

МАРГОШИНА ИННА ЮРЬЕВНА

кандидат психологических наук, доцент кафедры прикладной конфликтологии и девиантологии
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,
inna_che@rambler.ru

MARGOSHINA INNA

*Ph.D (psychology), associate professor,
department of psychology of deviant behavior and applied conflictology,
Saint-Petersburg state institute of psychology and social work*

УДК 159.9

ЮМОР КАК ФАКТОР ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

HUMOR AS A HEALTHY PERSONALITY FACTOR

Аннотация. Статья посвящена феномену юмора, являющемуся одним из важных компонентов здоровой личности. В статье представлены различные направления в исследовании юмора, где главное внимание уделяется его психотерапевтической функции, улучшающей адаптацию личности.

Abstract. The paper analyzes the phenomenon of humor which is an important component of a healthy personality. The author presents different approaches to the study of humor where the main focus is on its psychotherapeutic function which improves a personality's adaptation.

Ключевые слова: юмор, смех, щекотка, груминг, гелотология, смехотерапия.

Keywords: humor, laughter, tickling, grooming, gelotology, laughter therapy.

Долгое время в психологии юмора наблюдалась тенденция к переоценке позитивного влияния чувства юмора на психическое и физическое здоровье человека. Однако за последние 20 лет в результате анализа многочисленных противоречивых данных большинство исследователей стали приходить к выводу о том, что позитивными свойствами обладает не юмор в целом, а некоторые из его компонентов.

Здесь стоит упомянуть утверждение Р. Мартина о том, что терапевтический эффект при помощи юмора может быть только при умелом его использовании: «В исследованиях юмора мы должны стать более сосредоточенными. Необходимо уяснить, что терапевтический юмор — это не весь юмор. Людям говорят, что смех полезен, и они уверены, что ночные бдения за просмотром комедий сделают их более здоровыми. Я уверен, что вот то — ни капельки не полезно» [20, с. 167].

В рамках рассмотрения юмора как фактора здоровой личности представляется необходимым рассмотреть данный феномен прежде всего с положительной стороны.

Смех — явление на грани биологии и культуры. Без сомнения, он вызывает столь большой интерес именно благодаря включенности в культуру. Однако найти его истоки, а следовательно, и его исходную функцию можно лишь в докультурном (биологическом) прошлом [18]. В парадигме психофизиологии чувство юмора, проявляется в таких физиологических реакциях организма как смех и улыбка.

Впервые механизм улыбки описал в 19 веке французский физиолог Гийом-Бенжамин Дюшен де Булонь (Guillaume-Benjamin Duchenne de Boulogne). Ему удалось определить мышцу улыбки (Musculus zygomaticus maior) и сформулировать понятие естественной и самой правильной настоящей искренней улыбки, которую впоследствии назвали улыбкой Дюшенна. Она реализуется за счет непроизвольного сокращения ротовых мышц и окологлазных мышц: поднимаются нижние веки, а в углах глаз образуются складочки. Именно улыбка Дюшенна, по-другому названная как «улыбка радости», выражает подлинные положительные эмоции.

Американский психолог Дэчер Келтнер определил, что дюшенновку улыбку следует отличать от так называемой формальной улыбкой (признак социально нормативного поведения) при которой поднимаются только уголки рта [32]

Формирование улыбки и смеха генетически определено. Так П. Х. Вольфф (Wolff P.H., 1963) детально исследовал улыбку новорожденных детей [13]. Наблюдая за младенцами в течение четырех часов в день в первые пять дней жизни и в течение десяти часов в шестой день жизни, он обнаружил, что в период от двух до двенадцати часов после рождения на лице младенца отмечаются движения, морфологически напоминающие улыбку. Эти движения возникали во сне и рассматривались автором как спонтанные и рефлекторные. О таких же рефелекторных улыбках младенцев, которые могут

улыбаться даже с закрытыми глазами после рождения, сообщает и Дж. Боулби [4].

