

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр (спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна форма навчання)

Бондаренко Анни Олександрівни

Науковий керівник:

Асистент кафедри психодіагностики та клінічної психології

Доктор філософії у галузі психології

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ТА СТИГМАТИЗАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	7
1.1. Психічні розлади як об'єкт соціально-психологічного вивчення	7
1.2. Поняття та структура стигматизації психічних розладів	12
1.3. Соціально-психологічні чинники формування стигматизуючих установок	17
1.4. Гендерні аспекти ставлення до психічних розладів у наукових дослідженнях	21
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	28
2.1. Мета, завдання та гіпотези дослідження	28
2.2. Теоретичне обґрунтування вибору методів дослідження	33
2.3. Характеристика психодіагностичних методик для вивчення стигматизації психічних розладів	37
2.4. Організація, вибірка та процедура збору даних	42
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК	49
3.1. Первинна обробка та описові статистики отриманих даних	49
3.2. Рівень і структура стигматизуючих установок у респондентів	58
3.3. Гендерні відмінності у ставленні до осіб із психічними розладами	67
3.4. Зв'язок між компонентами стигматизації та соціально-психологічними характеристиками респондентів	71
3.5. Психологічна інтерпретація результатів у контексті клінічного конструкту стигматизації	78
Висновки до розділу 3	82
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність теми дослідження зумовлена значним поширенням психічних розладів у сучасному суспільстві та впливом цих розладів на соціальне функціонування особистості. У складних соціально-економічних та військово-політичних умовах, у яких перебуває Україна, відзначається зростання кількості людей із проявами тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу, порушеннями адаптації. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 8,5 млн українців мають ризик розвитку психічних розладів через наслідки війни. Це створює потребу у формуванні толерантного ставлення до осіб із психічними розладами, зменшенні стигматизації та розвитку культури психічного здоров'я.

Стигматизація психічних розладів є одним із головних соціально-психологічних бар'єрів, що ускладнює процес лікування, реабілітації та інтеграції осіб із психічними проблемами у суспільство. Негативні соціальні установки сприяють ізоляції, дискримінації та зниженню рівня самооцінки у таких осіб, формуючи самостигму. Особливо актуальним є вивчення того, як на ставлення до психічно хворих впливають гендерні чинники, адже суспільні уявлення про «чоловічі» та «жіночі» ролі визначають специфіку сприйняття емоційних проявів, поведінки та психічних труднощів. Гендерні відмінності можуть виявлятися як у рівні толерантності до психічних розладів, так і в типах емоційних реакцій та рівні соціальної дистанції.

У сучасних дослідженнях проблема стигматизації розглядається у взаємозв'язку з соціальними, психологічними та медичними аспектами. Питання соціально-психологічних механізмів стигматизації висвітлено у працях О. Малиної, С. Костюченка, А. Животовської, О. Кокуна, В. Харченка. Автори наголошують, що стигматизація формується під впливом культурних стереотипів, недостатнього рівня психоосвіти населення та відсутності адекватного інформування про психічне здоров'я. У свою чергу, Б. Барчі, О. М. Макаров, Н. С. Мякушко, В. Пастухова аналізують наслідки

стигматизації у контексті війни, зокрема у військовослужбовців і ветеранів, що зазнали психологічних травм. Дослідження І. Коваль, Ю. Чічельницької, В. Колесник і Ю. Асєвої розкривають вплив гендерних стереотипів на психоемоційний стан особистості, що підтверджує необхідність гендерно орієнтованого підходу у сфері психічного здоров'я.

Ряд науковців, зокрема В. Войтенко, С. Гнітько, К. Дендеберя, Ю. Мединська, досліджували соціальні аспекти стигматизації, акцентуючи увагу на її зв'язку з медіаобразами, соціальними страхами та рівнем освіченості громадян. О. Чабан, О. Хаустова, Г. Кожина та В. Сухарьєва у своїх працях вказують на психофізіологічні та клінічні прояви розладів, обумовлених війною, що супроводжуються суспільним осудом або недовірою. У працях А. Немченко, Т. Ткачука, А. Мягких підкреслюється, що гендерні ролі впливають на способи подолання стресу, рівень самостигматизації та ставлення до власного психічного стану. Ці дослідження демонструють, що проблематика стигматизації має міждисциплінарний характер і потребує глибшого аналізу в контексті гендерних відмінностей.

Актуальність обраної теми підсилюється потребою у зменшенні соціальної дистанції між суспільством та людьми з психічними розладами, особливо в умовах воєнного стану, коли зростає кількість осіб із симптомами посттравматичних та тривожних розладів. Вивчення гендерних відмінностей у стигматизації дозволить не лише краще зрозуміти соціальні механізми дискримінації, а й розробити ефективні психопросвітницькі програми, спрямовані на подолання упереджень. Отже, дослідження має важливе теоретичне й практичне значення для вдосконалення системи психосоціальної підтримки та формування культури толерантного ставлення до психічного здоров'я в Україні.

Мета дослідження – виявити гендерні відмінності у стигматизації психічних розладів

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що існують гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів:

- у чоловіків більш виражені установки зовнішньої стигматизації, схильність до соціального дистанціювання та зниження значущості психічних проблем;
- у жінок частіше спостерігаються прояви емпатії, толерантності та готовності до підтримки осіб із психічними розладами, але водночас більш високий рівень самостигматизації у випадку власного психічного неблагополуччя.

