

*И.Б. БОВИНА, М.С. ПАНОВ*

## **ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

Изучение вопросов, касающихся психических заболеваний и психически больных людей, несомненно, является уделом психиатрии и клинической психологии. Однако и социальная психология внесла заметный вклад в разработку данной области за последние десятилетия. Речь идет о социально-психологическом подходе к проблемам психического здоровья и болезни. Существуют многочисленные работы, посвященные, например, анализу процессов социального сравнения у психически больных, изучению стигматизации по отношению к ним, объяснению связи стигматизации с их дискриминацией, анализу обыденных представлений о психических заболеваниях и самих больных и др. [6–9, 11, 12, 16, 20, 25–27, 29, 31]. Последняя тема и будет рассмотрена в настоящей статье.

Изучение обыденных представлений о психических заболеваниях и психически больных привлекает внимание исследователей в различных культурах [6, 11, 12, 16, 20, 25, 27, 29, 31]. Этот интерес отчасти объясняется радикальными изменениями в ряде западных стран: функции, связанные с адаптацией, уходом и заботой о психически больных, были возложены не на различного рода медицинские учреждения, но на само общество. Возникла необходимость интеграции психически больного в общество [11, 12, 16, 25, 27, 31]. Очевидно, что успех этой интеграции связан с изменением именно обыденных представлений о психически больных, которые веками подвергались стигматизации, изолировались от общества [13]. Обыденные представления о больных оказываются чем-то вроде «самореализующегося пророчества», люди действуют, опираясь на них [31].

Значительная часть работ на эту тему основывается на теории социальных представлений С. Московиси [1, 3, 21–23], так как именно

---

**Бовина Инна Борисовна** — кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. **Адрес:** 125109 Москва, ул. Моховая, 11–5. **Телефон:** (095) 203–32–58. **Электронная почта:** innabovina@yandex.ru

**Панов Михаил Сергеевич** — аспирант факультета психологии Государственного университета – Высшая школа экономики. **Адрес:** 141018 г. Мытищи Московской обл., Ново-Мытищинский просп., д. 49, корп. 1, кв. 155. **Телефон:** (095) 581–32–77. **Электронная почта:** mpanoff@yandex.ru

этот подход позволяет изучать формы обыденного знания, используемые для объяснения различных событий, явлений и объектов, для придания смысла окружающему миру, построения общей, разделенной реальности [15].

«Наивный ученый», или пресловутый «человек с улицы», как его называет С. Московиси [23], не может придумать здравый смысл. Обыденные знания порождаются в процессе бесчисленных взаимодействий, коммуникаций, диалога. Эта форма «наивного», «натурального» знания, в противоположность знанию научному, базируется на нашем опыте, на различной информации, передаваемой посредством как традиции, так и социальной коммуникации [15]. Однако для того чтобы такая коммуникация имела место, должна существовать некоторая проблема для обсуждения, нечто, что требовало бы объяснения, будь то новое, и в силу этого — знакомое явление, или объект, или тревожащая ситуация — другими словами, нечто угрожающее или затрудняющее каждодневную практику группы [30]. Незнакомый объект или явление может угрожать группе, ибо в ней отсутствует готовое представление об этом объекте или явлении, нет средств для его интеграции в каждодневную практику. На коллективном уровне проблема разрешается посредством социальной коммуникации (как на интрагрупповом уровне, так и на уровне масс-медиа), в которой вырабатывается интерпретация и объяснение нового феномена или явления. Нечто знакомое, пугающее становится понятным и знакомым, вписывается в уже имеющуюся систему знаний; в этом заключается защитная функция представлений [15, 17, 22].

Социальное представление включает информацию, убеждения, мнения, образы, установки в отношении объекта представления. Эти составляющие, будучи организованными и структурированными, образуют определенный тип когнитивной системы [5]. Социальные представления ориентируют и «оправдывают» поведение индивидов (в более широком смысле — и сами социальные отношения), способствуют социальным коммуникациям. Более того, как подчеркивает Ж.-К. Абрик [5], представления определяют все наши ожидания и антиципации. Различный опыт, групповая принадлежность, виды деятельности — все это способствует формированию у индивидов неодинаковых представлений.

Ж.-К. Абрик предлагает различать в представлении следующую структуру: центральное ядро и периферические элементы [3–5]. Ядро определено природой самого объекта представления, типом отношений с ним, а также системой ценностей и социальными нормами. Ядро выполняет две важных функции: порождающую и организующую. Первая заключается в том, что именно ядро придает смысл и ценность представлению. Вторая связана с тем, что ядро — это объединяющий и стабилизирующий элемент. Элементы ядра в наибольшей

степени сопротивляются изменениям, ибо вместе с ними изменяется само представление. Выявление структуры ядра представлений открывает возможность сравнительного анализа последних.

