

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра загальної і медичної психології

Курсова робота на тему:

**Дослідження стигматизації як однієї з причин виникнення
та прогресування психоемоційних розладів**

студентки 3 курсу групи 6901
медико-психологічного факультету
Зеленько Єлизавети Сергіївни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної і медичної психології
Тертична Надія Анатоліївна



Завідувач кафедри професор Матяш М.М.



ЗМІСТ

	Стор.
Вступ	3
РОЗДІЛ 1. Поширеність психоемоційних розладів серед населення України.	5
РОЗДІЛ 2. Визначення поняття «соціальна стигматизація». Особливості формування стигматизації психоемоційних розладів та осіб, що страждають ними.....	11
РОЗДІЛ 3. Практична частина.	21
Висновки	28
Список літератури	29

ВСТУП

Актуальність теми дослідження:

В умовах щоденних змін структури та функціонування українського суспільства особливої актуальності набувають питання формування цілісної, самодостатньої та гармонійної особистості. Високий динамізм життєдіяльності людини, інтенсифікація комунікативних зв'язків, інформаційний стрес як наслідок появи великої кількості джерел надлишкової інформації є одними з найхарактерніших рис сучасної епохи, що зумовлюють необхідність розробки практичних методик для зміцнення психічного здоров'я людини й вдосконалення її адаптивних механізмів.

За останні п'ять десятиліть відбулися значні зміни у нашому розумінні таких понять, як «психічне здоров'я» та «психічний розлад». Це пов'язано з поєднанням різноманітних наукових досягнень в області діагностики та лікування як соматичних, так і психічних захворювань. На сьогоднішній день, завдяки великій кількості досліджень, той факт, що між фізичними та психічними порушеннями існує досить комплексний взаємозв'язок, не викликає жодних сумнівів. Численні наукові праці демонструють, що пацієнти, які страждають психічними розладами, мають більш високий ризик виникнення коморбідної соматичної патології, який пов'язаний зі зниженим імунним захистом, недбалим ставленням пацієнтів до власного здоров'я, недотриманням призначених схем лікування і, як внаслідок, – іноді досить несприятливими наслідками хвороб.

На жаль, незважаючи на це, рівень поширення психічних захворювань, за даними ВООЗ, продовжує стрімко зростати з кожним роком, негативно впливаючи на системи охорони здоров'я по всьому світу. Спеціалісти прогнозують, що до 2020 року психоемоційні розлади увійдуть до першої п'ятірки хвороб, що ведуть до втрати працездатності, залишивши позаду

серцево-судинні захворювання, які досить довго займали провідні позиції в структурі захворюваності населення земної кулі.

В Україні проблема поширеності психічних хвороб ускладнюється значним соціальним напруженням в суспільстві, безробіттям, військовими діями на Донбасі, окупацією Криму, нестабільною політичною ситуацією та важким соціально-економічним становищем країни. Саме тому Україна займає одну з провідних позицій в рейтингах захворюваності на психічні розлади серед країн Європи. Цікавим є той факт, що протягом останніх років згідно офіційних статистичних даних спостерігається чітка тенденція до зменшення показників поширеності психоемоційних розладів серед населення України як дорослого, так і підліткового й дитячого віку. Однак слід зазначити, що вищевідзначені показники окреслюють зменшення звернень населення за психологічною допомогою, а не дійсний стан поширеності психічних розладів, що в свою чергу свідчить про значне прогресування стигматизації, «соціальне відторгнення» таких понять, як «психічне здоров'я» та «психологічна допомога» в суспільстві. Боротьба з цими негативними соціальними явищами є не просто актуальною, а необхідною для якісного лікування та профілактики виникнення психічних хвороб серед населення України.

Тому *метою нашого дослідження* було: характеристика явища стигматизації як однієї з причин виникнення та прогресування психічних розладів серед населення України.

Об'єкт дослідження: соціальна та особистісна стигматизація як спосіб формування негативних стереотипів.

Предмет дослідження: вплив явища стигматизації на звернення населення за психологічною допомогою в ситуаціях психоемоційних розладів.

Завдання дослідження:

1. Визначити особливості формування та найхарактерніші риси стигматизації.
2. З'ясувати загальне ставлення до психологічної допомоги представників різних вікових та соціальних груп.
3. Проаналізувати види психоемоційних розладів, характерних для представників різних вікових та соціальних груп.
4. Прослідкувати наявність впливу явищ соціальної та особистісної стигматизації на виникнення різних типів ставлення до психологічної допомоги.
5. Розробити стратегію подолання стигматизації з метою підтримання та покращення психічного здоров'я населення.

РОЗДІЛ 1. Поширеність психоемоційних розладів серед населення України.

Оцінка поширеності психоемоційних розладів в Україні, як і в інших країнах світу, зазвичай будується на підставі даних щорічних статистичних звітів про діяльність спеціальних психологічних та психіатричних служб. Завдяки значним успіхам епідеміологічних досліджень, вдалося не тільки вивчити поширеність психічних розладів у суспільстві, але й доповнити клінічні картини новими даними, описати субклінічні форми хвороб та психопатологічні синдроми, а також оцінити фактори ризику виникнення психічних розладів, конкретизувати потреби пацієнтів, оцінити роботу існуючих служб охорони психічного здоров'я та виявити можливі бар'єри на шляху отримання допомоги.

Так, згідно останніх статистичних звітів МОЗ, опублікованих у 2017 році, 1 673 202 українців – а це майже 3% населення України – страждають психоемоційними розладами (показник поширеності становить 3944.8 на 100 тис. всього населення країни). У 2016 році було зареєстровано 1 691 891 випадків психічних захворювань (показник поширеності – 3972.4 на 100 тис. населення). Як бачимо, простежується позитивна тенденція до ніби зменшення захворюваності: кількість хворих, зареєстрованих у 2017 році, зменшилась на 1.1% у порівнянні з попереднім роком.

