B.G. et al. The evolution of religion and morality: A synthesis of ethnographic and experimental evidence from eight societies // *Religion, Brain & Behavior*. – 2018. – T. 8. – №. 2. – C.101–132.
286. Richards, P.S., Bergin, A.E. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* // Washington, DC: American Psychological Association, 1997.
287. Raty, H., Komulainen, K., Skorokhodova, N., Kolesnikov, V., Hämäläinen, A. (2010). A picture is worth a thousand words: A comparison of pupils' images of intelligence in Finnish and Russian Karelia // *Social Psychology of Education*, 2010. – Vol. 14. – P.1-22. DOI:10.1007/s11218-010-9137-8.
288. Roberts, E., Bourne, R., Basden, S. *The Representation of Mental Illness in Bermudian Print Media, 1991–2011* // *Psychiatric services*, 2013. – Vol. 64(4). – P. 388–391.

289. Rohm, A., Hastall, M.R., Ritterfeld, U. How Movies Shape Students' Attitudes Toward Individuals with Schizophrenia: An Exploration of the Relationships between Entertainment Experience and Stigmatization // *Issues in mental health nursing*, 2017. – Vol.38(3). – P.193–201.
290. de Rosa A.-M., Bocci E. Social representations in the “social arena” / ed. By Annamaria Silvana de Rosa. 1st ed./ Taylor & Francis Group, 2013. – P. 245–310.
291. de Rosa, A.-M., Farr, R. Icon and symbol: Two sides of the coin in the investigation of social representations // In: Buschini F., Kalampalikis N. (eds) *Thinking about life, the social, nature. Miscellany in homage to Serge Moscovici* . Paris: Les Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2002. – P.237–256.
292. de Rosa, A-M. Sur l'usage des association libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale, 1988. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/263209233_Sur_l'usage_des_association_libres_dans_l'etude_des_representations_sociales_de_la_maladie_mentale/citation/download/pdf. (дата обращения 15.01.2018).
293. de Rosa, A-M. Ideologic medicale et non-medicale et son rapport avec les représentations sociales de la maladie mentale // *Ideologies et Representations Sociales*. Delval: Switzerland, 1991.
294. de Rosa, A-M. Social representations in the social arena / edited by Annamaria Silvana de Rosa. – 1st ed. – Taylor and Francis Group, 2013. – 416 p.
295. de Rosa, A-M. The Role of the Iconic-Imaginary Dimensions in the Modelling Approach to Social Representations // *Papers on Social Representations*, 2014. – Vol. 23. – P.17.1-17.26
296. Rosengren, K.S., Gutierrez, I.T. Searching for coherence in a complex world: introduction to the special issue on explanatory coexistence // *Human Development*, 2011. – Vol.54(3). – P.123–125.
297. Sakki, I., Makiniemi, J.-P., Hakokongas, E., Pirttila-Backman, A.-M. Miten tutkia sosiaalisia representaatioita? [How to study social representations]. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti // Journal of Social Medicine*, 2014. – Vol. 51. – P. 317–329

298. Sánchez-Iglesias, I. The "Why" in Mental Health, Stigma, and Addictive Behaviors: Causal Inferences in Applied Settings // *International journal of environmental research and public health*, 2023. – Vol.20. – 6915. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206915>
299. Sammut, G., Tsirogianni, S., Wagoner B. Representations from the past: social relations and the devolution of social representations // *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 2012.
300. Sammut, G., Andreouli, E. et al. Social representations: a revolutionary paradigm? // Cambridge University Press, 2015.
301. Seale, C. Health and media: an overview // *Social Health Illn*, 2003. – Vol. 25 (6). – P.513–531.
302. Sedgwick, P. Psycho politics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz, and the future of mass psychiatry // New York: Harper & Row, 1982.
303. Segall, M., Wykle, M. The black family's experience with dementia // *Journal of Applied Social Sciences*, 1988-1989. – Vol.13. – P.170–191.
304. Signorielli, N. The stigma of mental illness on television // *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 1989. – Vol.33 (3). – P.325–331.
305. Siltan, N.R., Flannelly, K.J., Galek, K., Ellison, C.G. Beliefs about God and mental health among American adults // *J Relig Health*, 2014. – Vol.53(5). – P.1285–1296.
306. Shafii, M. Freedom from the self: Sufism, meditation and psychotherapy // New York: Human Sciences Press, 1988.
307. Shafranske, E.P. The necessary and sufficient conditions for an applied psychology of religion // *Psychology of Religion Newsletter*, 2002. – Vol. 27. – P.1–12.
308. Scheff, T. Being mentally ill: a sociological theory. – Chicago: Aldine Publishing, 1966. – 156 p.
309. Schaller, M., Park, J. H., Faulkner, J. Prehistoric dangers and contemporary prejudices. *European Review of Social Psychology*, 2003. – Vol.14. –P. 105-137