Також гіпотетично припускається, що рівень стигматизації та самостигматизації пов'язаний із соціально-психологічними характеристиками особистості – рівнем емпатії, тривожності, самооцінки та життєстійкості.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену психічних розладів у контексті суспільного ставлення.
2. З'ясувати психологічні механізми самостигматизації та її вплив на особистісне функціонування.
3. Дослідити гендерні особливості ставлення до осіб із психічними розладами.
4. Виявити взаємозв'язки між показниками стигматизації, самостигматизації та соціально-психологічними характеристиками досліджуваних.
5. Визначити психологічні чинники, що впливають на формування стигматизуючих установок у представників різних гендерних груп.

Об'єктом дослідження є ставлення до осіб із психічними розладами.

Предметом дослідження виступають гендерні особливості стигматизації та ставлення до психічних розладів у сучасному українському суспільстві.

У ході дослідження застосовувалися як теоретичні, так і емпіричні **методи:**

- теоретичні методи включали аналіз і синтез, узагальнення та порівняння наукових джерел;
- емпіричні методи базувалися на використанні стандартизованих опитувальників: шкала соціальної дистанції (SDS) – Еміль Богардус (Emory S. Bogardus). Використовується для оцінки ступеня готовності особистості до близького контакту з різними соціальними групами, зокрема з людьми із психічними розладами; шкала самостигматизації психічних захворювань – коротка форма (Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form, SSMIS-SF) – автори: Corrigan, Watson, Barr. Дозволяє виміряти рівень внутрішньої стигматизації у людей із психічними розладами; Особистісний опитувальник Айзенка (Eysenck Personality Inventory, EPI) – Ганс Айзенк (Hans J. Eysenck). Використовується для оцінки основних рис особистості, зокрема екстраверсії/інтроверсії та нейротизму; шкала соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) – автори: Zimet, Dahlem, Zimet, Farley. Призначена для оцінки рівня соціальної підтримки, що сприймається особистістю, від сім'ї, друзів.

Наукова новизна дослідження полягає у системному вивченні гендерних особливостей ставлення до осіб із психічними розладами на сучасній українській вибірці, а також у визначенні ролі соціальної підтримки та особистісних характеристик у формуванні стигми.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання для розробки програм профілактики стигматизації, психологічного консультування та підвищення рівня обізнаності населення щодо психічного здоров'я, зокрема з урахуванням гендерних відмінностей.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, Повний обсяг роботи становить 89 сторінок

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ТА СТИГМАТИЗАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Психічні розлади як об'єкт соціально-психологічного вивчення

Психічне здоров'я є важливим чинником гармонійного функціонування особистості та суспільства. У сучасних умовах воєнних дій, соціальної нестабільності й економічних викликів проблема психічних розладів набуває особливої актуальності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 8,5 мільйона українців мають ризик розвитку психічних розладів через війну [26]. Як підкреслює Д. Алексюк, психічні розлади варто розглядати не лише з клінічної, а й із соціально-філософської точки зору, адже вони відображають глибокі соціальні процеси, що впливають на стан людини [1, с. 162]. Соціально-психологічний підхід дозволяє розкрити не лише механізми виникнення таких розладів, а й специфіку суспільного ставлення до них, що визначає якість життя осіб із психічними порушеннями.

Психічні розлади – це не лише медичні діагнози, а й соціальні феномени, які відображають взаємодію людини з оточенням. Як зазначає О. Барна, сучасне суспільство стикається з «епідемією тривожних розладів», що пов'язано з глобальною нестабільністю, воєнними діями та невизначеністю майбутнього [2, с. 18]. Дослідниця наголошує, що у структурі психічних розладів сьогодні переважають афективні та тривожні стани, які часто залишаються не діагностованими. На думку Б. Барчі, соціальне середовище відіграє вирішальну роль у перебігу психічних порушень, адже негативне ставлення суспільства посилює ізоляцію хворих і ускладнює процес одужання [3, с. 33]. Таким чином, психічні розлади виступають у фокусі не лише медицини, а й соціальної психології, яка аналізує ставлення, упередження й механізми соціальної взаємодії.

Р. Басій звертає увагу, що ставлення родини до хворого з психічними розладами суттєво впливає на динаміку його стану [4, с. 75]. У своєму фокус-груповому дослідженні автор підкреслює, що родичі часто відчують амбівалентність: з одного боку – співчуття, з іншого – сором і бажання приховати проблему. Таке ставлення є відображенням соціальної стигматизації, коли психічна хвороба розглядається як ознака небезпеки або соціальної неповноцінності. Цей феномен тісно пов'язаний із поняттям соціальної норми, адже психічні розлади сприймаються як відхилення від усталених моделей поведінки.

Психічні порушення, як зазначає В. Войтенко, формують у масовій свідомості суперечливий образ людини – водночас небезпечної і вразливої [5]. Це породжує подвійне ставлення: співчуття поєднується з відторгненням. Автор досліджує сприйняття осіб із психічними розладами молоддю й показує, що джерелом більшості стереотипів є масова культура та ЗМІ. Таким чином, формування суспільного уявлення про психічні хвороби має комунікативну природу – воно залежить від того, як у суспільному просторі представлено тему психічного здоров'я.

В умовах війни психічні розлади набули нового значення. Як зазначає С.Гнітько, серед військових і цивільного населення значно зросла кількість посттравматичних стресових розладів, депресій і тривожних станів [6, с. 123]. Це пояснюється масштабними психотравмуючими подіями, які впливають на все суспільство. К. Дендеберя підкреслює, що війна створила безпрецедентні умови для розвитку психічних порушень як серед дорослих, так і серед дітей [7, с. 126]. Водночас авторка наголошує, що суспільство ще не готове відкрито говорити про психічні проблеми, через що велика частина населення не звертається по допомогу.