Але чи відповідає ця цифра реальній кількості осіб, які потребують спеціалізованої допомоги? Звичайно, ні. Одним з основних недоліків такого методу оцінки є те, що вона відображає поширеність психоемоційних розладів

лише серед тих осіб, які звертаються за психологічною та медичною допомогою. Поза полем її зору залишаються особи з психічними розладами, які в силу різноманітних причин не звертаються до спеціалістів в лікувальні установи.

За розрахунками експертів Центру медичної статистики МОЗ України, кількість звернень за кваліфікованою допомогою при розладах психіки та поведінки складає всього лише 0.6% серед дорослого населення (старше 18 років), 0.3% серед підлітків (15–17 років) та 0.3 % дітей (до 14 років) від загального числа звернень до спеціалістів різного профілю. При цьому, у загальній структурі поширеності хвороб частка розладів психіки та поведінки становить близько 2.5% серед осіб дорослого віку, 1.6% серед підлітків та 1.4% серед дітей. Це свідчить про те, що велика кількість людей не звертаються в лікувальні установи за психологічною та медичною допомогою.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я у своїх публікаціях наголошує, що розповсюдженість психічних розладів (навіть серед населення високо розвинених країн) продовжує стрімко зростати з кожним роком, негативно впливаючи на системи охорони здоров'я по всьому світу. Україна, на жаль, не є виключенням: проблеми з психічним здоров'ям посідають друге місце серед причин інвалідності українців. За оцінками фахівців більше третини населення мають ознаки порушення психічної діяльності. На частку осіб, які потребують систематичної психіатричної допомоги, доводиться до 2.3% населення.

ВООЗ виділила основні фактори, що впливають на психічне здоров'я населення, та розділила їх на дві групи:

1. **захисні фактори (фактори зміцнення):** здоровий спосіб життя матері під час вагітності, здорова соціальна ситуація розвитку в дитинстві, працевлаштування, стабільність та надійність робочого місця, здорова соціальна ситуація на роботі та вдома, наявність

соціального капіталу та соціального забезпечення, дотримання правил здорового способу життя, самоосвіта та саморозвиток;

- 2. фактори ризику (фактори ослаблення):** затримка розвитку дитини в материнській утробі, спадкові психічні хвороби, бідність та великі матеріальні борги, нездорова соціальна ситуація розвитку в дитинстві, погані стосунки з батьками або їх відсутність, жорстоке поводження в дитинстві, низький рівень освіти, відсутність працевлаштування, ненадійність робочого місця, виробничий стрес, зловживання алкоголем або наркотиками, ситуації, пов'язані з впливом надзвичайних ситуацій та надзвичайного стресу.

На жаль, зараз Україна опинилась у доволі скрутному становищі, коли вплив факторів ослаблення психічного здоров'я превалює над впливом факторів його зміцнення. Нестабільна політична ситуація та важке соціально-економічне становище країни (бідність, безробіття, значне соціальне напруження, відсутність впевненості людей у своєму майбутньому) разом з військовими діями на Донбасі та окупацією Криму негативно впливають на психічне здоров'я населення, формуючи основу для виникнення та швидкого прогресування психоемоційних розладів.

Оскільки епідеміологічні дослідження психічного здоров'я потребують досить великих матеріальних затрат, останній статистичний звіт, який дає змогу оцінити рівень поширеності окремих психоемоційних розладів серед населення України, був опублікований у 2017 році Світовим банком за підтримки ВООЗ. За результатами цього дослідження Україна займає перше місце за поширеністю депресивних розладів серед країн Європи, адже має найвищий – 6.31 % – показник. До того ж, згідно цих даних, 14.5% населення стикається з проблемою депресивних розладів впродовж всього життя.

Якщо говорити про стать, то жінки хворіють частіше – 7.39% (за все життя – 19.48%), ніж чоловіки – 5% (8.61%). Крім факторів ризику, зазначених

вище, ризик виникнення депресивних розладів підвищується з віком як для жінок, так і для чоловіків, що робить їх однією з найбільших проблем систем охорони психічного здоров'я.

Офіційні статистичні дані МОЗ стверджують дещо інше: в Україні станом на 2017 рік було зареєстровано 470 048 осіб з розладами психіки непсихотичного характеру (серед яких – переважання частки депресивних розладів). У 2016 році цей показник був дещо більшим і становив 477 325 осіб, що знову свідчить про позитивну тенденцію зменшення захворюваності. Але, враховуючи той факт, що українська статистика розповсюдженості окремо депресивних розладів взагалі відсутня, а наведені МОЗ дані не відповідають результатам досліджень Світового банку, можна зробити висновок швидше про неналежну організацію виявлення, реєстрації та надання допомоги людям із депресивними розладами у нашій країні, але аж ніяк про зменшення кількості хворих.

Річ у тім, що більшість українців не ототожнює депресію з серйозним психічним розладом, який в разі неякісної терапії або відсутності лікування може призвести до інвалідизації. Депресія для них – це просто сумний настрій, пригніченість, з якими можна впоратися за допомогою сили волі. Відповідно, людей, які страждають від депресії, суспільство вважає не хворими, які потребують спеціалізованої допомоги, а скоріше лінивими, безініціативними, «ниючими», яким просто не вистачає сили духу та самовиховання. Мало хто знає, що депресивні розлади є небезпечними не тільки для психічного, але й для фізичного здоров'я. Наприклад, у Доповіді про стан охорони здоров'я в світі 2001 року наголошується, що депресія тісно пов'язана з порушеннями функцій імунної системи, що в свою чергу підвищує ризик розвитку інших фізичних порушень, а також що рівні депресії в суспільстві дозволяють прогнозувати частоту розвитку серцево-судинних захворювань внаслідок негативного впливу на цю система органів. Депресія може мати й більш негативні наслідки для

життя людини: згідно останніх досліджень, вона збільшує в 4 рази ризик самогубства (до 70% депресивних хворих мають суїцидальні тенденції, а 15% з них здійснюють самогубство) порівняно із загальною популяцією.