Периферические элементы образуют основу контекста представления и выполняют ряд функций [3–5]. Во-первых, они обеспечивают гибкость социального представления, поскольку напрямую зависят от контекста и выступают своего рода связующим звеном между ним и реальностью. Во-вторых, будучи более гибкими, чем элементы центрального ядра, они играют основную роль в адаптации представления к изменению контекста. Любая новая информация может быть интегрирована в ядро. Эта роль становится особенно важной в том случае, если новая информация ставит под сомнение ядро представления. Таким образом, новая информация может быть переинтерпретирована благодаря периферическим элементам, что позволит сохранить неизменным центральное ядро. Наконец, периферическая система защищает представление от изменений [3–5].

Психические заболевания, в отличие от новых и неизвестных объектов и феноменов, появляющихся в обществе, будь то СПИД или биотехнологии, существуют достаточно давно, однако по-прежнему остаются неизвестными и дистанцированными в силу своей маргинальной социальной позиции, пугающими, требующими обсуждения [11]. В русле теории социальных представлений сложилась традиция изучения представлений о психических заболеваниях и психически больных, опирающаяся на различные методологические подходы [6, 11, 12, 16, 19, 20, 25, 27, 29, 31]. В многочисленных работах показано, что обыденные представления о психических заболеваниях и психически больных включают как убеждения, выработанные миром «экспертов», так и убеждения, специфичные для той или иной культуры [29]. Представления о психических заболеваниях и больных являются результатом диалектических отношений между миром научного и правового знания и миром консенсусного знания, обыденного объяснения этих явлений. СМИ играют роль медиатора между этими мирами [25]. Однако научное знание, входящее в каждодневные коммуникации, не пассивно отражается, но активно изменяется, трансформируется и преобразуется.

Социальные образы психических заболеваний (безумия, сумасшествия) многоаспектны и полиморфны; еще со времен Гиппократов и Платона существовали различные образы и концепции сумасшествия, причем они сохранились и существуют в настоящее время [6]. В работах А.М. де Розы показано сосуществование разных моделей сумасшествия, которые можно обнаружить при историческом анализе. Это мистификация или демонизация (психически больной представляется в виде монстра, «нечистой силы»); криминализация (психически

больной человек — преступник, девиант, наркоман); «медикализация», опирающаяся на психиатрическое знание, наконец, психологизация сумасшествия. В последнем варианте психически больной видится страдающим от депрессии, от каких-либо эмоциональных потрясений. Элементы этих моделей выявлены при анализе рисунков, сделанных взрослыми, детьми и подростками [6, 7, 31].

Психическое заболевание имеет преимущественно негативные ассоциации, такие, как социальная девиация, опасность, непредсказуемость, насилие, инаковость и стигма [11, 12, 19]. Коль скоро психическое заболевание вызывает страх, аналогичную реакцию вызывают и сами больные — своей непредсказуемостью, агрессией, непохожестью. С точки зрения Д. Жоделе [16], на обыденном уровне существует страх, восходящий, очевидно, к средневековым представлениям о возможности заразиться от больных посредством телесных флюидов или визуального контакта.

В обыденном сознании психические заболевания представляются двояко: с одной стороны, это заболевания мозга, с другой — нервов. В первом случае болезнь связывается с задержками развития, сами больные невинны. Во втором — с эмоциональными нарушениями, больные здесь оцениваются как отталкивающие, «противные» [16]. Проживание психически больных вне специализированных медицинских учреждений, безусловно, пугает, и людям, оказавшимся рядом с ними, требуется защитить собственную идентичность, дабы не быть ассимилированными с больными.

Дж. Фостер [12] выявила, что в представлениях респондентов существуют различные континуумы, используемые для типологизации психических заболеваний. Например, в один из типов объединяются заболевания, возникающие в результате социального давления и проявляющиеся в насилии над собой. Таким больным требуется терапия, а не лекарства. Прогноз в данном случае благоприятен при условии, что отсутствует социальное давление, а больные прилагают усилия, чтобы выздороветь. Эти больные вызывают симпатию и жалость со стороны общества. В другой тип входят заболевания, причины которых — биологические или генетические факторы. Эти заболевания проявляются в насилии над другими. Тот факт, что человек болен, очевиден по его внешним признакам. Для лечения таких больных требуются лекарства, при этом прогноз не является благоприятным, а их собственные усилия вряд ли важны в данном случае. Они вызывают страх со стороны общества.