Психічні розлади мають багатовимірну структуру, яку дослідники трактують як поєднання емоційних, когнітивних та поведінкових порушень. У роботах А. Животовської з колегами наголошується, що тривожні стани часто проявляються через соматичні симптоми, зокрема порушення сну,

коливання артеріального тиску або серцеві дисфункції. Це підкреслює той факт, що психічні та фізичні процеси тісно взаємопов'язані та взаємно впливають. Дослідники вказують, що навіть початкові психоемоційні зміни можуть швидко трансформуватися у фізіологічні реакції організму. Важливо також, що такі симптоми часто залишаються непоміченими, оскільки люди схильні інтерпретувати їх як ознаки фізичного перевантаження [8, с. 21]. У цьому контексті медичний аспект не може розглядатися ізольовано від психологічного. Вивчення психічних розладів вимагає інтеграції різних галузей знань для глибшого розуміння природи цих порушень.

Суттєвим чинником у розвитку психічних розладів, за спостереженнями С. Заболоцької, є вплив тривалого стресу, який ґрунтується на соціальній нестабільності та невизначеності майбутнього. Авторка підкреслює, що хронічний стрес поступово виснажує ресурсну сферу особистості, знижує ефективність адаптаційних механізмів і формує передумови для розвитку тривожних і депресивних станів. Особливо небезпечним є стан, коли соціальний стрес стає постійним фоном життя. У таких умовах навіть люди з високою психологічною стійкістю починають демонструвати ознаки перевтоми, емоційної вразливості та зниження здатності до саморегуляції. З огляду на ці закономірності психічні розлади доцільно розглядати як соціально опосередковані явища, а не суто медичні проблеми [9, с. 38]. Саме тому підходи до їх вивчення мають бути комплексними та багатовимірними. Суспільні умови відіграють ключову роль у формуванні психічного здоров'я населення.

О. Кокун у своїх дослідженнях акцентує на тому, що війна стала сильним стресогенним фактором, який значно погіршив психічне здоров'я українців. Автор наводить дані, що рівень тривожності, страху, відчуття невизначеності та емоційного виснаження у населення суттєво зріс. Нестабільність життєвих умов, втрата близьких, зміна звичного стилю життя та загроза безпеки спричинили різке збільшення кількості психічних розладів. О. Кокун наголошує, що відновлення психічного стану можливе

лише за умови застосування міждисциплінарних методів, які поєднують психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку та державні програми. Саме комплексність підходів здатна забезпечити довготривалий ефект у стабілізації стану населення [11, с. 26]. У цьому контексті важливо формувати доступні форми підтримки, щоб мінімізувати негативні наслідки війни. Таким чином, психічне здоров'я виступає не лише індивідуальною, а й суспільною проблемою.

І. Руденко зазначає, що проблема психічних розладів в Україні має не лише сучасні, а й історичні корені, які суттєво вплинули на формування суспільного ставлення до цієї теми. Протягом тривалого часу психіатрія залишалася стигматизованою сферою, а обговорення психічних розладів вважалося небажаним або соромним. Це спричинило формування культурних бар'єрів, які ускладнюють звернення по допомогу та знижують рівень довіри до медичних установ. І. Руденко підкреслює, що така ситуація призвела до недостатнього розуміння сутності психічних захворювань у суспільстві. Через брак інформації багато людей сприймають психічні порушення як ознаки «слабкості» або небезпечності, що посилює соціальну стигму. Історично сформовані стереотипи досі впливають на поведінку людей та на їхню готовність отримувати допомогу. Змінити ці патерни можливо лише шляхом підвищення психоосвітнього рівня населення [29, с. 83].

О. Павлова зазначає, що у період воєнного стану психічні розлади набули характеру масового явища, яке потребує системних рішень на державному та професійному рівнях. Дослідниця підкреслює, що найпоширенішими виявилися тривожні, афективні та посттравматичні порушення, що пов'язано з впливом бойових дій та загрозою життю. Павлова наголошує, що саме рання діагностика й реабілітація мають вирішальне значення для запобігання хронізації цих станів. Зміни у психічній сфері, викликані війною, часто стають тривалими, якщо своєчасно не надати кваліфіковану підтримку [24, с. 232]. Значна частина людей не звертається по допомогу через страх осуду або через низьку обізнаність про можливості

лікування. Тому авторка акцентує на потребі широких інформаційних кампаній. Такий підхід сприяє зменшенню стигми та підвищенню рівня готовності населення звертатися по фахову допомогу.

А. Немченко звертає увагу на гендерні особливості перебігу афективних розладів, підкреслюючи, що у жінок вони зазвичай мають більш виражений емоційний характер, тоді як у чоловіків – поведінковий. Це свідчить про різні стратегії переживання психологічних труднощів. Жінки частіше повідомляють про емоційні зміни, такі як тривога, плаксивість чи відчуття внутрішньої напруги. Чоловіки ж частіше демонструють зовнішні, поведінкові реакції: дратівливість, імпульсивність або уникання соціальних контактів. А. Немченко наголошує, що ці відмінності необхідно враховувати під час діагностики та консультування. Нерозуміння специфіки гендерних особливостей може призводити до неправильного трактування симптомів або недооцінювання порушень [21, с. 39]. Таким чином, вивчення психічного здоров'я потребує обов'язкового урахування соціальних, культурних і гендерних чинників.

У межах соціально-психологічного підходу важливо розглядати не лише клінічні прояви розладів, а й ставлення до них. Як зауважує С. Костюченко, ставлення суспільства до осіб із психічними розладами в Україні залишається переважно негативним, що ускладнює процес інтеграції таких людей у соціум [14]. Це свідчить про необхідність просвітницьких кампаній і створення безстигматизаційного середовища. На думку О. Макарова, ефективна реабілітація неможлива без подолання суспільних упереджень [16, с. 199]. Соціально-психологічне вивчення психічних розладів передбачає аналіз як внутрішніх станів людини, так і зовнішніх соціальних умов, у яких вона живе.