Депресія виліковна, але, на жаль, через недостатнє розуміння як з боку держави, так і з боку суспільства усієї важливості психічного здоров'я, недосконалість нормативно-правової бази для регулювання діяльності спеціальних служб, недостатність кадрового забезпечення, а також таких явищ, як соціальна стигматизація та дискримінація, які будуть розглянуті в наступному розділі, більше 50% серйозних депресивних станів в Україні залишаються без лікування.

Якщо говорити про інші психічні порушення, то згідно даних Світового банку, показник розладів вживання алкоголю серед населення України є також високим у порівнянні з більшістю інших країн ЄС: він становить 2.26%, в той час як середній показник в Європі – 1.12%. Страждають частіше чоловіки – 3.71% (майже в 9 разів у порівнянні з жіночою статтю) – у віці 26-54 років. До факторів ризику відносять також наявність лише початкового або середнього рівня освіти, відсутність працевлаштування, ненадійність робочого місця та виробничий стрес. Показник поширеності розладів вживання алкоголю серед жінок є порівняно меншим і становить лише 1.1%. Згідно статистики МОЗ 2017р. кількість хворих, що перебувають на обліку з діагнозом «розлад психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю» становить всього 463 896 осіб – майже у 4 рази менше, ніж за результатами дослідження Світового Банку.

Розлади вживання алкоголю є однією з найбільш розповсюджених причин самогубств, тому профілактика їх виникнення, а також своєчасне виявлення та надання допомоги хворим має стати одним з пріоритетних напрямів діяльності систем охорони здоров'я.

Протягом останніх чотирьох років через військові дії на Донбасі та окупацію Криму Україні довелося зіткнутись з великою хвилею біженців та військових, стан психічного здоров'я яких потребує правильної корекції та своєчасного лікування, оскільки зазнав негативного впливу надзвичайно сильних стресових факторів (втрата власної домівки, обстріли, бомбардування, фізичне насилля, тортури тощо), які обумовили виникнення у більшості такого психічного розладу, як ПТСР.

До цього в Україні не було офіційної статистики відносно ПТСР, але з 2015 року МОЗ України вперше впровадило збір відповідних даних для формування статистичних звітів, зокрема, у військовослужбовців та дітей. Станом на перше півріччя 2016 року згідно даних МОЗ в Україні було зафіксовано 2 480 осіб з діагнозом ПТСР (5.8 на 100 тисяч). Світовий Банк дає дещо іншу інформацію: згідно результатів їх досліджень на ПТСР страждають близько 8% населення України, що набагато перевищує кількість в 3 тисячі осіб.

43 453 – саме така кількість хворих на афективні розлади була зареєстрована у 2017 році в Україні згідно офіційної статистики МОЗ. На жаль, й тут присутні значні розбіжності у порівнянні з даними досліджень Світового Банку: в їх загальній структурі захворюваності на психічні хвороби афективні розлади (біполярний афективний розлад I та II типів, дистимія, значний депресивний розлад) займають приблизно 9.1%.

Чим же обумовлена така велика різниця між даними цих двох незалежних досліджень? Це пов'язано в першу чергу з тим, що, як вже наголошувалось раніше, поза полем зору більшості наших статистичних досліджень залишаються особи з психічними розладами, які в силу різноманітних причин не звертаються до спеціалістів в лікувальні установи. Тобто зменшується не кількість хворих, а лише кількість звернень за кваліфікованою допомогою, завдяки чому й формується ніби позитивна тенденція до зменшення захворюваності, яка простежується в кожному статистичному звіті МОЗ.

Однією з найголовніших причин зменшення звернень за психологічною та медичною допомогою є прогресуюча соціальна стигматизація та викликана нею дискримінація осіб з будь-якими порушеннями психіки, які будуть розглянуті далі.

РОЗДІЛ 2. Визначення поняття «соціальна стигматизація». Особливості формування стигматизації психоемоційних розладів та осіб, що страждають ними.

Соціальна стигматизація (грец. Στίγμα («стигма») – тавро, клеймо) – це негативне виділення суспільством індивіда (або соціальної групи) за певною ознакою з відповідним стереотипним набором соціальних реакцій на цього індивіда (або окремих представників соціальної групи).

Вивченням явища стигматизації та її науковим обґрунтуванням протягом багатьох десятиліть займалось багато вчених. Першим комплексним дослідженням, в якому було розкрито суть поняття «соціальна стигматизація» та детально описано руйнівний вплив стигми на нормальний процес соціальної

взаємодії, була робота американського соціолога І. Гофмана під назвою «Стигма. Про особливості інвалідизованої особистості», опублікована у 1963 році. Ірвін Гофман характеризує стигму як певний атрибут, який виникає тоді, коли індивід відрізняється за якимись ознаками від домінуючої соціальної норми, і коли цим відмінностям надається негативна оцінка. Як наслідок, вся ідентичність людини оцінюється через призму саме цієї ознаки, негативно сприйнятої суспільством, що призводить до формування помилкових «стереотипних» уявлень та реакцій на цю людину. У своїй праці автор наголошує, що стигма – це не індивідуальний конструкт, а стійке соціальне переконання, яке визначає те, як суспільство буде ставитись до особистості, яка стала носієм стигматизуючої ознаки.

Ірвін Гофман запропонував розрізняти декілька типів стигм:

1. **стигма, що пов'язана з фізичним дефектом, різноманітними вадами;**
2. **стигма, що пов'язана з дефектом індивідуального характеру:** ці дефекти характеру виникають, наприклад, в результаті **психічного захворювання**, алкоголізму, тюремного ув'язнення, вживання наркотиків, низького соціального статусу індивіда, пов'язаного з безробіттям, бідністю, неможливістю отримувати освіту);
3. **родова стигма** – дефект, який визначається приналежністю індивіда до певної раси, національності або релігії і який поширюється на всіх членів цих категорій.