Подобная дифференциация больных, а также отношения к ним возникает, и когда речь идет о других заболеваниях. Например, в случае представлений о больных СПИДом/ВИЧ-инфицированных есть «плохие» и «хорошие» больные. Первые вызывают отвращение, неприязнь, страх у здоровых. В эту категорию попадают гомосексуалисты,

наркоманы, проститутки, люди, имеющие многочисленных сексуальных партнеров. Вторая категория объединяет тех, кто оказывается невинной жертвой: дети, случайно зараженные врачами или родившиеся от зараженных матерей, больные гемофилией, а также женщины, зараженные своими неверными мужьями [24]. Эта категория вызывает сочувствие и сострадание.

Достаточно любопытные результаты можно найти в работе Н. Морант [20], посвященной анализу социальных представлений, имеющихся у экспертов в области психического здоровья (психиатров, клинических психологов, терапевтов, социальных работников). Представления экспертов о психических болезнях комплексны, гетерогенны и амбивалентны, они объединяют противоположные, не сочетающиеся друг с другом элементы. Эксперты не имеют единой модели для объяснения психических заболеваний, однако они подразделяют их на невроты и психозы. Сами больные описываются как непохожие, другие, отчужденные. Несмотря на свой статус, респонденты-эксперты не лишены обыденного представления о том, что психические заболевания представляют собой опасность. Отсюда, вероятно, и происходит амбивалентная реакция в отношении психически больных — страх и жалость. Тем не менее, как показано в работе Б. Зани, социальная дистанция по отношению к психически больным у экспертов (психологов) меньше по сравнению с неэкспертами [31].

Резюмируя многочисленные работы, посвященные изучению представлений о психических болезнях и психически больных, отметим, что, несмотря на некоторую дифференциацию представлений о психических болезнях и больных, а также отношения к последним, содержание представлений о них обладает в значительной мере негативной валентностью. Если воспользоваться определением Р. Фарра [8], то форма социального представления с негативной валентностью есть не что иное, как стигма. Действительно, человек, будучи обозначенным как «психически больной», становится объектом негативно нагруженных представлений, которые помогают не только установить дистанцию по отношению к нему, но и взаимодействовать с ним соответствующим образом.

Наше исследование основано на традиции изучения обыденных представлений о психически больных, сложившейся в русле теории социальных представлений. **Основными целями** работы являлись: во-первых, описание и анализ содержания и структуры представлений о психически больных у двух групп студентов (психологов — группа профессионалов в процессе становления, будущих экспертов, и непсихологов — группа, для которой знания о психически больных не являются составной частью профессионального знания); во-вторых, сравнение аттитюдов (социальной дистанции) в отношении больных в этих двух группах. В качестве дополнительной цели мы

планировали проанализировать для исследуемых групп источники информации о психически больных и обсуждаемость тем, касающихся психических болезней и психически больных.

В силу того что настоящая работа является одним из первых отечественных исследований по данной проблеме, мы планировали выявить, а также описать и проанализировать содержание и структуру представлений о психически больных, то есть те элементы, которые гипотетически образуют центральное ядро и периферию<sup>1</sup>.

**Объектом** исследования стали студенты в возрасте 18–35 лет. Выборку составили учащиеся факультетов психологии ряда университетов и институтов Москвы (N=175, группа студентов-психологов), а также студенты различных факультетов, обучающиеся техническим специальностям (N=152, группа студентов-непсихологов).  $M_{\text{возраста}}=22,8$  лет,  $SD=5,08$  лет в первой группе,  $M_{\text{возраста}}=22,9$  лет,  $SD=4,8$  года — во второй группе.

**Предметом** исследования явились социальные представления о психически больных, а также социальная дистанция в отношении них. Мы исходили из следующих гипотез:

*Гипотеза 1.* Представления о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов в большей степени образованы психиатрическими категориями по сравнению с группой студентов-психологов.

*Гипотеза-следствие 1.* Содержание представления о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов в большей степени образовано психиатрическими категориями по сравнению с содержанием представления в группе студентов-психологов.

*Гипотеза-следствие 2.* В ядре представления о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов есть прототип больного как носителя определенной болезни.

*Гипотеза-следствие 3.* В ядре представления о психически больном человеке в группе студентов-психологов отсутствует прототип больного как носителя определенной болезни.

*Гипотеза 2.* Студенты-психологи имеют меньшую социальную дистанцию в отношении психически больных, чем студенты-непсихологи.