Для систематизації підходів до розуміння психічних розладів доцільно представити їх основні характеристики у вигляді таблиці, що відображає взаємозв'язок між медичним, психологічним і соціальним аспектами. (Таблиця 1.1.)

Таблиця 1.1.

Соціально-психологічні характеристики психічних розладів

Підхід	Основний зміст	Соціально-психологічні наслідки
Медичний	Розлади як наслідок порушення мозкової діяльності	Необхідність діагностики та лікування
Психологічний	Порушення емоційної та когнітивної регуляції	Зниження адаптивності, порушення самооцінки
Соціальний	Вплив стресових і воєнних факторів	Зростання ризику ПТСР, соціальна ізоляція
Соціально-психологічний	Взаємодія між індивідом і суспільством	Формування стигми, потреба в реабілітації

Отже, психічні розлади є складним багатовимірним феноменом, що потребує міждисциплінарного вивчення. Вони поєднують біологічні, психологічні та соціальні чинники, які визначають як причини виникнення, так і перебіг хвороби. Соціально-психологічний підхід дозволяє розглядати психічні порушення не лише як клінічну проблему, а як процес взаємодії особистості та соціального середовища. Ефективне подолання наслідків психічних розладів можливе лише за умови поєднання психологічної допомоги, соціальної підтримки та державної політики у сфері психічного здоров'я.

1.2. Поняття та структура стигматизації психічних розладів

Проблема стигматизації осіб із психічними розладами є однією з найактуальніших у сучасній соціальній психології. Вона відображає глибокі суперечності між науковим розумінням природи психічних захворювань і соціальними уявленнями про таких людей. Стигматизація є не лише моральною, а й соціально-філософською проблемою, оскільки формує межі прийнятності людини в суспільстві [1, с. 162]. У суспільній свідомості тривалий час зберігається упереджене ставлення до психічно хворих, що обумовлює їхню соціальну ізоляцію, дискримінацію та порушення прав. Ці процеси стають особливо виразними в умовах воєнного часу, коли психічні розлади набувають масового характеру, а потреба у психосоціальній підтримці зростає. Водночас науковий інтерес до феномену стигматизації зумовлений необхідністю зрозуміти, як соціальні уявлення впливають на психічне здоров'я та процес реабілітації осіб, які пережили психотравмуючі події [3, с. 33]. Отже, дослідження поняття та структури стигматизації має не лише теоретичне, але й практичне значення, оскільки дозволяє розробити дієві стратегії подолання соціальної ізоляції таких осіб.

Під стигматизацією у сфері психічного здоров'я розуміють процес соціального маркування людини на основі наявності психічного розладу, який супроводжується негативними стереотипами, упередженнями та дискримінацією [34]. Як вважає О. Малина, цей процес має соціально-психологічну природу, адже він формується під впливом суспільних уявлень, культурних норм і механізмів соціального контролю [17, с. 177]. Стигма проявляється не лише в зовнішніх реакціях оточення, але й у внутрішньому самосприйнятті людини, що поступово призводить до явища самостигматизації [31]. У дослідженні В. Ляшка наголошується, що стигма в галузі психічного здоров'я стає бар'єром на шляху до одужання, оскільки люди уникають звернення по допомогу через страх осуду [15].

На думку Р. Басія, стигматизація психічно хворих має подвійний характер: зовнішній – з боку суспільства, і внутрішній – коли самі пацієнти приймають негативні уявлення про себе [5, с. 75]. Автор підкреслює, що в

українських родинах ставлення до психічно хворих родичів часто супроводжується почуттям сорому та емоційного виснаження, що лише поглиблює проблему соціальної ізоляції. Схожу позицію висловлює С.Костюченко, яка зазначає, що стигматизація зумовлена низьким рівнем обізнаності населення у сфері психічного здоров'я [14]. Відсутність просвітницьких програм призводить до закріплення негативних стереотипів – уявлень про небезпечність, непередбачуваність або соціальну неповноцінність осіб із психічними розладами. Отже, стигматизація має соціокультурне підґрунтя і значною мірою підтримується медійними образами, що підсилюють страх і відчуження.

Б. Барчі визначає стигматизацію як психологічну травму другого рівня, адже вона виникає не через сам розлад, а через реакцію суспільства на нього [3, с. 33]. Суспільна стигма, за його словами, впливає на швидкість відновлення після травми та рівень участі людини в соціальному житті. Внаслідок цього формується «замкнене коло»: страх бути відторгнутим заважає зверненню по допомогу, що, у свою чергу, посилює симптоми розладу. Аналізуючи український контекст, С. Мединська підкреслює, що стигматизація у сфері психічного здоров'я має ознаки структурної дискримінації – через недоступність сервісів, недовіру до фахівців і брак політичної уваги [19]. Водночас О. Кокурн відзначає, що війна суттєво підвищила рівень психоемоційної напруги населення, а отже, загострила проблему соціального неприйняття психічних розладів [11, с. 27].

Науковці виділяють кілька основних рівнів стигматизації:

- індивідуальний;
- міжособистісний;
- структурний;
- самостигматизаційний[36].

Індивідуальний рівень характеризується прийняттям людиною власного діагнозу як соціального тавра. Міжособистісний рівень

проявляється у відмові від соціальних контактів, дискримінації на роботі або в освіті. Структурний рівень охоплює системні бар'єри – недосконалість законодавства, нерівний доступ до медичних послуг. Самостигматизація, за А. Сотник, знижує рівень емоційної регуляції, посилює відчуття провини та безпорадності [32, с. 372]. Таке багаторівневе розуміння стигми дозволяє розглядати її як соціально-психологічний процес, що формується в динаміці взаємодії людини й суспільства.