310. Sherkat, D.E. Embedding Religious Choice: Integrating Preferences and social constraints into Rational Choice Theories of religious behavior // Rational Choice Theory and Religion: Summary and Assessment / ed. By Young. – L. – N.Y.: Routledge, 1997.
311. Sherkat, D.E., Wilson, J. Preferences, Constraints, and Choices in Religious Markets: An Examination of Religious Switching and Apostasy // Social Forces, 1995. – Vol. 73. – P. 993–1026.
312. Sherkat, D.E., Cunningham, S.A. Extending the Semi-Involuntary Institution: Social Constraints and Regional Differences in Private Religious Consumption Among African Americans // Journal for the Scientific Study of Religion, 1998. – Vol. 37. – P.383–396.
313. Sherry, A., Adelman, A., Whilde, M. R., Quick, D. Competing selves: Negotiating the intersection of spiritual and sexual identities // Professional Psychology: Research and Practice, 2012. – Vol.41. – P. 112–119.
314. Shigeta, N., Ahmed, S. et al. Content analysis of Canadian newspapers articles and readers' comments related to schizophrenia // International Journal of Culture and Mental Health, 2016. – Vol. 10(1). – P.1–7.
315. Schleiermacher, F. The Christian faith. (Eds. H. R. MacKintosh & J. S. Stewart) // Philadelphia: Fortress Press, 1948 (Original work published 1928). – 760 p.
316. Shohel, T.A., Nasrin, N., Farjana, F., Shovo, T. et al. 'He was a brilliant student but became mad like his grandfather': an exploratory investigation on the social perception and stigma against individuals living with mental health problems in Bangladesh // BMC psychiatry, 2022. – Vol. 22(1). – 702 p. DOI.10.1186/s12888-022-04359-3
317. Schuster, M., Stein, B. et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks // New England Journal of Medicine, 2001. – Vol. 345. – P.1507–1512.

318. Slopen, N., Watson, A., Gracia, G., Corrigan, P. Age analysis of newspaper coverage of mental illness // *Journal of health communication*, 2007. – Vol. 12(1). – P. 3–15. DOI:10.1080/10810730601091292
319. Smith, J. Transmission of Faith in Families: The Influence of Religious Ideology // *Sociology of religion*, 2020. – Vol.82(3). – P.332–356.
320. Soder, M. Prejudice or Ambivalence? Attitudes Toward Persons with Disabilities, *Disability, Handicap & Society*, 1990. – Vol. 5(3). – P. 227–241.
321. Stark, R., Bainbridge, W.S. *The Future of Religion: Secularization, Revival, and Cult Formation* // Berkeley: University of California Press, 1985.
322. Stark, C., Patterson, B., Devlin, B. Newspaper coverage of a violent assault by a mentally ill person // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004. – Vol.11. – P.635–643.
323. Steinberg, H.R., Durell, J. A stressful situation as a precipitant of schizophrenic symptoms: An epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 1968. – Vol.114. – P. 1097–1105.
324. Steele, S. M., Helmuth, A. S. Predicting Ambivalence: When Same-Sex Sex is Only «Sometimes Wrong» // *Journal of Homosexuality*, 2019. – Vol. 66 (3). – P. 421–442.
325. Stuart, H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness?// *CNS drugs*, 2006. – Vol.20(2). –P. 99–106. DOI:10.2165/00023210-200620020-00002
326. Tabak, N.T., Mamani, A.W. Religion's Effect on Mental Health in Schizophrenia: Examining the Roles of Meaning-Making and Seeking Social Support // *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 2014. – Vol. 8(2). – P.91–100.
327. Thornton, J.A., Wahl, O.F. Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness // *Journal of Community Psychology*, 1996. – Vol.24. – P.17–25.

328. Turner, N., Foley, S., Kinsella, A. et al. Putting television's portrayal of schizophrenia into reverse: an evaluation of the impact on public opinion // *Early intervention in psychiatry*, 2014. – Vol. 8 (4). – P. 366–374.
329. Tomlinson, E., Onwumere, J., Kuipers, E. Distress and negative experiences of the caregiving relationship in early psychosis: does social cognition play a role? // *Early intervention in psychiatry*, 2014. – Vol.8(3). – P. 253–260. DOI: 10.1111/eip.12040.
330. Torales, J., Aveiro-Róbaló, T.R., Ríos-González, C., Barrios I. et al. Discrimination, stigma and mental health: what's next?. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 2023. – Vol. 35(3-4). – P.242–250. DOI.10.1080/09540261.2023.2186218
331. Tzeferakos, G.A., Douzenis, A.I. Islam, mental health and law: a general overview // *Annals of general psychiatry*, 2017. – Vol. 16. – P.28. DOI:10.1186/s12991-017-0150-6
332. Vaingankar, J.A., Choudhary, N., Chong, S.A., Kumar, F. et al. Religious Affiliation in Relation to Positive Mental Health and Mental Disorders in a Multi-Ethnic Asian Population // *International journal of environmental research and public health*, 2021. – Vol.18(7). – P.1– 16.
333. Valaite, D., Berniunas R. Majnun or Mental Disorders: Between Cultural Traditions and Western Psychology in Jordan // *Culture, medicine and psychiatry*, 2024. – Vol. 48(1). – P. 136–157. DOI:10.1007/s11013-022-09787-0
334. Van Camp, D., Barden, J., Sloan, L. Social and Individual Religious Orientations Exist Within Both Intrinsic and Extrinsic Religiosity // *Archive for the Psychology of Religion*, 2016. – Vol.38(1). – P.22–46.
335. Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Anbeek, C., Braam, A. W. Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients // *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2021. – Vol.28(3). – P. 370–383. DOI:10.1111/jpm.12685
336. Van Tongeren, D., DeWall, C., Chen, Z, Sibley, C. et al. Religious residue: Cross-cultural evidence that religious psychology and behavior persist following