И в исследованиях М.Ю. Кистяковской, Дж. Боулби [4; 15] было определено, что позитивная эмоция младенца может быть усилена взрослым, который контактирует с ребенком, а отсутствие контакта, при материнской депривации, наоборот, снижает позитивные эмоции, обедняя его. Сам же материнский контакт с ребенком включает своевременное и полное удовлетворение первичных потребностей младенца, что значительно снижает вероятность возникновения негативных эмоций и создает условия для позитивного эмоционального развития. А позитивные эмоции способствуют длительной и устойчивой визуальной концентрации, что в дальнейшем будет способствовать развитию внимания, восприятия и других когнитивных функций.

Кроме положительного эмоционального контакта, вызываемого смехом и улыбкой, также стоит обратить внимание на феномен щекотки. Польза от щекотки состоит в тактильной стимуляции, а ее дефицит приводит у младенцев к психическим расстройствам [34].

В своей антропологической интерпретации М.Л. Бутовская и А.Г. Козинцев определяют щекотку как производную социального груминга у приматов — чистки шерсти одной особью другой [5, с. 160]. Функция груминга — это приятное успокаивающее занятие, но отнюдь не игра. Цель такой щекотки — не успокоить партнера, а возбудить его, вызвать напряжение и даже агрессию. Это метакоммуникативный сигнал, означающий, что агрессивное по форме поведение (как-то стимуляция щекоткой, что вызывает смех) — всего лишь игра, тогда как истинные намерения «агрессора» дружелюбны. И дети смеются в таких же ситуациях: начиная с полугода или даже раньше — когда их щекочут, а с 3 лет — при игровой возне и беготне [24].

Таким образом, смех, улыбку, щекотку в этом аспекте можно охарактеризовать как составляющие адаптивной функции юмора, позволяющей человеку улучшать «социальный» фактор здоровья.

В качестве защитной реакции юмор может рассматриваться как бессознательный механизм психологической защиты или в своей сознательной трансформации как совладающее поведение или копинг-стратегия [1; 20; 21]. У юмора имеются в повседневной жизни две главные терапевтические функции: улучшение отношений между людьми, к примеру, при помощи шутки можно разрешить конфликт, а также — снятие стресса, то есть, возможность посмеяться над угрожающими вещами [20].

Так, например, о смехе и юморе как о средстве защиты («понарошку» или на самом деле — другой вопрос) от целого ряда существенных, но порой обременительных человеческих проявлений, писали многие. А. Шопенгауэр (Shopenhauer A., 1990.) видел в комическом средство вырваться из-под гнета разума. По Фрейдю (Freud Z.), остроумие позволяет преодолеть преграды, сооруженные логикой и моралью [28]. Для Макдугалла смех — альтернатива состраданию (McDougall W., 1931),

для М.М. Бахтина — средство победить пиетет и страх [2], для Л.В. Карасева — антитеза стыда [16]. Майндес (Mindess, 1971) к числу вещей, от которых освобождает смех, относит конформизм, комплекс неполноценности, мораль, разум, язык (в последнем случае под освобождением понимаются всего лишь словесные игры типа каламбуров), наивность, социальную запрограммированность, серьезность, самоомнение, условности, преклонение перед авторитетами, благоговение перед смертью.

Ж. Керш и Н. Куипер выделили три типа юмора: 1) социальный юмор, направленный на установление эмоционально теплых межличностных отношений; 2) сальный, агрессивный юмор; 3) нарочитый юмор, ориентированный на демонстрацию собственного остроумия [36]. Если первый тип (или фактор) юмора, как правило, имеет позитивный смысл, с точки зрения адаптации личности в социуме, то следующие два — негативный.