Всі ці стигми мають одну спільну рису: вони несуть в собі коннотат "неправильного індивіда" ("spoilt identity"). Гофман вважав, що стигматизації піддаються не всі небажані особливості, а лише ті з них, які в уявленні соціальної групи несумісні з образом індивіда, з тим, "яким він повинен бути".

Після публікації роботи І. Гофмана у 1963 році, в соціально-психологічній та соціологічній літературі з'явилась значна кількість як концептуальних, так і емпіричних робіт, присвячених вивченню стигматизації. Якщо говорити про концептуальні наукові праці, то значний внесок в вивчення різноманітних аспектів стигматизації зробили вчений Дж. Крокер разом зі своїми колегами. У своїх дослідженнях вони запропонували говорити про наявність стигматизації не тільки в тому випадку, коли індивід має певний атрибут, який відрізняє його від решти соціуму, але й тоді, коли індивід вірить в наявність у себе іншої, не характерної для суспільства, ознаки чи характеристики.

До функцій стигматизації Дж. Крокер з колегами в рамках своєї моделі стигми як загрози ідентичності особистості пропонує віднести наступне:

1. підвищення власної самооцінки за рахунок стигматизації інших;
2. підтримання позитивної соціальної ідентичності, що в результаті обертається виправданням дискримінації по відношенню до аут-групи або окремих її представників;
3. легітимізація нерівності статусу тієї чи іншої людини/групи;
4. захисна функція, яка реалізується в зв'язку з виникненням сильної тривожності, страху по відношенню до осіб, що є носіями стигматизуючих ознак.

Значний внесок у вивчення впливу стигми на нормальний процес соціальної взаємодії зробили вчені М. Бієрнат та Дж. Довідіо, які у своїй роботі «Стигма і стереотип», опублікованій у 2000 році, представили аналіз соціально-психологічних традицій формування стигми та стереотипу. Автори наголошують, що стигма і стереотип – це близькі поняття, але не ідентичні, адже існує дуже багато ситуацій, коли стигма наявна без стереотипу та навпаки. Про залучення стереотипів у процес стигматизації можна говорити лише тоді, коли сторона, яка сприймає стигму, не тільки дає негативну реакцію на індивіда,

що є носієм стигматизуючої ознаки, але й використовує набір «типових» характеристик для опису цієї людини.

Якщо брати до уваги три типи стигм, які виділяє у своїй роботі І. Гофман, то стереотипи залучені в процес стигматизації переважно в двох випадках з трьох: у разі родової стигми, а також у разі дефекту індивідуального характеру. Необхідність стереотипів в цих ситуаціях пояснюється тим, що людям потрібно пояснити та виправдати негативне ставлення до носіїв стигми, раціоналізувати дискримінацію по відношенню до них. Взаємодія з індивідом, що має фізичний дефект, викликає досить різку негативну реакцію, але при цьому не супроводжується залученням стереотипу.

У досить новій роботі «Стигма та упередження: один звір або два?», що побачила світ у 2008 році, Дж. Фелан, Б. Лінк та Дж. Довідіо досить ґрунтовно аналізують 18 концептуальних моделей (9 з них пояснюють процеси стигматизації, решта 9 направлені на вивчення формування упереджень) для того, щоб відповісти на питання, сформульоване у назві наукової статті. Дослідження цих моделей у взаємозв'язку було частково ініційоване закликом Національного інституту психічного здоров'я (США) про необхідність спільного дослідження упереджень та стигми психічних захворювань для покращення ресоціалізації та адаптації хворих.

Отже, детальний аналіз стигми та процесу формування упереджень дозволив авторам зробити висновок про те, що стигма та упередження мають набагато більше спільних сторін, ніж відмінностей: це не тотожні процеси, але дві сторони єдиного цілого. Узагальнюючи різні погляди, сформульовані в рамках всіх проаналізованих моделей, Дж. Фелан, Б. Лінк та Дж. Довідіо вказують, що стигма та упередження виконують три спільні функції:

1. експлуатація та домінування;
2. посилення соціальних норм;

3. уникнення хвороби.

Стигма та упередження мають тісний зв'язок з рядом соціальних процесів та феноменів, серед яких: категоризація осіб, «наклеювання ярликів», стереотипізація, втрата соціального статусу, виникнення дискомфорту при взаємодії і, як наслідок, уникнення комунікації з носіями стигм, їх соціальна ізоляція та відторгнення разом з іншими формами дискримінації. Важливість даного дослідження полягає також в тому, що визначення та обґрунтування взаємозв'язку між стигмою та упередженням створює можливість для спеціалістів апелювати різноманітними способами зменшення упереджень у суспільстві при розробці програм дестигматизації.

Як вже наголошувалось раніше, стрімко прогресуюча стигматизація є тим негативним соціальним явищем, яке сприяє виникненню та швидкому прогресуванню психоемоційних розладів серед населення України. Сформовані на її основі стереотипи щодо різноманітних порушень психічної діяльності та дискримінація осіб, які страждають на психічні хвороби, змушують людей звертатись за кваліфікованою допомогою лише в найтяжчих випадках, коли їх психічний стан вже не дозволяє їм повноцінно реалізовувати себе як особистість та соціально адаптуватись у суспільстві. Вивчення феномену стигматизації осіб з психоемоційними розладами та аналіз особливостей її формування дозволяє сформулювати найбільш ефективні способи проведення дестигматизаційної роботи у суспільстві, головною метою якої є не тільки покращення ситуації звернення хворих за кваліфікованою допомогою, але покращення якості життя, ресоціалізації та адаптації в суспільстві тих осіб, які, на жаль, стали носіями стигматизуючих ознак.