- deidentification // *Journal of personality and social psychology*, 2021. – Vol. 120(2). – P. 484-503. DOI: 10.1037/pspp0000288.
337. Vergote, A. *Religion, Foi, Incroyance: étude Psychologique (Psychologie Et Sciences Humaines)*. – Bruxelles, 1983. – 328p.
338. Wagner, W., Duveen, G. et al. The modernization of tradition: thinking about madness in Patna, India // *Culture & Psychology*, 1999. – Vol. 5(4). – P.413–445.
339. Wagner, W., Duveen, G. et al. «I have some faith and at the same time I don't believe in it» – Cognitive polyphasia and culture change // *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2000. – Vol. 10. – P.102–314.
340. Wagner, W., Kronberger, N. Killer Tomatoes! Collective symbolic coping with biotechnology / In K. Deaux & G. Philogene (Eds.), *Representations of the Social – Bridging Theoretical Traditions* // Oxford: Blackwell, 2001.
341. Wagoner, B. Collective remembering as a process of social representation. *The Cambridge Handbook of Social Representations*. Edited by Sammut G., Andreouli E., Gaskell G., Valsiner J. // Cambridge University Press, 2015. – P.143–162.
342. Wahl, O.F., Harman, C.R. Family views of stigma // *Schizophrenia Bulletin*, 1989. – Vol. 15. – P.131–139.
343. Wahl, O.F. Depictions of mental illnesses in children's media // *Journal of Mental Health*, 2003. – Vol.12 (3). –P. 249–258. DOI:10.1080/0963823031000118230
344. Wahl, O.F., Roth, R. Television images of mental illness: results of a Metropolitan Washington media watch // *Journal of Broadcasting*, 1982. – Vol.26 (2). – P.599–606.
345. Walker, L., Pitts, R. Naturalistic conceptions of moral maturity // *Developmental Psychology*, 1998. – Vol. 34. – P. 403–419.
346. Waller, N., Kojetin, B. et al. Genetic and environmental influences on religious interests, attitudes, and values: A study of twins reared apart and together // *Psychological Science*, 1994. – Vol. 1.–P.138–342.

347. Wing, J., Brown, G. Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals 1960–68. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1970.
348. Whaley, A. Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness // *Psychiatric Services*, 1997. – Vol.48. – P.1328–1330.
349. Willard, A., Baimel, A., Turpin, H., Jong, J. et al. Rewarding the good and punishing the bad: The role of karma and afterlife beliefs in shaping moral norms // *Evolution and Human Behavior*. – 2020. – Vol. 41. – № 5. – P.385–396.
350. Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J. et al. How mental illness is portrayed in children's television // *Br J Psychiatry*, 2000. – Vol. 176. – P.440–443.
351. Wong, S., Pargament, K., Faigin, C. Sustained by the Sacred: Religious and Spiritual Factors for Resilience in Adulthood and Aging // *Resilience in Aging Concepts, Research, and Outcomes*, 2018. –P.191–214.
352. Yamaguchi, S., Mizuno, M. et al. Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017. – Vol. 71 (6). – P.347–362.
353. Yang, Y., Parrott, S. Schizophrenia in Chinese and U.S. Online News Media: Exploring Cultural Influence on the Mediated Portrayal of Schizophrenia // *Health Communication*, 2018. – Vol.33(5). – P.553–561.
354. Yousaf, O., Gobet, F. The Emotional and Attitudinal Consequences of Religious Hypocrisy: Experimental Evidence Using a Cognitive Dissonance Paradigm // *The Journal of social psychology*, 2013. – Vol.153. – P. 667–686.
355. Ysseldyk, R., Matheson, K., Anisman, H. Religiosity as Identity: Toward an Understanding of Religion from a Social Identity Perspective // *Personality and Social Psychology Review*, 2010. – Vol.14(1). – P. 60–71.
356. Zinnbauer, B., Pargament, K., Scott, A. The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects // *Journal of Personality*, 1999. – Vol. 67. – P. 889–919.

357. Zinnbauer, B., Pargament, K. Capturing the meanings of religiousness and spirituality: One way down from a definitional Tower of Babel // *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2002. – Vol. 13. – P.23–54.
358. Ziebland, S., Wyke, S. Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health? // *Milbank Quarterly*, 2012. – Vol.90. – P.219–249.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1. Анкета опроса

Уважаемый респондент! Московский Гуманитарный Университет просит Вас принять участие в опросе «Душевнобольные люди и общество» и ответить на вопросы. Внимательно прочтите каждый вопрос и возможные варианты ответов к нему. Выберите ответ, наиболее отвечающий вашему мнению, и укажите его. Если ни один из предлагаемых ответов не отражает Ваше мнение, допишите свой ответ.

Анонимность опроса гарантируется.