Ж. Керш и Н. Куипер показали также связь выделенных типов юмора с такими фундаментальными характеристиками личности, как индивидуализм и коллективизм (ориентация на себя и ориентация на социальные отношения). Предпочтение людьми социального юмора положительно коррелирует с высоким уровнем у них позитивного индивидуализма и позитивного коллективизма: эти люди позитивно оценивают себя как автономную личность и получают позитивный опыт в межличностных отношениях. Предпочтение сального и агрессивного юмора коррелирует с высоким уровнем негативного индивидуализма, т.е. для таких людей характерно игнорирование мнения окружающих наряду с завышенными личностными стандартами и агрессивностью. Предпочтение нарочитого юмора коррелирует с высоким уровнем негативного коллективизма, а также с повышением уровня негативного индивидуализма. Для этих людей наиболее важным становится «соответствовать», «не уронить себя» в глазах окружающих [36].

В последние годы все чаще заговаривают о возможности смеходиагностики — метода, позволяющего с помощью анализа смеха узнать многое о подсознании человека, о его личности, разрешить внутренние конфликты пациента.

В качестве примера можно привести Тест В. Руха 3WD, базирующийся на его концепции чувства смешного [42]. Тест 3WD представляет собой трехмерную модель юмора, полученную эмпирически с помощью факторного анализа оценок испытуемыми большого набора анекдотов и юмористических рисунков. Выделяются следующие 3 фактора: 1) противоречие-разрешение противоречия; 2) нелепость (nonsense); 3) сексуальный юмор.

Р. Мартин (Martin R.) разработал опросник для оценки как адаптивных, так и дезадаптивных стилей юмора. Данный опросник был переведен и апробирован на российской выборке [7]. Р. Мартин вычислил четыре основных «стиля» юмора, по которым можно судить о состоянии психики человека:

Аффилиативный: наиболее мягкий стиль, для которого характерны ироничные шутки, нелепости.

Самоутверждающийся: не травмирующий никого стиль базируется в основном на хвастовстве, способ защиты и «улучшения» чувства собственного достоинства.

Агрессивный: сарказм, дразнящие реплики, осмеяние. Может быть опасен для окружающих.

Пагубный: юморист старается ударить каждой шуткой. Может нанести ущерб чувству собственного и чужого достоинства, привести к депрессии

Создание шкал юмора послужило толчком для развития целого пласта исследований, направленных на поиск связей чувства юмора с другими чертами личности. Положительные корреляции были установлены с такими чертами, как экстраверсия, уверенность в себе, внутренний локус контроля, полнезависимость, стрессоустойчивость, отрицательные корреляции — с уровнем тревожности личности [7].

С юмором как фактором здоровой личности также связан феномен оптимизма. Начало этого подхода было заложено в известном эксперименте М. Селигмана (Seligman M. E.) и С. Майера (Maijer) (2001), открывшем явление выученной беспомощности, когда человек может приобрести негативный опыт, оказавшись в ситуации, при которой от его действий ничего не зависит [23].

М. Селигман (Seligman M. E.) и Л. Абрамсон (Abramson L.) расширили теорию каузальной атрибуции Б. Вайнера (Weiner B., 1982) [23]. По их утверждению, каждый субъект имеет определенный объяснительный стиль, характеризующийся тремя параметрами: стабильностью объяснений, глобальностью и склонностью к персонализации. Негативный, или пессимистический атрибутивный, стиль предполагает приписывание причин неприятных событий самому субъекту, видение их как глобальных, т.е. воздействующих на все сферы жизни, и стабильных (действующих постоянно). Позитивный атрибутивный стиль, соответственно, выражается в том, что субъект расценивает причины негативных событий как внешние, связанные с обстоятельствами, временные и вполне конкретные, в то время как причины положительных событий он приписывает себе и полагает, что они будут действовать всегда и во всех сферах его жизни.