**Методика и процедура исследования.** Основным методом исследования было анкетирование. Наш опросник состоял из 3 частей.

<sup>1</sup> Здесь и далее мы подразумеваем возможную структуру представления, которая будет описана с помощью методики П. Вержеса [5, 10, 28]. В литературе неоднократно отмечалось, что исследование структуры представления предполагает ряд этапов: выявление представления, формулирование и проверка гипотезы о его структуре [5, 10, 28]. Описанная здесь работа представляет первый этап нашего исследования.

В первой части респондентам было предложено дать свободные ассоциации на стимул «психически больной человек». Предлагалось написать не менее семи ассоциаций. Во второй части респондентов просили ответить на ряд вопросов, направленных на выявление социальной дистанции по отношению к больным, указать, насколько их интересует тема психических заболеваний и психически больных людей, и назвать источники информации и группы обсуждения данной проблемы. В заключительной части респондентам задавались социально-демографические вопросы.

**Методика анализа данных.** Для анализа представления о психически больном использовалась модификация категориальной сетки, предложенной А.М. де Розой [27]. Де Роза выделяет следующие уровни анализа с соответствующими категориями: 1) *физический уровень*: характеристики внешности больного; указание на внешне различимые проявления болезни и необходимость медицинской помощи; 2) *психологический уровень*: характеристики когнитивной сферы; характеристики аффективной сферы; социальные характеристики больного (поведенчески-отношенческие характеристики); 3) *социальный уровень*: «социальный статус» больного; 4) *уровень диагностико-психиатрической терминологии*: использование психиатрической терминологии. Дополнения, внесенные нами в схему, таковы: указания на медицинские учреждения, врачей и обслуживающий персонал; отношение общества к больному; указание на причины болезни; персонажи; бранные слова; другое.

Для описания гипотетической структуры представлений использовалась методика, предложенная П. Вержесом [10, 28]. В соответствии с критериями прототипичности, ядро представления образуют скорее всего те понятия, которые ассоциируются со словом-стимулом, причем у высокого процента респондентов (другими словами — низкоранговые, или сильные [15], и высокочастотные ассоциации). Границы этой группы понятий определяются на основе вычисления среднего ранга и медианы для частоты встречаемости. В первую очередь анализу подлежат понятия, встречающиеся не менее 10 раз [28].

П. Вержес и другие исследователи [5, 10, 28] отмечают, что гипотеза о структуре представления, выделенной таким образом, практически всегда получает поддержку на следующем этапе исследования. Однако последующий этап необходим, в силу того что указанные выше параметры могут характеризовать не только элементы ядра, но и активированные элементы периферической системы [10]. В результате анализа ассоциаций по указанному критерию для каждой группы респондентов была выявлена и описана структура представления.

В группе студентов-психологов предложено N=1106 ассоциаций со словосочетанием «психически больной» (M=6,32, SD=1,66), а в

группе студентов-непсихологов —  $N=940$ , ( $M=6,18$ ;  $SD=1,67$ ). Респонденты в двух группах давали в среднем примерно одинаковое количество ассоциаций ( $t=0,67$ ,  $p>0,1$ ). Для каждой группы составлен словарь; для студентов-психологов он включает 488 понятий, для студентов-непсихологов — 350.

**Содержание и структура представления о психически больном в группе студентов-психологов.** В результате анализа всех ассоциаций с использованием описанной выше схемы мы получили следующую иерархию категорий, отражающих содержание представления: социальные характеристики больного (как негативные, так и позитивные: опасный, агрессивный, асоциальный, странный, одинокий и др. — 24,9%); использование психиатрической терминологии (шизофреник, истерик, даун, олигофрен и др. — 18,3%); указание на внешне различимые проявления болезни и необходимость медицинской помощи (дерганый, безумные глаза, в больницу ему надо и др. — 12,7%); указание на «социальный статус» больного (ненормальный, изолированный от общества и др. — 11,5%); указания на медицинские учреждения, врачей и обслуживающий персонал (больница, психиатрическая больница, психиатр и проч. — 8,23%); характеристики аффективной сферы больного (несчастный, страдающий, грустный и др. — 6,42%); характеристики когнитивной сферы больного (умственно отсталый, глупый, нелогичный и др. — 5,8%); отношение общества к больному (вызывает сочувствие, вызывает пренебрежение, вызывает отвращение и др. — 2,6%); характеристики внешности больного (неопрятный, грязный и др. — 1%); указание на причины болезни (плохая наследственность, родовая травма и др. — 0,82%); персонажи (Новодворская, Жириновский, Достоевский — 0,54%); бранные слова (придурок, урод — 0,36%); другое (6,6%).