Як зазначає О. Макаров, одним із головних наслідків стигматизації є ускладнення реабілітації військовослужбовців, які мають психотравми [16, с. 199]. Через страх бути осудженими багато ветеранів уникають психотерапії, що поглиблює посттравматичні симптоми. Підтверджують це і дані В.Пастухової, яка акцентує на тому, що стигматизація ветеранів стає серйозною перешкодою для їх соціальної реінтеграції [25, с. 95]. Таким чином, стигма має не лише психологічні, а й економічні та політичні наслідки, оскільки знижує ефективність державних програм підтримки психічного здоров'я. В. Мякушко разом із колегами зазначає, що стигматизація військових часто є неусвідомленою, але має глибокий вплив на їхню адаптацію до цивільного життя [20, с. 92].

У структурі стигматизації виокремлюють три основні компоненти: когнітивний, емоційний та поведінковий [17, с. 178]. Когнітивний компонент пов'язаний зі стереотипами – узагальненими уявленнями про людей із психічними розладами. Емоційний компонент виявляється у почуттях страху, жалю чи відрази, які формуються на основі соціальних норм. Поведінковий компонент включає дискримінаційні дії – уникнення, відмову у прийомі на роботу, соціальне дистанціювання. На думку В. Харченка, саме поведінковий аспект стигми є найбільш руйнівним, оскільки безпосередньо впливає на життєві шанси людини [40, с. 656].

К. Дендеберя підкреслює, що під час війни психічні та психологічні розлади набувають поширеного характеру, що вимагає перегляду суспільних уявлень про «нормальність» [7, с. 126]. Проте навіть за таких умов

зберігається стійкий страх перед психіатрією, що підтверджується опитуваннями С.Костюченко [14]. В умовах суспільної нестабільності формуються нові типи стигми – наприклад, стигматизація переселенців або військових з посттравматичними розладами [20]. Це свідчить про те, що структура стигми є динамічною й змінюється залежно від соціального контексту.

В таблиці 1.2. узагальнено рівні і компоненти стигматизації доцільно, що демонструє взаємозв'язок між видами стигми, її проявами та соціально-психологічними наслідками.

Таблиця 1.2.

Структура стигматизації психічних розладів

Рівень / компонент стигматизації	Основний зміст	Приклади проявів	Соціально-психологічні наслідки
Індивідуальний (самостигматизація)	Прийняття негативних уявлень про себе	Відмова від лікування, почуття сорому	Зниження самооцінки, депресія
Міжособистісний	Ставлення близьких і колег	Уникання, жалість, страх	Порушення соціальних контактів
Структурний	Інституційні бар'єри	Недоступність психіатричної допомоги	Соціальна нерівність, маргіналізація
Когнітивний	Стереотипи й узагальнення	Віра у «небезпечність» психічно хворих	Формування упереджень
Емоційний	Почуття страху, жалю чи огиди	Негативні реакції на пацієнтів	Емоційна дистанція

Поведінковий	Дискримінаційні дії	Відмова у роботі, соціальна ізоляція	Втрачена соціальна роль
--------------	---------------------	--------------------------------------	-------------------------

Отже, стигматизація психічних розладів є складним соціально-психологічним явищем, що охоплює різні рівні взаємодії – від індивідуального до структурного. Вона проявляється через систему негативних уявлень, емоційних реакцій та поведінкових практик, які перешкоджають соціальній інтеграції осіб із психічними розладами. Подолання стигматизації можливе лише за умови комплексного підходу, який поєднує освітні, правові й психологічні заходи. Розуміння структури стигми створює основу для розроблення програм громадської просвіти та профілактики дискримінації у сфері психічного здоров'я.

1.3. Соціально-психологічні чинники формування стигматизуючих установок

Проблема стигматизації осіб із психічними розладами має складну соціально-психологічну природу, оскільки вона формується під впливом численних чинників. (Рис.1.1.). Упереджене ставлення до психічно хворих не виникає спонтанно, а є результатом тривалих соціокультурних процесів, що закріплюють у суспільній свідомості образ «небезпечного» або «неповноцінного» хворого. Психологічна стигма, таким чином, є наслідком не лише браку інформації, а й дії певних соціальних установок, емоційних реакцій і культурних норм. Дослідження цього феномену в українському контексті є особливо актуальним у зв'язку з воєнними подіями та зростанням кількості осіб, які потребують психічної підтримки.