Э. Чанг с коллегами предлагают использовать термин «пессимизм», говоря об ожидании негативных исходов и «оптимизм» для обозначения ожидания исходов позитивных. Таким образом, индивид может иметь высокий или низкий показатель по оптимизму и высокий или низкий показатель по пессимизму. Это предположение было подтверждено экспериментально — было доказано, что диспозиционный оптимизм содержит в себе два фактора: негативные и позитивные ожидания, между которыми, однако, существует взаимосвязь (коэффициент корреляции варьирует от $-0,43$ до $-0,60$) [30].

Одним из механизмов оптимизма является предложенная Д. Канеманом и А. Тверски позитивная когнитивная предвзятость (ПКП) [35]. Она связана с убеждениями, не выводимыми из реальности, которые невозможно эмпирически проверить вследствие отсутствия каких-либо критериев для сравнения (например «Я больше счастлив, чем

другие», «Мне везет больше, чем другим», и т.п.). При этом индивид, как правило, склонен сравнивать себя с тем, кто заведомо ему проигрывает по данному качеству.

Р. А. Камминс и Х. Нистико предполагают, что оптимизм представляет собой не что иное, как позитивную когнитивную предвзятость, которая вместе с самооценкой и самоконтролем обеспечивает субъективное благополучие личности [31]. Было показано, что оптимисты в большей степени склонны использовать центрированные на проблеме копинговые стратегии, а также чаще демонстрируют способность к позитивному переформулированию проблемы и к принятию ситуации, если ее невозможно изменить. Они редко демонстрировали механизм отрицания и избегания проблемы. Кроме того, оптимисты стремились найти что-то положительное в неприятных ситуациях и извлечь из них пользу [29].

Существуют попытки выделения целостных типов личности, характеризующихся своеобразием чувства юмора. А. Зив (Ziv A.) описал четыре таких типа [8, с. 122]:

1) эмоциональные экстраверты характеризуются агрессивным чувством юмора; это активные, агрессивные, импульсивные, холерические личности;

2) стабильным экстравертам присущ легкий юмор по поводу межличностных отношений; это сангвиники, легкие в общении, заботливые люди;

3) стабильные интроверты предпочитают интеллектуальный юмор, поскольку они флегматичны, пассивны, осторожны, подозрительны;

4) эмоциональные интроверты вовсе не любят юмор, они мрачны, пессимистичны, меланхоличны, тревожны.

Наличие гендерных различий в отношении чувства юмора показано многими авторами (Meandess G., 1971, 1991; Prerost F. J., 1999), однако их природа остается неясной, классификации видов юмора противоречивы [8]. Г. Миндесс (Meandess G., 1991) выделил такие виды юмора, как абсурдный, философский, сексуальный, скатологический (анальный), враждебный, дискриминирующий мужчин или женщин, этнический, мрачный, социальная сатира [8].

Ж. Керш и Н. Куипер выделили три типа юмора: 1) социальный юмор, направленный на установление эмоционально теплых межличностных отношений (он улучшает адаптацию). А остальные: 2) сальный, агрессивный юмор; и 3) нарочитый юмор, ориентированный на демонстрацию собственного остроумия, ухудшают адаптацию [36].

Изучение интеллектуальных механизмов восприятия юмора в современной психологии помещается в контекст изучения творческого мышления и креативности в целом [3; 11; 12; 13; 22; 25]. Среди прочих компонентов юмора выделяют когнитивный компонент, производная которого — остроумие. Одно из ключевых понятий когнитивистских теорий юмора — «постижение» (cognitive mastery). Постигание смысла анекдота или карикатуры — точка, в которой нарастание когнитивного напряжения сменяется его резким спадом (Berlyne, 1972) [11].

А. Н. Луку выделяет ложное противопоставление, ложное усиление, доведение до абсурда, остроумие нелепости, смешение стилей, намек, двойное истолкование, иронию, обратное сравнение, сравнение по случайному признаку, повторение и парадокс. То общее, что объединяет эти приемы, — это, по мнению А. Н. Лука, выход за пределы формальной логики [22].