Оцените, насколько Вы согласны со следующими утверждениями. Используйте 5-балльную шкалу: 1 – «абсолютно не согласен»; 2 – «скорее не согласен»; 3 – «не уверен»; 4 – «скорее согласен»; 5 – «полностью согласен»

№	Суждения	1	2	3	4	5
1	Религия дает человеку лишь ложные надежды					
2	В современном мире религия не нужна					
3	Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу					
4	Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека					
5	Религия помогает быть терпимым к другим людям					
6	Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью					
7	Психическое заболевание — это милость, посланная избранному человеку					
8	Психическое заболевание такая же болезнь, как и все остальные					
9	Психическое заболевание может коснуться каждого					
10	Психическое заболевание наказание за что-либо, «Божья кара»					
11	Психическое заболевание испытание, данное человеку Создателем					
12	Причиной болезней психики может быть наследственность					
13	Заболевание психики - следствие физической болезни или травмы					
14	Болезни психики — это результат неправильного образа жизни					
15	Психическое заболевание может передаваться от человека к человеку					
16	Результатом жестокого обращения может быть психическое заболевание					
17	Сбой в работе головного мозга может привести к развитию болезни психики					

18	Психическое заболевание это результат неправильного воспитания					
19	Причины возникновения психического заболевания современной науке не известны					
20	Государство, финансируя лечение и уход за душевнобольными людьми, несет неоправданные убытки					
21	На практике общество, как правило, равнодушно к проблемам душевнобольных людей					
22	Общество, не должно перекладывать на государство заботу о психически больных людях					
23	Государство должно обеспечить достойное качество жизни душевнобольных людей					
24	Цивилизованное общество должно поддерживать таких больных					
25	Попечение таких больных – обязанность их семьи					
26	Душевнобольные люди часто не получают должную поддержку от государства					
27	Современное общество делает таких больных маргиналами					
28	Психически больные люди не приносят пользу для государства, и они ему не нужны					
29	Таких больных нужно изолировать от общества					

2. Какую религию Вы исповедуете?

- а) христианство;
- б) ислам;
- в) буддизм;
- д) иудаизм
- е) другая религия
- ж) я не верю.

3. В какой степени Вы относите себя к религиозным людям?

Отметьте один из 10 баллов на шкале, где цифры увеличиваются в порядке возрастания религиозного чувства:

Не верю 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Верю*

4. Как часто Вы посещаете религиозные службы?

- а) никогда;
- б) раз в год или реже;

в) раз в месяц или раз в полгода;

г) раз в неделю или чаще.

5. Отмечаете ли Вы религиозные праздники?

а) да, постоянно, у нас есть календарь, где отмечены все праздники нашей веры;

б) да, но только самые известные;

в) редко, когда как получится;

г) нет, в нашем кругу это не принято.

Ниже сформулированы 11 суждений, выражающих отношение к душевнобольному человеку. Выберите *один ответ по каждому из суждений*, который наиболее точно отражает Ваше отношение к данному человеку, поставив знак «X» в соответствующей колонке.

	совершенно верно	пожалуй	мне все равно	не совсем так	абсолютно неверно
1. Он мог бы быть моим лучшим другом					
2. Я не провожу различий между ним и здоровыми людьми					
3. Я мог бы открыть ему свою душу					
4. Я мог бы проводить с ним свободное время					
5. Я мог бы провести с ним отпуск.					
6. Я мог бы пригласить его к себе в гости					
7. Я не стал бы обсуждать с ним важных проблем					
8. Я не доверил бы ему выполнения ответственных заданий					
9. Я уволился бы, если бы мне пришлось работать с ним вместе					
10. Я не выпускал бы его в общество					
11. Я запретил бы ему иметь детей					

У людей разная скорость реакции, постарайтесь как можно быстрее сформулировать мысль. На бланке приводятся 10 незаконченных предложений. Прочитайте их и закончите, вписывая первую же пришедшую Вам в голову мысль.