Обратимся к анализу структуры представления, выявлению элементов, вокруг которых оно организуется. В соответствии с указанными выше критериями П. Вержеса [10, 28] мы проанализировали часто встречающиеся ассоциации (не менее 10 раз), что составило 38,6% от общего количества ассоциаций.

В число элементов, составляющих ядро представления, попадают: неуравновешенный, неадекватный, нервный, несчастный, одинокий (табл. 1). Совокупность этих элементов демонстрирует отличие психически больных от здоровых, выражающееся в неадекватности, обособленности, отдаленности от окружающих. При этом интересен элемент, относящийся к аффективной сфере больного — несчастный. Болезнь делает людей несчастными, и это верно не только для психических заболеваний. Как было показано в нашей работе [2], посвященной изучению представлений о больных СПИДом и раком, больным в первую очередь приписывается характеристика — несчастные.



Периферическая система образована следующими элементами: больной, ненормальный, псих, неадекватное поведение, агрессивный, больница, шизофреник, опасный, непредсказуемый, странный, жалкий, страшный, непонятный, замкнутый, даун, истерик.

Таблица 1

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о психически больном человеке в группе студентов психологов**

<i>Элементы ядра</i>	<i>СР &lt; 3,29</i>	<i>ЧВ &gt; 16</i>	<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &gt; 3,29</i>	<i>ЧВ &gt; 16</i>
Неуравновешенный	2,31	41	Агрессивный	4,10	41
Неадекватный	2,73	33	Больница	3,81	31
Нервный	2,63	24	Шизофреник	3,32	28
Несчастный	2,76	21	Опасный	4,48	27
Одинокий	3,10	20	Непредсказуемый	4,12	17
			Странный	3,38	16
<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &lt; 3,29</i>	<i>ЧВ &lt; 16</i>	<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &gt; 3,29</i>	<i>ЧВ &lt; 16</i>
Больной	3,07	15	Жалкий	3,80	15
Ненормальный	2,33	15	Страшный	4,07	14
Псих	1,38	13	Непонятный	4,17	12
Неадекватное поведение	1,92	12	Замкнутый	3,92	12
			Даун	4,00	10
			Истерик	3,50	10

*Примечание:* СР — средний ранг, ЧВ — частота встречаемости

Как видно из таблицы 1, представление образовано понятиями, имеющими преимущественно негативную нагрузку. Наряду с этим есть в нем и понятия, выражающие не только страх, но и сочувствие в отношении объекта представления (жалкий). Среди элементов ядра отсутствует указание на больного какой-либо определенной болезнью, которая явилась бы прототипической. Эти элементы присутствуют в периферической системе: даун, истерик, шизофреник — то есть той части представления, которая оказывается более гибкой, генерогенной.

Психически больному человеку приписываются такие характеристики, как агрессивный, опасный, страшный (они были получены в ряде научных работ, а также устойчиво присутствуют в образе психически больного в масс-медиа [8, 11, 12, 20]), но они являются периферическими элементами. Категории выделялись исходя из всего имеющегося эмпирического материала. Для этой процедуры использовалась описанная выше модификация категориальной сетки А.М. де Розы [27]. Использование этой сетки позволяет нам сравнить содержание представлений в двух группах испытуемых.

**Содержание и структура представления о психически больном в группе студентов-непсихологов.** Сходным образом проанализировано представление о психически больном в группе студентов-непсихологов. Получены следующие категории: использование психиатрической терминологии (шизофреник, истерик, олигофрен, даун, дебил, параноик и др. — 25,4%); социальные характеристики больного (как негативные, так и позитивные: опасный, агрессивный, асоциальный, странный, одинокий и др. — 16,8%); указание на «социальный статус» больного (ненормальный, маньяк, инвалид и др. — 12,8%); указание на внешне различимые проявления болезни и необходимость медицинской помощи (говорящий сам с собой, отсутствующий взгляд, нуждается в принудительном лечении и др. — 12%); указания на медицинские учреждения, врачей и обслуживающий персонал (больница, психушка, Кащенко, врачи и проч. — 7,8%); характеристики когнитивной сферы больного (умственно отсталый, глупый и др. — 5,7%); характеристики аффективной сферы (несчастный, страдающий, грустный и др. — 4,9%); отношение общества к больному (вызывает сочувствие, вызывает неприязнь, отталкивает и др. — 4,5%); бранные слова (дурак, отморозок, придурок — 2,55%); характеристики внешности (грязный, бледный и др. — 1,1%); указание на причины болезни (врачебная ошибка, врожденное и др. — 0,53%); персонажи (Ван Гог, Жириновский, Наполеон — 0,53%); другое (5,4%).