Р. Уайр и Дж. Коллинз описали также еще один феномен, возникающий в процессе восприятия юмора [45]. Кроме интеллектуального понимания содержания шутки, восприятие юмора определяется также контекстуальными переменными, т. е. спонтанно возникающими ассоциациями, мыслями о прошлых или будущих событиях, связанных с полученной информацией, представлениями о человеке, рассказывающем шутку, и т. п. Все эти побочные ассоциации, существенным образом влияющие на восприятие юмора, Р. Уайр и Дж. Коллинз назвали смысловой переработкой [45].

Если юмор является критерием здоровой личности, то возникает вопрос о том: каков юмор специфичен для людей с психотической патологией и может ли чувство юмора оказывать терапевтический эффект на таких людей.

Так, Й. Ричман (Richman J., 1985), показал, что больные истерией предпочитают рассказывать сексуальные анекдоты, компульсивные пациенты — анальный юмор, психопаты — шутки о манипулировании другими, параноидальные больные — анекдоты о преследовании невинных жертв [7]. В исследовании Н. Куипера [37] больные психическими заболеваниями получили более низкие баллы по чувству юмора, однако при анализе результатов нозологических групп оказалось, что пациенты с разными заболеваниями получили разные баллы по разным опросникам чувства юмора. Дж. Форабоско на основе анализа имеющихся клинических данных сделал вывод о том, что в целом при депрессии чувство юмора «снижается», при мании — «повышается», а при шизофрении меняется [33].

В исследовании Е. М. Ивановой, С. Н. Ениколопова, О. В. Митиной было выявлено пять типов анекдотов, предпочтение/отвержение которых различается у больных шизофренией, аффективными расстройствами и здоровых людей: 1) юмор нелепости; 2) неприличные анекдоты; 3) юмор, дискриминирующий противоположный пол; 4) цинично-пессимистические анекдоты; 5) юмор, основанный на противоречии—разрешении противоречия [10].

Наибольший интерес клиницистов привлекают особенности чувства юмора больных шизофренией. Так, Н. Куипер и Р. Мартин выявили, что у больных шизофренией чувство юмора «снижается» в оценке ситуативных юмористических реакций и в любви к юмору [37].

Дж. Полимени и Дж. Рейс показали, что у больных шизофренией нарушается узнавание юмора [39]. Предпочтения анекдотов при вялотекущей шизофрении формируются в зависимости от преобладания у больного эмоциональных или когнитивных нарушений. Чем больше выраженность аффективного компонента, тем вероятнее

предпочтение больным цинично-пессимистического юмора и неприятие неприличных анекдотов (что характерно для депрессивного синдрома). При нарастании интеллектуального дефекта пациент, скорее, предпочтет анекдоты, основанные на разрешении противоречия и дискриминирующие противоположный пол. Таким образом, одним из результатов исследования является демонстрация возможности оценки структуры в клинической диагностике с помощью юмора.

Несмотря на снижение смеховой активности, больные с депрессивным синдромом способны получать удовольствие при восприятии юмора. Так Ф. Фасоло и Ф. Гамбини (Fasolo F., Gambini F., 1991) показали, что депрессивные пациенты оценивают шутки на тему депрессии даже выше, чем медсестры клиники [9]. Больные с депрессивным синдромом не любят неприличные анекдоты, вероятно из-за снижения сексуального интереса, поскольку неприличный юмор связан с определенной долей эпатижа.

При депрессии у больных в целом снижается способность получать удовольствие от юмора, при этом сохраняется способность к пониманию соли шутки. Эти пациенты отличаются неприятием неприличного юмора. Они предпочитают «депрессивный» юмор, анекдоты, в которых главный персонаж каким-либо образом страдает, и шутки на тему смерти, а также анекдоты, основанные на совмещении планов или смешении стилей [9].