1. Душевно больные люди _____

2. Будущее душевно больного человека кажется мне _____

3. СМИ, телевидение, интернет сообщают, что душевнобольные люди _____

4. Мои близкие считают, что душевнобольные _____

5. Если бы я решал вопросы помощи душевнобольным _____

6. Большинство людей считает, что душевнобольные _____

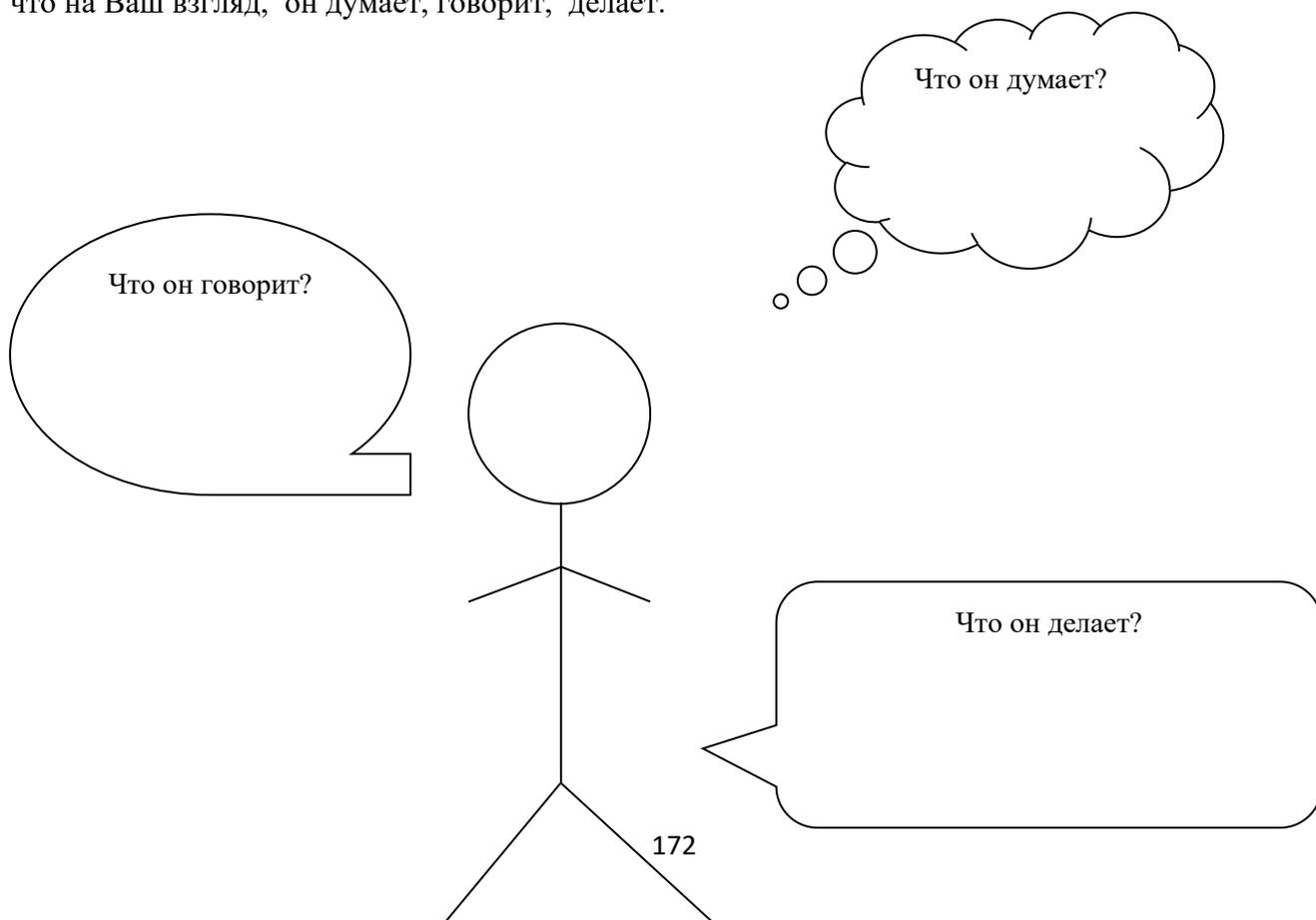
7. Фильмы и передачи о душевно больных _____

8. Надеюсь, что в будущем психически нездоровые люди _____

9. Мои опасения насчет душевнобольных _____

10. Общество должно _____

На этой картинке изображен душевнобольной человек. Допишите в соответствующих зонах, что на Ваш взгляд, он думает, говорит, делает.



Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

1. Ваш пол:

- а) мужской;
- б) женский.

2. Ваш возраст:

- а) 18–23 года
- б) 40–45 лет
- в) 60–65 лет

3. Ваше образование:

- а) неполное среднее (9кл);
- б) полное среднее (11 кл);
- в) средне-специальное;
- г) неполное высшее;
- д) высшее.

4. Ваше семейное положение:

- а) замужем (женат)
- б) холост (не замужем)
- в) вдовец/вдова
- г) разведен(а)

5. Ваш профессиональный статус:

- а) рабочий
- б) служащий
- в) учащийся, студент
- г) домохозяйка
- д) временно не работаю
- е) пенсионер

ж) другое _____

6. Каков в Вашей семье среднемесячный доход на каждого члена семьи (отметьте нужное)

- менее 10 000 руб.
- от 10 000 до 20 000 руб.
- от 20 000 до 30 000 руб.
- от 30 000 до 40 000 руб.
- более 40 000 руб.

«Спасибо за участие в опросе!»

**Приложение №2. Таблица результатов подсчета коэффициента
позитивных ответов для каждого элемента СП
у респондентов православных (ПХ), мусульман (М) и неверующих (Н)**