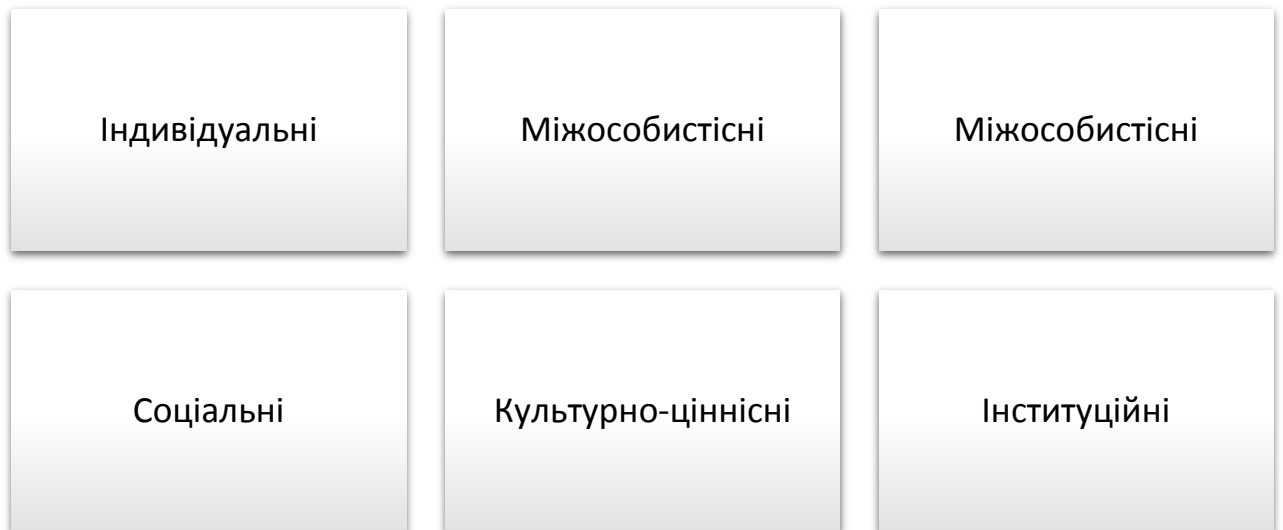


Рис.1.1. Соціально-психологічних чинники стигматизації психічних розладів

Стигматизуючі установки формуються насамперед на індивідуальному рівні, коли людина сприймає психічні розлади через призму власного життєвого досвіду та соціальних уявлень. Як підкреслює О. Барна, джерелом багатьох упереджень є страх і незнання – брак достовірної інформації призводить до появи стереотипів [2, с. 20]. Люди схильні уникати контакту з особами, які демонструють незвичну поведінку, що розглядається як загроза нормальному соціальному порядку. Такий тип реакцій відображає механізм психологічного захисту, спрямований на збереження почуття безпеки, але водночас він сприяє формуванню соціальної дистанції.

Міжособистісні чинники відіграють не меншу роль у розвитку стигматизації. Р. Басій у своєму дослідженні показав, що ставлення родичів і близького оточення до психічно хворої людини часто формується під впливом соціальних очікувань [5, с. 77]. Якщо в суспільстві переважають негативні стереотипи, то навіть найближчі люди можуть несвідомо дистанціюватися від хворого, побоюючись осуду. Це явище отримало назву «вторинна стигма» – коли стигматизації піддаються не лише самі пацієнти, а

й члени їхніх сімей. Такий механізм формує замкнене коло ізоляції, що знижує ефективність реабілітаційних заходів і посилює соціальну напругу.

Вагомим чинником формування стигматизуючих установок є вплив засобів масової інформації. На думку В. Войтенка, ЗМІ нерідко подають образ психічно хворої людини у контексті небезпеки або агресії, що формує хибне уявлення про таких осіб [5]. Психічні розлади у фільмах чи новинах часто зображуються як загроза, а не як хвороба, яку можна лікувати. Це підсилює соціальну тривожність і формує колективну установку уникати або засуджувати таких людей. Унаслідок цього у суспільстві закріплюється асоціація між психічним розладом і девіантною поведінкою, що є одним із найстійкіших стереотипів.

Соціальні чинники стигматизації відображають умови функціонування суспільства. С. Гнітько зазначає, що під час війни зростає рівень психоемоційного напруження, і суспільство починає інакше сприймати прояви психічних розладів [6, с. 125]. З одного боку, підвищується толерантність через розуміння масштабів травматизації, з іншого – посилюється тривога та уникнення теми психічного здоров'я через страх «бути слабким». Таким чином, соціальні умови можуть як знижувати, так і підсилювати рівень стигматизації, залежно від контексту і ступеня відкритості суспільного діалогу.

Культурно-ціннісні чинники формують глибинні основи ставлення до психічних хвороб. Як зазначає І. Руденко, у пострадянській свідомості збереглося уявлення про психічний розлад як «ганьбу» для родини, що потребує приховування [29, с. 83]. Це культурне успадкування створює потужний бар'єр на шляху соціальної адаптації таких людей. Водночас О.Павлова вказує, що зміна ціннісних орієнтацій у сучасному українському суспільстві поступово сприяє зростанню відкритості та прийняття [24, с. 232]. Культура, що підтримує ідеї гуманізму, емпатії та різноманітності, може стати потужним чинником подолання стигми.

Суттєву роль відіграють також економічні й інституційні чинники. К.Дендеберя підкреслює, що низький рівень фінансування системи психічного здоров'я та дефіцит фахівців призводять до відчуття безпорадності серед пацієнтів і їхніх родин [7, с. 128]. Недостатність соціальних програм і підтримки з боку держави сприяє тому, що психічні розлади залишаються «невидимими» для суспільства. У результаті формується пасивне уникнення проблеми – суспільство визнає її існування, але не готове активно допомагати. Такий стан підсилює соціальну дистанцію й підживлює упередження.

На мікросоціальному рівні стигматизація часто підтримується через міжособистісні взаємодії. С. Костюченко зазначає, що негативні жарти, саркастичні висловлювання або «легковажне» ставлення до психічних проблем є проявами прихованої стигми [14]. Вони формують атмосферу недовіри, через що люди з психічними труднощами уникають звертатися по допомогу. Подібні форми мікроагресій часто не усвідомлюються учасниками спілкування, однак мають значний вплив на самоприйняття хворих і їхню соціальну поведінку.

Таким чином, формування стигматизуючих установок є результатом комплексної взаємодії низки соціально-психологічних чинників. На їхнє виникнення впливають як внутрішні психологічні механізми – страх, невпевненість, упередження; зовнішні соціальні умови – норми, цінності, політика держави. Подолання стигматизації потребує багаторівневої стратегії, спрямованої на просвіту населення, розвиток емпатії та формування позитивного соціального дискурсу. Лише системне поєднання індивідуальної психологічної роботи, соціальної підтримки та державних програм дозволить змінити суспільне ставлення до психічних розладів. Отже, боротьба зі стигмою є не лише завданням психологів, а й важливою складовою гуманітарної політики сучасної України.