Пациенты с маниакальным синдромом склонны шутить и смеяться, они любят сексуальный юмор и анекдоты на тему алкоголизма и наркомании. В то же время эти больные, как и больные в депрессивном состоянии, предпочитают цинично-пессимистические анекдоты. Повышенный фон тревоги затрудняет понимание юмора, таким образом повышая субъективную сложность шутки. Поэтому в случае простой шутки тревога может повышать эффект комизма. Суицидальные пациенты предпочитают юмор на тему смерти (Goldsmith L. A., 1984) и склонны рассказывать интропунитивные анекдоты, где страдает главный персонаж (Spiegel D., Brodtkin S. G., Keith-Spiegel P., 1969) [9].

В плане клинического исследования юмора интересен феномен гелотофобии (gelos-смех) выделенный и описанный на клиническом материале М. Титцем [44]. Он понимал гелотофобию как особую форму социофобии, при которой пациенты испытывают тревогу, связанную со страхом осмеяния другими и убеждены, что они смешны, что с ними «что-то не так». Больные с гелотофобией, как правило, либо смеются над всем и всеми либо вовсе не смеются [41; 42].

Результаты отечественного исследования, проведенного Е. Стефаненко, подтверждают большую выраженность гелотофобии у пациентов психиатрической клиники в сравнении со здоровыми людьми. Наряду с феноменом гелотофобии, в последние годы была выделена и описана противоположная ей склонность становиться объектом юмора (гелотофилия) и склонность к высмеиванию других людей (катагеластизм) [9].

Существует крайне оптимистичная точка зрения, представляющая юмор как универсальный

терапевтический фактор. Основателем этого направления стал американский журналист Норман Казинс [14], который сам вылечился от тяжелой болезни тем, что смотрел юмористические программы. В своей книге «Анатомия болезни» (1991) (*Anatomy of illness*), вышедшей в 1979 году, он подробно изложил историю своего выздоровления при помощи юмора.

Терапевтический эффект проявляется прежде всего в том, что смех обладает даже более сильным и эффективным «катарсическим» действием, чем, например, плач (Jenkins E, 1999) [26]. Он открывает перспективу для восстановления и высвобождения сдерживаемых и спрятанных в тайниках души эмоций, помогая подойти к наиболее болезненным переживаниям (Mindess H, 1971) [26]. Так утверждается, что «смех — самый эффективный способ коррекции негативных образов, созданных нашим воображением», благодаря чему он выступает «противоядием для возбужденности и тревоги» [27]. В психотерапевтической практике также отмечается позитивная роль юмора в процессе терапии и высокая эффективность психотерапевтов, обладающих чувством юмора [38].

Сегодня выделяют три основных направления смехотерапии. Первое называют классической смехотерапией: на индивидуальных и групповых занятиях гелотологи рассказывают смешные истории, анекдоты, в том числе и из собственной жизни, и предлагают вспомнить все смешное из их опыта, подбирают лучшие юмористические фильмы и книги. Исследования, проведенные в США, показали, что такая «терапия» может вывести человека

из депрессии без использования каких-либо препаратов-антидепрессантов.

В литературе отмечено (Nepser, 2007), что разные виды «искусственного» смеха могут прорабатывать разные эмоции: так, например, смех высокий и частый освобождает страх; низкий и грубый — гнев, а мелодичный и жалостливый — меланхолию [27].

Помимо использования юмора в качестве специфической психотерапевтической техники созданы также относительно самостоятельные методы и методики психотерапии, основанные на использовании юмора (как терапевта, так и клиента). К подобным методам можно отнести, например, технику представления юмористических ситуаций Ф. Прироста (HIST — Humorous Imagery Situation Technique); ее применяют в имажинативной психотерапии. Клиент воображает и описывает некую ситуацию, а терапевт неожиданно предлагает какой-либо абсурдный и комичный ход, что вызывает смех и, как следствие, — инсайт [40]. Другое направление — «медицинская клоунада» — было создано опять-таки в Америке в 80-х годах, которое сейчас активизировалось по Европе.