	Утверждения	ПХ	М	Н
1	Религия дает человеку лишь ложные надежды	11,5 *	12,0*	47,8#
2	В современном мире религия не нужна	2,8*	5,7*	31,2#
3	Религия не играет никакой роли, человек сам творит свою судьбу	34,2#	28,8*	68,8
4	Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека	79,6	76,9	68,8
5	Религия помогает быть терпимым к другим людям	73,4	90,7	46,2#
6	Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью	77,7	96,7	44,3#
7	Психическое заболевание —это милость, посланная избранному человеку	5,8*	17,1*	1,0*
8	Психическое заболевание такая же болезнь, как и все остальные	67,4	53,1#	74,4
9	Психическое заболевание может коснуться каждого	81,1	78,9	96,1
10	Психическое заболевание наказание за что-либо, «Божья кара»	21,0*	17,4*	2,9*
11	Психическое заболевание испытание, данное человеку Создателем	26,3*	32,4*	9,5*
12	Причиной психической болезни может быть наследственность	82,2	66,0	91,2
13	Заболевание психики - следствие физической болезни или травмы	62,9	60,6#	78,6
14	Болезни психики это результат неправильного образа жизни	33,9#	34,2#	46,8#
15	Психическое заболевание может передаваться от человека к человеку	18,1*	14,7*	13,7*
16	Результатом жестокого обращения может быть психическое заболевание	85,5	74,7	81,9
17	Сбой в работе головного мозга может привести к развитию болезни психики	82,0	51,0#	92,5
18	Психическое заболевание это результат неправильного воспитания	30,9#	36,9#	36,5#
19	Причины возникновения психического заболевания современной науке не известны	38,5#	53,1#	26,7*

Продолжение таблицы

	Утверждения	ПХ	М	Н
20	Государство, финансируя лечение и уход за душевнобольными людьми, несет неоправданные убытки	8,6*	14,4*	23,5*
21	На практике общество, как правило, равнодушно к проблемам душевнобольных людей	67,8	66,1	56,7*
22	Общество, не должно перекладывать на государство заботу о психически больных людях	34,9#	40,5#	38,0#
23	Государство обязано обеспечить достойное качество жизни душевнобольных людей	90,9	87,4	79,1
24	Цивилизованное общество должно поддерживать таких больных	93,6	89,2	76,8
25	Попечение такого больного – обязанность только его семьи	49,4#	44,7#	56,2#
26	Душевнобольные люди часто не получают должную поддержку от государства	84,1	61,2#	69,8
27	Современное общество делает таких больных маргиналами	70,7	31,2#	55,2#
28	Психически больные люди не приносят пользу для государства, и они ему не нужны	22,9*	5,7*	27,0*
29	Таких больных нужно изолировать от общества	28,9*	25,5*	19,2*

Примечание: Буквенные обозначения: Н-неверующие, ПХ-православные христиане, М-мусульмане; шрифтом *полужирный курсив* выделены ядра СП, знаком «#» близкая к ядру периферия, знаком «*» удаленная от ядра периферия.

Приложение №3. Результаты кластерного анализа (метод k-средних).