1.4. Гендерні аспекти ставлення до психічних розладів у наукових дослідженнях

Проблема гендерних аспектів ставлення до психічних розладів останніми роками набуває дедалі більшої уваги як у світовій, так і в українській науковій спільноті. Вивчення цієї теми дає змогу зрозуміти, як соціальні ролі, очікування та стереотипи впливають на сприйняття психічного здоров'я чоловіків і жінок.

На думку І. Коваль та Ю. Чічельницької, гендерні відмінності в емоційних реакціях і соціальних установках зумовлюють різний рівень толерантності до проявів психічних порушень [10, с. 32]. У суспільстві жінки традиційно сприймаються як більш емоційні, що сприяє їхньому відкритішому ставленню до звернення по психологічну допомогу, тоді як чоловіки частіше демонструють уникнення через страх осуду. Отже, аналіз гендерних аспектів дозволяє розкрити не лише психологічні, а й соціокультурні передумови стигматизації психічних розладів.

Як зазначає Д. Алексюк, гендерна проблематика у сфері психічного здоров'я тісно пов'язана з історично сформованими соціальними ролями. Тривалий час у суспільстві домінувала установка, що чоловік має бути сильним і стриманим, тому будь-які прояви емоційної нестабільності трактувалися як слабкість. Це призвело до того, що чоловіки рідше визнають власні психічні труднощі та неохоче звертаються по допомогу. Натомість у жінок більша соціальна прийнятність вираження емоцій, тому вони демонструють нижчий рівень самостигматизації [1, с. 162]. Така асиметрія формує різні моделі поведінки та відображається на ефективності психотерапевтичних втручань.

На думку О. Барни та О. Аліфер, гендерні відмінності в переживанні тривожних розладів зумовлені як біологічними, так і соціально-культурними чинниками. Жінки частіше стикаються із суспільними очікуваннями, які

вимагають від них емоційної стабільності та турботливості, що підвищує рівень внутрішньої напруги. Чоловіки ж переживають більший тиск у контексті професійних досягнень і соціальної успішності [2, с. 18]. Такі фактори зумовлюють різні шляхи переживання психоемоційних криз і відмінності у ставленні до психічних розладів у цілому.

У дослідженнях В. Колесник та Ю. Асеевої показано, що гендер є одним із ключових детермінантів психічного здоров'я. Автори наголошують, що у період соціальних трансформацій саме гендерні стереотипи визначають доступ до психологічної підтримки. Жінки схильні шукати соціальну підтримку у близькому колі, тоді як чоловіки частіше відмовляються від відкритого обговорення емоційного стану [12, с. 395]. Це створює ризик розвитку прихованих форм депресії, агресії або адиктивної поведінки серед чоловічого населення.

Б. Барчі підкреслює, що гендер впливає не лише на суб'єктивне ставлення до психічних розладів, а й на реакцію суспільства. У багатьох соціальних контекстах прояви емоційності в жінок розглядаються як природні, тоді як у чоловіків – як небажані або такі, що суперечать нормам маскуліності. Відповідно, чоловіки з депресивними симптомами можуть стикатися з більшим рівнем осуду та соціального відторгнення [3, с. 34]. Це підсилює процес самостигматизації та утруднює своєчасне звернення по допомогу.

За спостереженнями А. Немченк, гендерні відмінності мають суттєве клініко-психопатологічне значення. У період війни жінки частіше демонструють тривожні реакції, тоді як чоловіки схильні до емоційного відсторонення. Ці моделі відображають різні соціально закріплені механізми адаптації, які впливають на сприйняття власного психічного стану. Науковець зазначає, що терапевтична робота має враховувати гендерно обумовлені патерни поведінки, аби уникнути повторного формування стигматизуючих установок [21, с. 35].

В. Франкова, О. Чабан та О. Бурлака у дослідженнях військовослужбовців довели, що гендер впливає на особливості переживання стрес-асоційованих розладів [39]. Чоловіки в умовах бойових дій частіше приховують симптоми тривоги, тоді як жінки-військові більш схильні визнавати потребу в психологічній підтримці. Такі дані свідчать про важливість урахування гендерних факторів у системі психічної реабілітації військових, адже стереотипи маскулінності можуть перешкоджати процесу одужання.

На думку В. Гнітька, суспільне сприйняття психічних розладів також залежить від гендерних установок [6, с. 124]. У середовищі, де домінує традиційний поділ ролей, жінки частіше стикаються з поблажливим, але патерналістським ставленням, тоді як чоловіки – із жорсткою оцінкою та осудом. Це демонструє подвійні стандарти у сприйнятті психічних проблем, які створюють нерівні можливості для обох статей у доступі до психосоціальної допомоги.

О. Малина підкреслює, що механізм гендерної стигматизації проявляється і в медійному просторі. Образ жінки з психічними розладами часто асоціюється з емоційною нестабільністю, тоді як чоловіка – з небезпекою або агресією [17, с. 178]. Така медіареальність не лише відображає, а й підсилює упереджене сприйняття, створюючи додаткові бар'єри у процесі соціальної інтеграції.

Ю. Мединська зазначає, що сучасне суспільство поступово відходить від гендерно-обумовлених моделей, однак пережитки традиційних стереотипів залишаються сильними. Зокрема, у сфері професійного середовища чоловіки частіше приховують власні емоційні проблеми, щоб уникнути зниження статусу, тоді як жінки зазнають тиску очікувань «емоційної стійкості» [19]. Це свідчить про необхідність формування гендерно-чутливої політики у сфері психічного здоров'я.