Таким образом, юмор и его отношение к категории здоровья исследуется довольно широко, при этом он может пониматься не только как инструмент психотерапевтического воздействия, но и как мишень психотерапии, а также как показатель уровня адекватности, самоактуализации и в целом успешного функционирования личности. Анализ психологических факторов восприятия смешного позволит увидеть по-новому действие чувства юмора на физиологическом, а также личностном уровне.

1. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях. Переосмысление, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. — 1994. — № 1. — С. 3–19.
2. Бахтин М. М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура Средневековья и Ренессанса. — М.: Художественная литература, 1965. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.philosophy.ru/library/bahtin/rable.html>. Дата обращения: 09.08.11.
3. Василькина Ю. Над чем смеяться будем, 2007. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://drevo-folk.kiev.ua/articles>. Дата обращения: 12.08.11.
4. Боулби Дж. (J. Bowlby) Создание и разрушение эмоциональных связей. — М.: Академический Проект, 2004. — 232 с.
5. Бутовская М. Л., Козинцев А. Г. Этологический анализ агрессии и примирения в детских коллективах // Гендерные проблемы в этнографии. — М., 1998. — С. 160–174.
6. Дорфман Л. Я., Ковалева Г. В. Основные направления исследования креативности в науке и искусстве // Вопросы психологии. — 1999. — № 2. — С. 101–111.
7. Ениколопов С. Н., Иванова Е. М., Зайцева А. С. Апробация опросника Р. Мартина на стили юмора: Материалы IV Всероссийского съезда Российского общества психологов 18–21 сентября 2007 года. — Ростов-на-Дону, 2007. — С. 144–151.
8. Иванова Е. М., Ениколопов С. Н. Психологические исследования чувств юмора // Вопросы психологии. — 2006. — № 4. — С. 122–133.
9. Иванова Е. М., Ениколопов С. Н. Психопатология и чувство юмора // Современная терапия психических расстройств. — 2009. — № 1. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.stpr.info/archive/n1-09/n1-09_570.html. Дата обращения: 12.08.11.
10. Иванова Е. М., Ениколопов С. Н., Митина О. В. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах // Вопросы психологии. — 2008. — № 1. — С. 45–57.
11. Иванова Т. В. Остроумие и креативность // Вопросы психологии. — 2002. — № 1, 2. — С. 76–87; 76–87.
12. Иванова Т. В. Социально-психологическая компетентность и ее развитие средствами рисованного юмора: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — Самара, 1999. — 21 с.
13. Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб.: Питер, 1999. — 464 с.