Таблица 2

**Элементы, образующие ядро и периферию представления о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов**

<i>Элементы ядра</i>	<i>СР &lt; 3,46</i>	<i>ЧВ &gt; 14</i>	<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &gt; 3,46</i>	<i>ЧВ &gt; 14</i>
Неуравновешенный	2,81	47	Психбольница	4,27	40
Шизофреник	3,46	35	Агрессивный	3,76	21
Ненормальный	2,84	32	Жалкий	4,11	19
Псих	2,91	32	Больной	3,72	18
Нервный	2,33	30	Даун	4,93	15
Странный	3,35	17			
Опасный	3,36	14			
<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &lt; 3,46</i>	<i>ЧВ &lt; 14</i>	<i>Элементы периферии</i>	<i>СР &gt; 3,46</i>	<i>ЧВ &lt; 14</i>
Несчастный	3,08	13	Дебил	4,23	13
Дурак	3,08	13	Замкнутый	4,58	12
Неадекватный	2,69	13			
Идиот	2,82	11			
Непредсказуемый	2,91	11			
Неадекватное поведение	3,44	10			

*Примечание:* СР — средний ранг, ЧВ — частота встречаемости

Часто встречающиеся ассоциации в группе студентов-непсихологов составили 44,2% от общего числа. Элементы, в число которых входят составляющие ядра представления, таковы: неуравновешенный, шизофреник, ненормальный, псих, нервный, странный, опасный (табл. 2). Как и в случае студентов-психологов, психически больной отличен от здорового, отклоняется от нормы. Однако для студентов-непсихологов существует определенная болезнь — шизофрения, носитель которой оказывается прототипом психически больного. В представлении студентов-непсихологов психически больной обособлен от здоровых, он странен и опасен. Все элементы центрального ядра имеют негативную нагрузку.

Для утверждения первой гипотезы требовалось проверить три гипотезы-следствия. Сравним сначала элементы, попавшие в область ядра представления в двух группах респондентов. Часть элементов в них совпадает (неуравновешенный, нервный), часть — нет (неадекватный, несчастный, одинокий — в случае студентов-психологов, шизофреник, ненормальный, псих, странный, опасный — у студентов-непсихологов). Как отмечалось выше, несовпадение хотя бы одного элемента ядра представления означает различие представлений. Нашей задачей на следующем этапе исследования и станет проверка гипотезы о том, что ядром представления в каждой группе являются именно выделенные нами элементы.

В соответствии с нашей первой гипотезой-следствием, содержание представлений о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов в большей степени образовано психиатрическими категориями по сравнению с содержанием представления в группе студентов-психологов. Для проверки данной гипотезы-следствия требовалось сравнить категории представлений.

Доля психиатрических категорий в содержании представлений о психически больных в группе студентов-непсихологов значительно превышала долю этих категорий у группы студентов-психологов ( $F$ -критерий = 3,02,  $p < 0,01$ ). Значимые различия в содержании представлений двух групп студентов (психологов и непсихологов) также получены по следующим категориям: социальные характеристики больного ( $F$ -критерий = 4,54,  $p < 0,000$ ), бранные слова ( $F$ -критерий = -4,52,  $p < 0,000$ ), отношение общества к больным ( $F$ -критерий = -2,27,  $p < 0,01$ ), указание на «социальный статус» больного ( $F$ -критерий = -1,87,  $p < 0,05$ ), характеристики аффективной сферы больного ( $F$ -критерий = 1,74,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, психически больной человек в большей степени ассоциируется с социальными характеристиками, а также указаниями на переживания больного в группе студентов-психологов, чем в группе студентов-непсихологов. В свою очередь, психически больной в

большей степени ассоциируется с различными психиатрическими категориями, с характеристиками отношения общества к больному, указаниями на его «социальный статус», бранными словами в группе студентов-непсихологов по сравнению с группой студентов-психологов.

Во второй гипотезе-следствии предполагалось, что в группе студентов-непсихологов среди элементов, образующих ядро представления, присутствует прототип больного как носителя определенной болезни — шизофреника. В соответствии с третьей гипотезой-следствием в группе студентов-психологов среди элементов, образующих ядро представления, нет прототипа больного как носителя определенной болезни. Как и было показано выше, для студентов-непсихологов существует определенный прототип психически больного — шизофреник. Коль скоро элементы центрального ядра выполняют функцию его организации [4, 5, 10, 28], можно предположить, что данный элемент образует категорию, состоящую из психиатрических понятий, таким образом, студенты-непсихологи в своих представлениях опираются скорее на психиатрическую (медицинскую) модель. В случае студентов-психологов такой прототип отсутствует.