У вивченні стигми психоемоційних розладів та осіб, що страждають ними, можна виділити три основних напрямки:

1. вивчення стигматизації хворих зі сторони суспільства;

2. вивчення самостигматизації хворих;
3. розробка програми дестигматизації з метою зменшення негативного впливу стигми не тільки на формування суспільної думки, але й на психічний стан хворих, що стало б основою для покращення ситуації звернення за психологічною допомогою.

Стигматизація хворих на психоемоційні розлади являє собою процес виділення індивіда з суспільства за фактом наявності певних характерних ознак, проявів специфічної поведінки та/або діагнозу (навіть у минулому) з подальшим сприйняттям його оточуючими через призму стереотипних уявлень про психічно хворих (тобто тих, що лікуються у психіатричних лікарнях), емоційним та поведінковим реагуванням на цього індивіда, що призводить до уникнення комунікації з носіями стигм, їх соціальної ізоляції та відторгнення разом з іншими формами дискримінації.

Стигматизація у цьому випадку проходить в 4 етапи:

1. виявлення, виділення та "маркування" людини як носія стигми;
2. присвоєння їй негативних якостей відповідно до існуючих в даній культурі уявлень про пацієнтів психіатричних лікарень (психічно хворих);
3. віднесення її до категорії психічно хворих;
4. подальше зниження соціального статусу цієї людини, формування відповідних поведінкових реакцій на неї.

Що ж лежить в основі стигматизації осіб з психоемоційними розладами? Як вже було зазначено вище, в основі формування та прогресування стигматизації лежить інформаційний пласт, що складається з різноманітних наукових та культуральних міфів, які вбудовуються в систему соціальної комунікації та набувають певного емоційного забарвлення. Фактично в суспільстві домінують уявлення про невиліковність психічних захворювань (або

їх заразність, детермінованість для осіб, які мають в сімейному анамнезі певні порушення), надзвичайну соціальну небезпеку таких хворих для оточуючих, повну непередбачуваність та агресивність їх поведінки. Важливим є той факт, що у певної частини населення різноманітні психоемоційні порушення асоціюються також, як правило, лише з медичним аспектом проблеми, тобто з психіатрією.

Всі ці міфи та помилкові судження підкріплюються повідомленнями в засобах масової інформації, де висвітлюються зазвичай лише найжорстокіші випадки за участю людей з порушеннями психіки. Культуральні міфи також мають достатньо сильний вплив, хоч і значно менший: у суспільстві досі широко розповсюджені релігійні та містичні уявлення про психічні захворювання, де вказується їх таємниче походження та зв'язок з надприродними, переважно негативними, силами.

Феноменологія психологічних наслідків стигми для самих хворих детально описана психіатрами, соціологами та психологами. Основний акцент дослідники роблять на вивчення відчуттів провини та сорому, що виникають у цих людей в зв'язку з атрибутами, що лежать в основі кожної стигми. У 1999 році вчений Пінель ввів поняття «стигма-усвідомленість» для опису того, наскільки хворі усвідомлюють вплив власної стигми та до яких психологічних наслідків це призводить.

У літературі також описано близький до цього процес самостигматизації – це усвідомлення хворим наявності в себе порушень психіки, засвоєння і застосування до себе пануючих у даному суспільстві міфів про своє психічне захворювання, з подальшим дистанціюванням та ізоляцією від потенційних стигматизаторів (тобто осіб, які або поширюють недостовірну інформацію, або засвоюють ці міфи та у подальшому стигматизують). Стигматизаторами можуть виступати родичі, медичний персонал, представники соціальних служб,

роботодавці, представники засобів масової інформації, працівники освіти і страхових служб й просто звичайні громадяни.

Люди з психоемоційними розладами, зазвичай, ділять своє життя на два періоди: нормальне життя та життя з хворобою, «до» та «після». Причому другий період практично у всіх пов'язаний з важкими втратами: професійними, особистими, сімейними. Все це призводить до зниження соціального статусу та самооцінки хворих, значного погіршення якості їх життя, розвитку у людини комплексу неповноцінності та втрати почуття власної гідності, що в свою чергу посилює самостигматизацію.

Крім самої людини, весь спектр негативних проявів стигматизації відчувають на собі її рідні та близькі. Вони відчувають почуття незручності, сорому або навіть провини перед оточуючими за те, що член їх сім'ї страждає на психічне захворювання, прагнуть приховати сам факт наявності в родинному колі такої людини. Очевидно, що подібне ставлення найближчого оточення не сприяє швидшому одужанню, але лише посилює особистісну деформацію та подальшу соціальну ізоляцію осіб з психоемоційними розладами.

Пануючі у суспільстві міфи про психічні захворювання та хворих, що страждають ними, призводять до того, що люди дуже часто намагаються приховати наявність певних розладів не тільки від свого оточення (через страх бути відторгненим ними, зганьбитися їм), але й від самих себе. Вони закривають очі на свій психічний стан або заперечують очевидне, уникаючи при цьому будь-якої інформації, яка б могла знищити їх захисний бар'єр. Досить велика кількість людей вважає звернення до спеціаліста за допомогою як прояв слабкості, нікчемності, «падіння» власної особистості. Асоціації з медичним аспектом проблеми, тобто, з психіатрією, також сприяють тому, що люди не звертаються в лікувальні установи: ніхто не хоче стати пацієнтом психіатричних лікарень, які прирівнюються до місць обмеження волі з втратою власної свідомості. Низький рівень інформованості населення щодо психічного

здоров'я та психоемоційних розладів лише підсилюють закріплення міфів про психіатрію. Люди не звертаються за допомогою, а якщо їй приходять до спеціалістів, то намагаються тримати це у таємниці від максимальної кількості людей зі свого оточення.