1,661218	1,883773	-0,3375	0,251215	0,032324	1,270822	0,078465	-0,761902	0,348098	-1,311145	-0,730743	-0,140175	-1,047816	-1,095805	-0,060523	1	4	0,285997
1,703965	2,249867	0,060821	1,291964	0,032324	1,919657	-0,128397	-1,02494	0,760132	-1,787286	-1,475758	-1,051315	-1,139896	-0,982982	-0,231757	2	4	0,481003
0,16509	1,151584	-0,717932	0,56344	0,31354	0,102919	1,112777	-1,02494	-0,063936	-1,039065	-0,234066	0,350438	-0,219089	-0,644515	0,667224	3	4	0,601925
-0,81808	-1,044982	-0,717932	-1,309908	-0,530108	-0,675684	-1,473002	-0,235827	0,554115	0,457376	-0,730743	0,350438	1,806688	1,611935	0,667224	4	1	0,416676
-0,775333	-0,922951	-0,10916	-0,269159	-1,09254	-0,156615	-0,748984	-1,287978	1,378184	-0,086784	-0,482404	-0,070088	1,346284	2,063225	-0,231757	5	1	0,482423
-0,81808	-1,044982	-0,302915	-0,789533	-1,373756	1,400589	-0,231828	-1,287978	0,554115	0,865497	0,014272	0,490614	0,747759	2,063225	-0,617034	6	1	0,573618
1,960444	0,78549	2,463866	0,251215	0,594755	-0,545917	0,078465	0,553286	-1,30004	-1,651245	-0,979081	-1,752192	-1,139896	-0,757337	-1,259163	7	5	0,397894
-0,604347	-0,06873	-0,302915	0,14714	-0,811324	-1,064985	-0,645553	0,290248	-0,991014	-0,018764	-0,234066	-0,070088	0,885681	0,370888	1,180927	8	2	0,553201
-0,68984	-0,556856	-0,821686	-1,309908	-0,811324	-1,71382	-0,645553	-1,02494	-1,30004	-0,222824	1,007626	0,700877	1,760648	0,822178	1,69463	9	2	0,596996
1,105513	1,63971	2,256357	0,043065	0,032324	-0,156615	0,595621	-0,761902	-0,991014	-0,903025	-0,730743	-1,752192	-0,863654	-0,87016	-1,259163	10	5	0,354227
0,336076	1,395647	1,806755	1,500114	-0,811324	0,362453	0,49219	-0,761902	-0,991014	-0,426884	0,510949	-1,401753	-0,955735	-0,87016	-1,087929	11	5	0,613194
-0,860826	-0,06873	-0,821686	-0,893608	-1,09254	-1,71382	-1,26614	-0,498865	-2,227117	1,273617	1,504302	0,770964	1,024002	0,03242	2,037099	12	2	0,606234
-0,518854	-0,922951	-0,752517	-0,373234	0,032324	-1,324519	1,112777	0,816324	0,554115	1,001537	1,504302	2,453068	-0,449291	-0,193225	-0,360183	13	3	0,67046
0,03685	-0,434825	-0,302915	1,291964	1,438403	1,011288	0,595621	0,816324	1,069158	-0,086784	-0,234066	0,91114	-0,817614	-0,41887	-0,959503	14	6	0,418416
2,430656	1,151584	0,14264	0,251215	-0,248892	-0,675684	-1,886727	0,816324	-1,30004	-1,243125	-0,730743	-0,981227	-1,047816	-0,982982	-1,130798	15	5	0,591967
-0,732587	-0,922951	-0,717932	-1,309908	-0,530108	-1,324519	-0,645553	0,027211	-0,063936	1,749757	2,000979	1,752192	0,471517	0,145243	0,281946	16	2	0,545394
-0,604347	-0,434825	-0,821686	-1,413983	-0,248892	-1,324519	-0,542122	0,816324	-0,991014	1,273617	0,262611	1,752192	0,655679	0,03242	0,79565	17	2	0,424802
0,03685	0,297364	0,319611	1,291964	1,438403	0,232686	0,905914	-1,02494	0,657124	-0,290844	-0,234066	0,560701	-0,817614	-0,306047	-1,087929	18	6	0,486945
-0,134136	-0,190762	0,38878	0,771589	-0,811324	1,011288	1,009345	0,816324	0,863141	0,049256	2,000979	-0,070088	-0,679493	-0,757337	-1,130798	19	3	0,71479
1,575725	0,175333	0,907552	0,875664	2,563266	0,621987	-0,024966	0,290248	-0,063936	-1,447185	-0,979081	-0,91114	-1,093856	-0,87016	-0,74546	20	6	0,656437
-0,68984	-0,882273	-0,717932	-0,061009	0,219801	0,232686	-0,024966	0,027211	-0,372962	1,205597	1,587082	0,350438	-0,034927	-0,005187	0,752841	21	2	0,571708
-0,091389	-0,434825	0,215857	1,187889	0,875971	0,621987	0,905914	0,816324	0,245089	-0,018764	0,510949	-0,700877	-0,817614	-0,531692	-0,14614	22	6	0,469461
-0,903573	-1,044982	-0,821686	-1,205833	-1,09254	0,102919	-1,059278	-0,761902	-0,991014	1,341637	-0,979081	-0,490614	1,070042	2,176047	1,69463	23	1	0,523996
-0,94632	-0,678888	-0,787101	-1,309908	-1,09254	-0,416149	-1,26614	-1,551015	-0,372962	0,933517	0,510949	-0,280351	1,530446	1,499113	1,437779	24	1	0,443907
-0,476108	-0,678888	-0,510423	0,771589	0,032324	0,232686	0,595621	1,605437	0,760132	0,253316	-0,482404	0,140175	-0,265129	0,145243	0,153521	25	3	0,448449
-0,860826	-1,044982	-0,821686	-0,997683	-0,248892	-0,156615	-0,645553	1,342399	0,451107	1,001537	0,510949	0,350438	0,977961	0,258065	0,667224	26	2	0,555862
-0,732587	-0,678888	-0,717932	-1,309908	0,875971	-0,545917	0,802483	2,131512	2,099244	0,389356	-0,482404	0,070088	0,747759	-0,41887	0,153521	27	3	0,682246
-0,262375	0,175333	0,146687	0,875664	2,28205	1,400589	2,871106	1,342399	1,172167	-0,835005	-1,475758	-0,420526	-0,817614	-0,982982	-0,873886	28	6	0,674757
0,507062	1,151584	0,734628	1,187889	0,032324	1,270822	0,078465	-0,498865	0,554115	-0,426884	-0,730743	-0,91114	-0,817614	-0,531692	-1,002312	29	4	0,448119

Приложение №4. Таблицы по результатам модифицированной шкалы «Психологической дистанции» Д. Фелдеса

	Теснота социальной дистанции, средний балл	Результаты статистического анализа
Н	6,1	H=13,11, p=0,0014*
ПХ	5,6	U=25;p= 0,007 **
М	5,4	U=16,5; p= 0,0014 **
В/О	5,5	U=161, p=-0,015***
С/О	5,3	
Возрастные группы респондентов		H=1,59; p=0,4514
18— 23	5,4	
40— 45	5,8	
60— 65	5,8	
Респонденты с детьми	5,28	
Респонденты без детей	6,12	U=4; p= 0,01 **

Примечания. Буквенные обозначения: Н-неверующие, ПХ-православные христиане, М-мусульмане; В/О –высшее образование, С/О-среднее образование. Уровень значимости различий: $p \leq 0,10^*$ H-критерий Краскела–Уоллиса, $p \leq 0,05^{**}$, $p \leq 0,01^{***}$ U-критерий Манна-Уитни.