Любопытно проследить различия между группами респондентов, касающиеся основных источников информации о психически больных. Для студентов-психологов основные источники — лекции и семинары (74%), а также телевидение (57%) и научная литература (53%). Для студентов-непсихологов основными источниками информации выступают: телевидение (77%), газеты и журналы (54%), фильмы (48%). Студенты-психологи в большей степени интересуются вопросами, связанными с психическими заболеваниями и психически больными, по сравнению со студентами-непсихологами ( $M_{\text{сп}} = 4,67$ ;  $SD = 1,67$ ;  $M_{\text{нп}} = 3,71$ ;  $SD = 1,91$ ;  $t = 4,84$   $p < 0,000$ ). Студенты-психологи также в большей степени вовлечены в обсуждение этих проблем с друзьями и коллегами по сравнению со студентами-непсихологами. Можно говорить о следующих различиях представлений о психически больном. Студенты-психологи видят психически больного в значительной степени через призму социальных характеристик, в отличие от студентов-непсихологов. Он также ассоциируется у них с различными психиатрическими терминами, однако в меньшей степени, чем с социальными характеристиками; кроме того, ассоциации с психиатрическими терминами у студентов-психологов слабее, чем у студентов-непсихологов.

У студентов-психологов нет согласованного мнения в отношении какой-либо определенной болезни, носитель которой являлся бы прототипом психически больного. По сравнению со студентами-непсихологами элементы, составляющие ядро представления, в меньшей степени согласованы. Среди них присутствуют социальные

характеристики, указания на аффективную сферу больного. Студенты-непсихологи в большей степени ассоциируют психически больного с различными психиатрическими категориями, чем с социальными характеристиками. В их представлении о психически больном человеке существует определенный прототип больного-шизофреника.

Можно полагать, что респонденты двух групп основываются на различных моделях, описывая психически больных. Студенты-психологи используют скорее психологическую модель, они в большей степени апеллируют к знанию, которое получают, в первую очередь, из лекций и семинаров, а также из научной литературы; студенты-непсихологи используют медицинскую (психиатрическую) модель, апеллируя к знанию психиатрическому, которое черпают в основном из масс-медиа и фильмов.

#### **Аттитюды (социальная дистанция) в отношении больных.**

Для проверки второй гипотезы были созданы новые переменные, объединяющие пять пунктов шкалы социальной дистанции ( $\alpha$  Кронбаха=0,86 для студентов-психологов и  $\alpha$  Кронбаха=0,84 для студентов-непсихологов). Сравнение новых переменных не выявило статистически значимых различий между респондентами в двух группах: студенты обеих групп продемонстрировали одинаково высокую социальную дистанцию по отношению к психически больным людям, что противоречит нашей гипотезе ( $M_{стп} = 2,99$ ;  $SD = 1,51$ ;  $M_{стнп} = 2,9$ ;  $SD = 1,36$ ,  $t = 0,53$ ,  $p > 0,1$ ). В отличие от результатов, полученных в зарубежных исследованиях [31], студенты-психологи как будущие эксперты в области психического здоровья и болезни не отличаются от студентов-непсихологов по своим аттитюдам (социальной дистанции) в отношении больных.

#### **Выводы**

Представления о психически больном человеке в группе студентов-непсихологов (студентов, для кого знание о психически больных не является частью профессионального знания) в большей степени образованы психиатрическими категориями по сравнению с группой студентов-психологов («формирующихся» экспертов в области психического здоровья и болезни). У студентов-непсихологов в ядре представления присутствует прототип психически больного как носителя определенной болезни, у студентов-психологов такой прототип отсутствует.

Содержание представлений о психически больном человеке в группе студентов-психологов в первую очередь образовано социальными характеристиками. Очевидно, что в своих представлениях о психически больном человеке респонденты двух рассматриваемых групп опираются на различные модели знания: психиатрическое (студенты-непсихологи) и психологическое (студенты-психологи).

Респонденты обеих групп имеют негативные аттитюды к психически больным, выражающиеся в высокой социальной дистанции по отношению к ним.