Що можна зробити, щоб зменшити стигматизацію психічних захворювань і людей, які страждають ними, в нашій країні? Дестигматизація – це достатньо довгий та складний процес, метою якого має бути підвищення рівня інформованості населення України щодо психічного здоров'я та психоемоційних розладів разом зі зміною стереотипу характерних соціальних реакцій.

Перш за все необхідно приділити увагу питанням дестигматизації в освіті, особливо медичній. Згідно проведених досліджень, негативні соціальні стереотипи про психічні розлади домінують у свідомості і майбутніх лікарів. Маючи певний кредит соціальної довіри серед населення, студенти-медики й лікарі дуже часто стають стигматизаторами, створюючи і поширюючи недостовірну інформацію, яка легко засвоюється соціумом.

Посилити підготовку медиків в цій області – найпростіше, що можна зробити для ліквідації гостроти проблеми. До того ж, необхідним є, на мою думку, збільшення кількості спеціалістів у сфері саме медичної психології (тобто лікарів-психологів), які могли б стати проміжною ланкою між психологами та психіатрами у наданні спеціалізованої допомоги. В теорії це має призвести до більш чіткого розподілу сфер діяльності та зменшення пануючих у суспільстві асоціацій «психічний розлад=психіатрія».

Знизити прояви стигматизації в суспільстві дозволить освітня робота в сфері охорони психічного здоров'я. Це перш за все підвищення інформованості населення про психічне здоров'я, його критерії, формування у населення потреби збереження психічного здоров'я, а також підвищення обізнаності про

психічні розлади, фактори, що їх викликають, та заходи запобігання їх виникнення. Важливою є необхідність розвіяти спотворене уявлення суспільства про способи лікування, що застосовуються в психіатрії, та психотропні препарати. Цього можна досягти шляхом розповсюдження результатів соціальних досліджень з чіткими рекомендаціями у вигляді інтернет-публікацій та інтернет-брошур, проведення тематичних заходів, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я населення, залучення до співпраці молодіжних організацій, які б взяли на себе роль інформаторів для молоді та появи в ЗМІ профілактичної реклами.

Ухвалення відповідних законів є необхідним для зміцнення слабкої нормативно-правової бази та підвищення захищеності людей, що страждають на психічні хвороби, зниження проявів їх дискримінації та обмеження в правах на державному рівні.

РОЗДІЛ 3. Практична частина.

У анкетуванні взяли участь 117 респондентів, які належать до різних вікових та соціальних груп.

Табл.1. Розподіл респондентів за статтю, віковими групами та рівнем освіти

Стать	чоловіча	61.5%
		72
	жіноча	38.5%
		45
Вік	юнацький (17-23)	30.8%
		36
	ранній дорослий (24-40)	35%
		41
	середній дорослий (41-60)	34.3%
		40
Освіта	середня	2.5%
		3
	середня спеціальна	3.5%
		4
	вища медична	23% (92,5% – студенти)
		27 (25)

	вища технічна	46.2% (96% – закінчена освіта)
		54 (52)
	вища гуманітарна	24% (82% – закінчена освіта)
		28
	вища художня	0.8%
		1

Для проведення дослідження була створена анкета на базі Google Forms, яка складалась з двох блоків питань та містила шкалу депресії Бека та методику оцінки ситуаційної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Л. Ханіна.

Основні результати дослідження:

Блок питань №1:

Аналіз відповідей на запитання цього блоку дозволяють виявити найбільш розповсюджені погляди респондентів на сутність поняття «психічне здоров'я», їх уявлення про сфери діяльності та завдання фахівців, що працюють у цій галузі, а також оцінити рівень обізнаності анкетованих щодо психоемоційних розладів та рівень їх готовності до звернення за кваліфікованою допомогою разом з факторами, що можуть завадити їм у цьому.

Аналіз відповідей 117 респондентів дозволив виявити, що більшість з них – 90% (105) – розуміють сутність поняття «психічне здоров'я». 10% (12) з них обрали один чи два неправильні варіанти відповідей, а саме: «фізичне здоров'я не залежить від стану психічного» та «стан психічного здоров'я не впливає на загальну тривалість життя людини». 88% усіх респондентів (103) розуміють різницю між психологом, психотерапевтом та психіатром. 12% (14) обрали варіант «ні». З 117 респондентів лише 11% (13) змогли правильно визначити психоемоційні розлади серед запропонованих у списку.

Рис 1. Розподіл людей, які звертались за психологічною допомогою, за віком

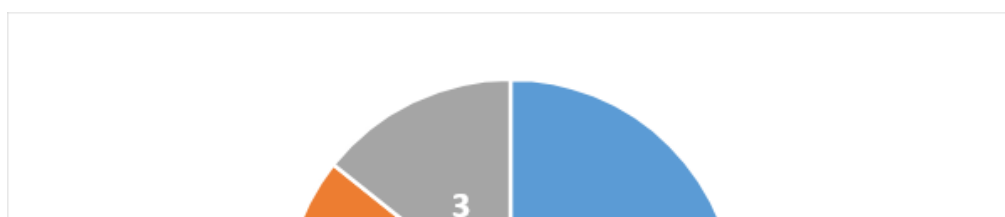


Табл. 2. Розподіл людей за віком та можливістю їх звернення до фахівця за допомогою

Чи допускаєте Ви можливість звернення до фахівця за психологічною допомогою?				
	17-23	24-40	41-60	Всього
Так	22	15	12	49
Скоріше так, чим ні	11	11	10	32
Скоріше ні, чим так	2	7	10	19
Ні, звернусь до оточення	1	3	3	7
Ні, спробую впоратись самостійно	0	5	5	10

Аналіз відповідей респондентів щодо наявності у них досвіду звернення за психологічною допомогою у минулому, а також можливості їх звернення до спеціалістів у майбутньому дозволяє виявити певну тенденцію з урахуванням віку анкетованих. Дані, наведені у Таблиці 2, демонструють, що показники як кількості звернень, так і можливості отримання допомоги знижуються зі збільшенням віку респондентів. Відповідно, респонденти юнацького віку більш

позитивно ставляться до психологічної допомоги, в той час як люди старшого віку віддають перевагу або зверненню до свого найближчого оточення, або взагалі намагаються впоратися з проблемами самостійно.