14. *Казинс*. Анатомия болезни с точки зрения пациента. — М.: Физкультура и спорт, 1991. — 95 с.
15. *Капрара Дж., Сервон Д.* Психология личности. — СПб.: Питер, 2003. — 640 с.
16. *Карасев Л.В.* Философия смеха. — М.: РГГУ, 1996. — 224 с.
17. *Кистяковская М.Ю.* О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка первых месяцев жизни // Вопросы психологии. — 1965. — №2. — С. 129–140.
18. *Козинцев А.Г.* Человек и смех. — М.: Алтейя, 2007. — 236 с.
19. *Коростылева В. О*, рассмейтесь, смехачи // *АиФ. Здоровье*. — №1–2 от 20.12.09. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.aif.ru/health/article/31932>. Дата обращения: 05.09.11.
20. *Мартин Р.* Психология юмора. — СПб.: Питер, 2009. — 480 с.
21. *Лазарус Р.С.* Теория стресса и психофизиологические исследования // *Эмоциональный стресс* / Под ред. В. Леви. — Л.: Медицина, 1970. — С. 178–208.
22. *Лук А.Н.* Юмор, остроумие, творчество. — М.: Искусство, 1977. — 191 с.
23. *Перова Е.А., Ениколопов С.Н.* Оптимизм как одна из составляющих субъективного благополучия // *Вопросы психологии*. — 2009. — №1. — С. 51–57.
24. *Рэдклифф-Браун А.Р.* Структура и функция в примитивном обществе. — М: Восточная литература, 2001. — 304 с.
25. *Трошина К.А.* Современные исследования проблемы креативности в зарубежной психологии // *Вопросы психологии*. — 1998. — №4. — С. 123–132.
26. *Умярова П.* Смехотерапия // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2008. — №1. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psyjournals.ru/mpj/2008/n1/Umyarova.shtml>. Дата обращения: 14.08.11.
27. *Умярова П.* Смех и смеходрама // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2008. — №4. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psyjournals.ru/mpj/2008/n4/Umyarova.shtml>. Дата обращения: 19.08.11.
28. *Фрейд З.*(Freud S.) Остроумие и его отношение к бессознательному. — М: Азбука, 2011. — 288 с.
29. *Aspinwall L. G., Richter L., Hoffman R. R.* Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior // *Chang E. C. (ed.), Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*. — Washington, DC: American Psychological Association, 2001. — P. 217–238.
30. *Chang E. C. (ed.)* Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice. — Washington, DC: American Psychological Association, 2001. — P. 53–75.
31. *Cummins R. A., Nistico H.* Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias // *J. Happiness Studies*. — 2002. — V. 3. — P. 37–69.
32. *Dacher Keltner, Erin A. Heerey, Lisa M. Capps, Ann M. Kring* Understanding Teasing: Lessons From Children With Autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*. — New York: Feb, 2005. — 387 с.
33. *Forabosco G.* The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. *The Sense of Humor: explorations of a personality characteristic* / Ed. W. Ruch. — N.Y.: Mouton de Gruyter, 2007. — P. 271–292.
34. *Harris, Christine R.* (1999). «The mystery of ticklish Laughter». *American Scientist*. — P. 87: 344.
35. *Kahneman D., Tversky A.* On the reality of cognitive illusions // *Psychol. Rev.* — 1996. — V. 103. — P. 582–591.
36. *Kirsh G. A., Kuiper N. A.* Individualism and relatedness themes in the context of gender, depression, and a self-schema model of emotion // *Canadian Psychology*. — 2002; 43. — P. 76–90.
37. *Kuiper N. A., Martin R. A.* Is sense of humor a positive personality characteristic? // *Ruch W. (ed.) The sense of humor: Explorations of a personality characteristic*. — Berlin; New York: Mouton de Gruyter, 1998. — P. 179–202.
38. *Poland W.S.* The gift of laughter / *Strean H. S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy*. — Northvale NJ: Jason Aronson. — 1994. — 265 p.
39. *Polimeni J., Reiss J.P.* Humor perception deficits in schizophrenia // *Psychiatry Research*. — 2006; 141. — P. 229–232.
40. *Prerost F.J.* Humor as an Intervention Strategy / *Strean H.S. (ed.) The Use of Humor in Psychotherapy*. — Northvale NJ: Jason Aronson. — 1994. — 342 p.
41. *Ruch W.* Assessment of appreciation of humor: Studies with the 3 WD humor test // *Butcher J.N., Spielberger C.D. (eds.) Advances in Personality Assessment*. — Hillsdale, NJ: Erlbaum. — 1992. — Vol. 9. — P. 27–75.
42. *Ruch W., Ekman P.* The expressive pattern of laughter // *Emotion, Qualia, and Consciousness* / Ed. A. Kaszniak. — Tokyo: World Scientific Publishers, 2001. — 356 p.
43. *Ruch W., Proyer R. T.* The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. *Humor // International Journal of Humor Research*. — 2008; 21: 1. — P. 47–67.
44. *Titze M.* The Pinocchio Complex: overcoming the fear of laughter. // *Humor&Health Journal*. 1996. — 225 p.
45. *Wyer R. S., Collins J.E.* A Theory of Humor Elicitation // *Psychological Review*. — October 1992; 99: 4. — P. 663–688.