Продолжением настоящего исследования станет проверка гипотезы о структуре представления, описанной выше. Требуется уточнить, какие именно элементы образуют ядро представления о психически больных в этих двух группах, что позволит дать окончательный ответ о различиях между представлениями в этих группах. Другая линия исследований касается изучения представлений о психических болезнях и психически больных в различных группах реальных экспертов в области психического здоровья и болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреева Г.М.* Психология социального познания. М: Аспект Пресс, 2000.
2. *Бовина И.Б., Власова Е.В.* Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. 2002. № 3. С. 35–47.
3. *Донцов А., Емельянова Т.* Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М.: МГУ, 1987.
4. *Abric J.-C.* A Structural approach to social representations // Representations of the social: Bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogène. Oxford: Blackwell, 2001. P. 42-47.
5. *Abric J.-C.* Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamic of social representations // Papers on Social Representations. 1993. No. 2. P. 75-78.
6. *Augoustinos M., Walker I.* Social cognition. London: Sage, 1995.
7. *Crocker, J., Major B., Steele C.* Social stigma // The handbook of social psychology: Vol. 2 / Ed. by D. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey. New York: McGraw-Hill, 1998. P. 504-553.
8. *Farr R.* Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: A theoretical overview // Representations of health, illness and handicap / Ed. by I. Markova, R. Farr. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1995. P. 3-29.
9. *Finlay W.M.L., Dinos S., Lyons E.* Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia // European Journal of Social Psychology. 2001. Vol. 31. No. 5. P. 579-592.
10. *Flament C., Rouquette M.-L.* Anatomie des idées ordinaires. Paris: Armand Colin, 2003.
11. *Foster J.* Beyond otherness: Controllability and location in mental health service clients' representations of mental health problems // Journal of Health Psychology. 2003. Vol. 8. No. 5. P. 632-644.
12. *Foster J.* Unification and differentiation: A study in social representation of mental illness // Papers on Social Representations. 2001. Vol. 10. P. 1-18.
13. *Foucault M.* Madness and civilisation. London: Routledge, 1995.
14. *Grize J.-B., Vergès P., Silem A.* Salariés face aux nouvelles technologies: Vers une approche sociologique des représentations sociales. Paris: Editions du Centre National de la Recherche Scientifique, 1987.

15. *Howarth C., Foster J., Dorrer N.* Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research and vice versa? // *Journal of Health Psychology*. 2004. Vol. 9. No. 2. P. 229-243.
16. *Jodelet D.* Madness and social representations. Berkley: University of California Press, 1991.
17. *Jodelet D.* Représentation sociale: Phénomènes, concept et théorie // *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1997. P. 357-378.
18. *Joffe H.* The shock of the new: A psycho-dynamic extension of the social representational theory // *Journal for the Theory of Social Behavior*. 1996. Vol. 26. No. 2. P. 197-219.
19. *Jovchelovitch S., Gervais M.-C.* Social representations of health and illness: The case of the Chinese community in England // *Journal of Community and Applied Psychology*. 1999. Vol. 9. No. 1. P. 247-260.
20. *Morant N.* What is mental illness? Social representations of mental illness // *Papers on social representations*. 1995. Vol. 4. No. 1. P. 41-52.
21. *Moscovici S.* La psychanalyse: Son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France, 1961
22. *Moscovici S.* The phenomena of social representations // *Social representations / Ed. by R.M. Farr, S. Moscovici*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. P. 3-69.
23. *Moscovici S.* Why a theory of social representations? // *Representations of the social: Bridging theoretical traditions / Ed. by K. Deaux, G. Philogène*. Oxford: Blackwell, 2001. P. 18-61.
24. *Paicheler G.* Le public face à la menace du sida. Vol. I: Interprétation des connaissances et prise de conscience du risque. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 1994.
25. *Petrillo G.* Changes in social representations of mental illness: The last twenty-five years on the Italian press // *Papers on Social Representations*. 1996. Vol. 5. P. 99-112.
26. *Quinn D., Kahn S., Crocker J.* Discreditable: Stigma effects of revealing mental illness history on test performance // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004. Vol. 30. No. 7. P. 803-815.
27. *Rosa A.M. de* Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale // *Connexions*. 1988. Vol. 51. No. 1. P. 25-50.
28. *Vergès P.* L'Evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation // *Bulletin de Psychologie*. 1992. T. XLV. No. 405. P. 203-209.
29. *Wagner W., Duveen G., Verma J., 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. No. 10. P. 102-114.
30. *Wagner W., Valencia J., Elejabarrieta F.* Relevance, discourse and the "hot" stable core of social representations: A structural analysis of word associations // *British Journal of Social Psychology*. 1996. Vol. 35. No. 2. P. 331-351.
31. *Zani B.* The mentally ill person and the others: Social representations and interactive strategies / Ed. by I. Markova, R. Farr // *Representations of health,*

illness and handicap. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1995. P. 145-162.