Приложение №5. Таблицы по результатам контент-анализа методики «Бабблз»

Таблица 5.1. Классификатор контент-анализа для методики «Бабблз»

Категории анализа	Единицы анализа		
	Позитивное	Нейтральное	Негативное
Высказывания			
«Вербальные проявления» (Вп)	101	201	301
«Когнитивные проявления» (Кп)	102	202	302
«Поведенческие проявления» (Пп)	103	203	303

Таблица 5.2. Результаты контент-анализа методики «Бабблз»

Модальность отношения	Результаты анализа методики «Бабблз» (возрастные группы 18-23г и 60-65 л)		
	Вп	Пп	Кп
Позитивное	U=11,5, z=2,10, p=0,03*	H = 0,1339, p=0, 935	H = 1,6928, p=0,429
Негативное	U=27, z= 1,91, p=0,058*	U=39, z= 1,91, p=0,059*	U=22,5, z= 2,92, p=0,003*
Нейтральное	U=34,5, z=2,17, p=0,028*	U=28, z=2,57, p=0,01*	U=37,5, z= 2,02, p=0,044*
	Результаты анализа методики «Бабблз» (уровень образования респондентов В\О и С\О)		
Позитивное	U = 12, z= 0,8807, p =0, 18943	U = 10,5, z= 1,1209, p =0, 1314	U = 7, z= 1,6813, p =0, 0465
Негативное	U = 9,5, z= 1,28103, p =0, 10027	U = 11, z= 1,04083, p =0, 1492	U = 6,5, z= 1,76141, p =0, 0392*

Нейтральное	U = 7, z= 1,68135, p =0, 04648	U = 8, z= 1,52122, p =0, 06426	U = 10,5, z= 1,1209, p =0, 13136
	Результаты контент-анализа методики «Бабблз» по конфессиональной принадлежности респондентов		
Позитивное	H= 0,0586, p=0,97112	H =0,0712, p = 0,96504	H = 1,6928 p = 0, 42895
Негативное	H= 0,5601, p=0, 75576	H= 0,4493, p=0, 79879	H= 0,0586, p=0, 97115
Нейтральное	H= 0,9069, p=0, 63543	H= 0,0484, p=0, 97608	H= 0,9069, p=0, 63543

Примечание. «Вербальные проявления» (Вп), «Когнитивные проявления» (Кп), «Поведенческие проявления» (Пп), В\О – высшее образование, С\О – среднее образование. Уровень значимости различий: $p \leq 0,05$ * U-критерий Манна-Уитни.

Приложение №6. Таблицы по результатам контент-анализа методики «Незавершенные предложения»

Таблица 6.1. Ключ к модифицированному варианту методики «Незаконченные предложения»

Список категорий	Номера предложений
Мое личное восприятие персоны с проблемами психического здоровья (ЛВ)	1,5
Восприятие лиц с проблемами психического здоровья семьей (ВПБС)	4
Восприятие лиц с проблемами психического здоровья обществом (ВПБО)	6,10
Освещение в СМИ (СМИ)	3,7
Будущее психически больного (БПб)	2,8
Опасения в отношении лиц с проблемами психического здоровья (О)	9

Таблица 6.2. Классификатор контент-анализа для модифицированного варианта методики «Незаконченные предложения»

Категории	Единицы анализа		
	Позитивное отношение	Негативное отношение	Нейтральное отношение
Высказывания	101	102	103

Таблица 6.3. Статистически значимые различия результатов применения модифицированного варианта методики «Незаконченные предложения»

№ шкал	Отношение		
	положительное	негативное	нейтральное
5,1	H = 6,7371, p=0,034**	H = 4,1232, p=0,127, p ≥ 0,05.	H = 2,5946, p=0,273, p ≥ 0,05.
4	H = 2,9606, p=0,123, p ≥ 0,10	H = 1,7633, p=0,414, p ≥ 0,10	H = 0,2415, p=0,886, p ≥ 0,10
6,10	H = 5,2091, p=0,071*	H = 1,5601, p=0,458, p ≥ 0,10	H = 1,6781, p=0,432, p ≥ 0,10
3,8	H = 2,3184, p=0,314, p ≥ 0,10	H = 1,0161, p=0,607, p ≥ 0,10	H = 0,649, p=0,723, p ≥ 0,10
2,8	H = 5,0011, p=0,082*	H = 0,4756, p=0,788, p ≥ 0,10	H = 1,0993, p=0,577, p ≥ 0,10
9	H = 4,7193, p=0,094*	H = 0,7093, p=0,701, p ≥ 0,10	H = 4,7511, p=0,093*

Примечания. Уровень значимости различий: $p \leq 0,10^*$, $p < 0,05^{**}$. H-критерий Краскела–Уоллиса,

**Приложение №7. Таблица значимых связей религиозной
ментальности с утверждениями опросника социальных
представлений**

В таблице представлены данные линейного регрессионного анализа. Предиктор – степень религиозной ментальности, зависимые переменные – утверждения опросника социальных представлений

№	Утверждения опросника социальных представлений	Бета	R-квадрат	Значимость
4	Религия оказывает положительное влияние на духовность и поведение человека	0,500	0,223	0,000
5	Религия помогает быть терпимым к другим людям	0,439	0,192	0,000
6	Религия помогает справляться с жизненными трудностями, в том числе и болезнью	0,528	0,278	0,000
7	Психическое заболевание — это милость, посланная избранному человеку	0,074	0,272	0,000