Табл 3. Фактори, що заважають респондентам звернутись за кваліфікованою допомогою

Що може заважати Вам звернутись за кваліфікованою допомогою?		
Не знаю, коли потрібно звертатись	29	24.8%
Не знаю, до кого можна звернутись	31	26.5%
Страх потрапити до некваліфікованого спеціаліста	58	49.6%
Висока вартість	28	23.9%
Боюсь, що мене не зрозуміють та/або осудять оточуючі, якщо дізнаються	15	12.8%
Не вірю, що мені це допоможе	17	14.5%
Вважаю, що зможу впоратись самостійно	44	37.6%
Вважаю це проявом слабкості	4	3.4%
Інше	8	0.07%

Серед запропонованих факторів, що можуть заважати звернутись за кваліфікованою допомогою, респонденти виділили в першу чергу страх потрапити до некваліфікованого спеціаліста – 58 (49.6%), відсутність розуміння коли і до кого потрібно звертатись у разі виникнення проблем – 29 (24.8%) / 31 (26.5%) відповідно, високу вартість – 28 (23.9%) . 44 з 117 (37.6%) анкетованих вважають, що можуть впоратись самостійно, тому звернення за психологічною допомогою не є для них необхідним.

Потрібно зазначити, що з цих 44 респондентів (за даними результатів шкали депресії Бека та методики оцінки ситуаційної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Л. Ханіна) 13 мають ознаки легкої депресії, 5 – помірної, а 1 респондент – депресію середньої тяжкості, а також помірні і

високі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності. Ці люди свідомо відмовляються від психологічної допомоги, хоча і потребують її.

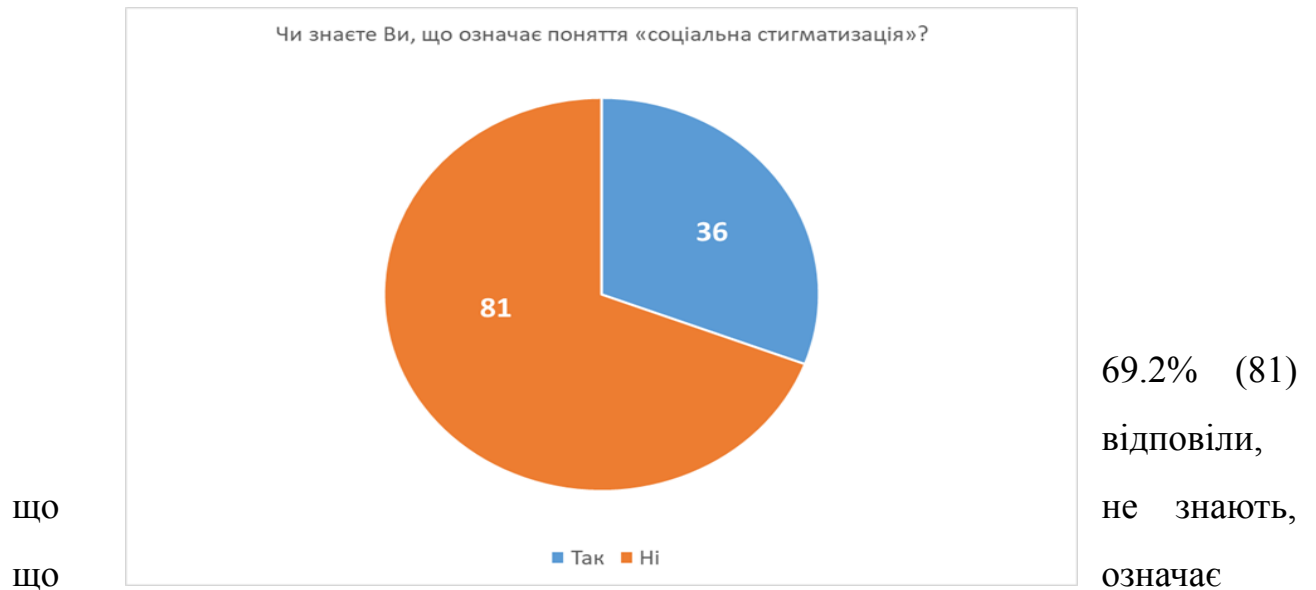
Висновки до Блоку питань №1:

Результати досліджень свідчать про недостатню інформованість респондентів у питаннях сутності психоемоційних розладів, відсутність чіткої системи поглядів, їх недостатню структурованість. Потрібно звернути увагу на от що: 103 з усіх респондентів вказують, що розуміють різницю між психологом, психотерапевтом та психіатром, але при цьому у питанні про можливі бар'єри 1/3 з них обирають варіант «не знаю, до кого можна звернутись», що також свідчить про недостатню інформованість та поверхневність знань у цій сфері.

Блок питань №2:

Метою цього блоку є дослідження стигми психічних захворювань, особливостей її формування та форм прояву в різних соціальних та вікових групах населення.

Рис 2. Результати відповідей респондентів щодо розуміння поняття соціальна стигматизація



поняття «соціальна стигматизація». Однак навести приклади дискримінації (більш відоме поняття) змогли 49 осіб (41.8%).

Табл. 4. Переконавання респондентів щодо психоемоційних розладів та осіб, що страждають ними

Переконавання	Кількість відповідей
Поведінка людей з розладами психіки є непередбачуваною	80
	68.4%
Люди з психоемоційними розладами становлять значну соціальну небезпеку	35
	29.9%
Більшість психічних захворювань є невиліковними	27
	23.1%

Психічні розлади лікуються лише за допомогою спеціальних лікарських засобів	9
	7.7%
Люди з психоемоційними розладами можуть звертатись за допомогою лише до психіатричних лікарень	6
	5.1%
Нічого з вище перерахованого	29
	24.8%

Найбільш розповсюдженим переконанням серед респондентів є міф, що поведінка людей з розладами психіки є непередбачуваною. Його обрали 68,4% усіх анкетованих. 29,9% вважають, що люди з психоемоційними розладами становлять значну соціальну небезпеку. На третьому місці – міф про невиліковність психічних хвороб. Все це є наслідком довготривалої соціальної стигматизації. Потрібно відзначити останній наведений у таблиці №4 показник: 29 осіб (24.8%) обрали варіант «нічого з вище перерахованого». Найбільша частка респондентів, які обрали цей варіант, юнацького віку – 12 осіб (41%), що свідчить про відсутність негативного впливу на ряд їх переконань соціальної стигматизації.

Фактори, що, на думку анкетованих, найбільше впливають на формування та закріплення соціальної стигматизації в суспільстві, представлені на діаграмі нижче. Найвпливовішим фактором є суспільна думка – 71%, адже вона містить у собі усі розповсюджені у соціумі наукові та культуральні міфи, сформовані протягом багатьох років. Виховання та ЗМІ також роблять значний внесок у формування стигматизації.

Рис 3. Фактори формування та закріплення стигматизації

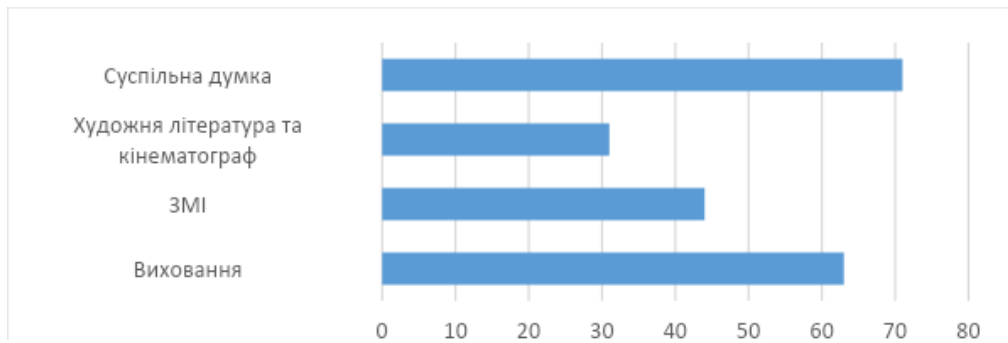


Рис 4. Ставлення різних груп населення до людей з психоемоційними розладами



Дані досліджень демонструють середній рівень толерантності анкетованих по відношенню до людей з психоемоційними розладами (переважання позитивного, умовно-позитивного і нейтрального ставлення). Аналіз отриманих даних показує більш високий рівень толерантності серед респондентів у віці 17-23 років. Зв'язок результатів дослідження з напрямком освіти не виявлено.

Висновки до Блоку питань №2:

На основі аналізу отриманих результатів можна зробити висновок про значне розповсюдження стигми психоемоційних розладів та осіб, що страждають ними, особливо серед людей старшого віку. Найнижчий показник стигматизації та водночас найбільш високий рівень толерантності

демонструють респонденти 17-23 років. Це може бути пов'язане з тим, що негативний вплив таких факторів, як суспільна думка, виховання, ЗМІ, які сприяють розповсюдженню та закріпленню стигм, впливають на них найменший проміжок часу. Соціальна стигматизація призводить до того, що люди не звертаються за психологічною допомогою внаслідок пануючих негативних переконань у суспільстві. Особливо яскраво це простежується серед респондентів раннього та середнього дорослого віку, які надають перевагу зверненню до найближчого оточення або намагаються впоратись з проблемами самотійно.

Висновки

Психічне здоров'я є невід'ємною частиною та найважливішим компонентом здоров'я особистості, тому його відновлення, зміцнення та захист повинні сприйматися індивідуумами, спільнотами та співтовариствами в усьому світі як напрямки діяльності, які мають життєво важливе значення як для окремих людей, так і для всього людства. Соціальна та особистісна стигматизація осіб з психоемоційними розладами є однією з головних причин зменшення звернення населення за психологічною допомогою внаслідок появи у людей страху соціальної ізоляції, неприйняття та відторгнення оточуючими, а також розвитку комплексу неповноцінності та втрати почуття власної гідності. Все це в свою чергу призводить до виникнення та швидкого прогресування психічних розладів. Боротьба з цим негативним соціальним явищем повинна стати одним з головних напрямків охорони громадського здоров'я, адже стигматизація та сформована на її основі дискримінація хворих негативно впливають на якість їх життя, сприяють їх соціальному відторгненню, створюють серйозні перешкоди для лікування розладів, а також для впливу відповідних профілактичних програм, направлених на підтримання та зміцнення психічного здоров'я населення. Дестигматизація повинна включати в себе підвищення рівня інформованості населення України щодо психічного

здоров'я та психоемоційних розладів разом зі зміною стереотипу характерних соціальних реакцій.

Список літератури:

1. Контекст психического здоровья. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. — Женева, 2003. — 64 с.
2. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А., Бурковский Г., Юрьев А. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных – Москва, 2000. – 590 с.
3. Максименко С. Д. Загальна психологія. Підручник.— Вінниця: Нова Книга, 2006. — 688 с.
4. Новиков Е. Об отношении общества к психически больным.— 2004.—№4 (33).
5. Серебрянская, Л. Я. Стигматизация психически больных. Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 9. – С. 11-16.
6. Stuart Н. Борьба против стигмы, вызванной психическими расстройствами: предшествующие перспективы, деятельность в настоящем и направления в будущем: Доклад секции ВПА. — Октябрь 2008. —198 с.

7. Buchanan, A. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand.* – 1992. – Vol. 85, № 1. – P. 1-5