На думку О. Павлової, гендерна чутливість у підходах до психічного здоров'я має стати складовою державних програм підтримки. Адже лише

системне урахування гендерних відмінностей у симптоматиці, реакціях та соціальних очікуваннях дасть змогу підвищити ефективність психотерапевтичної допомоги та знизити рівень суспільної стигми [24, с. 232].

Для узагальнення основних тенденцій у гендерних відмінностях ставлення до психічних розладів наведемо порівняльну таблицю. (Таблиця 1.3.)

Таблиця 1.3.

Гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів

Гендер	Типова реакція	Поведінкова стратегія	Соціальний наслідок
Чоловіки	Заперечення проблеми, уникнення	Самоізоляція, агресивна компенсація	Підвищений ризик ПТСР, залежностей
Жінки	Усвідомлення емоційного стану	Пошук соціальної підтримки	Вища ефективність терапії, нижчий рівень самостигми
Обидві статі	Тривожність, відчуття провини	Селективне звернення по допомогу	Соціальна вразливість, уповільнене відновлення

Таким чином, гендерні аспекти суттєво впливають на сприйняття, оцінку й подолання психічних розладів у сучасному українському суспільстві. Вони проявляються через систему соціальних очікувань, культурних норм і поведінкових моделей, що по-різному формують ставлення чоловіків і жінок до власного психічного стану. Інтеграція гендерного підходу у сфері психічного здоров'я дозволить підвищити ефективність профілактики й реабілітації. Подолання гендерних стереотипів є необхідною умовою формування толерантного та здорового суспільства, де психічне благополуччя визнається спільною цінністю незалежно від статі.

Висновки до розділу 1

У цьому розділі було здійснено ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз проблеми ставлення та стигматизації психічних розладів у контексті сучасних соціально-психологічних досліджень. Розглянуто психічні розлади як об'єкт соціально-психологічного пізнання, з'ясовано сутність понять «стигматизація», «ставлення» та «гендерні особливості» у сфері психічного здоров'я. Проаналізовано теоретичні підходи до вивчення цього явища в українській та зарубіжній науці, що дозволило сформуванати цілісне уявлення про соціальну природу стигми та її вплив на сприйняття осіб із психічними порушеннями.

Установлено, що психічні розлади є не лише медичною чи клінічною проблемою, а й значущим соціально-психологічним феноменом, який відображає рівень культури, гуманності та соціальної зрілості суспільства. Ставлення до психічно хворих є своєрідним індикатором толерантності соціуму та ефективності системи психічного здоров'я. Було наголошено, що сучасні реалії, зокрема війна, соціальна нестабільність та високий рівень стресу, суттєво посилюють прояви тривожних, депресивних і посттравматичних розладів, роблячи проблему стигматизації особливо гострою.

Розглянуто поняття та структуру стигматизації як багаторівневого процесу, що охоплює когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Було визначено, що стигма формується через систему соціальних уявлень, упереджень і культурних стереотипів, які підтримують негативне ставлення до осіб із психічними порушеннями. Основою стигми є страх, нерозуміння та соціальна дистанція, що проявляються у прагненні уникати контактів із психічно хворими.

У процесі аналізу соціально-психологічних чинників стигматизації було виявлено, що ключову роль у її формуванні відіграють рівень поінформованості, соціальне навчання, тип міжособистісної взаємодії та культурні установки. Низький рівень емоційної регуляції та домінування негативних емоцій у комунікації сприяють укоріненню стигматизуючих установок. Водночас, високий рівень соціальної підтримки, емпатії та освіченості знижує ризик формування стереотипів і сприяє позитивному ставленню до людей із психічними порушеннями.

Окрему увагу приділено аналізу гендерних аспектів стигматизації. Чоловіки й жінки по-різному реагують на прояви психічних розладів і демонструють відмінні стратегії соціальної поведінки. Жінки частіше схильні до емпатії, співчуття й соціальної підтримки, тоді як чоловіки демонструють більшу дистанційованість і схильність до оцінювання через призму соціальної сили. Такі відмінності пояснюються гендерними стереотипами, вихованням і культурними нормами, що визначають очікувані ролі в суспільстві.

Також виявлено, що стигматизація має різні рівні прояву залежно від гендеру осіб, які стикаються з психічними проблемами. Суспільство більш толерантно сприймає психічні порушення у жінок, трактуючи їх як «емоційну слабкість», тоді як подібні прояви у чоловіків часто розглядаються як «втрата контролю» чи «ознака неспроможності». Цей феномен свідчить про глибоке вкорінення гендерних упереджень у сфері психічного здоров'я, що потребує подальшої наукової уваги та суспільного переосмислення.

Узагальнення сучасних досліджень показало, що подолання стигматизації неможливе без системної роботи на рівні освіти, медіа, психологічної просвіти та державної політики. Подолання бар'єрів стигми є невід'ємною умовою ефективного функціонування системи психічного здоров'я в Україні. Формування позитивного ставлення до осіб із психічними розладами має спиратися на принципи гуманізму, інклюзії та рівності, що відповідає Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року.

Таким чином, теоретичний аналіз дозволив з'ясувати, що феномен стигматизації має комплексний соціально-психологічний характер, у якому поєднуються індивідуальні, міжособистісні, культурні та гендерні чинники. Усвідомлення цих взаємозв'язків є передумовою для розробки ефективних програм профілактики стигми та формування толерантного суспільного ставлення до людей із психічними розладами.

Отже, здійснений аналіз дозволив визначити ключові поняття, структурні компоненти та чинники, які визначають характер ставлення до психічно хворих у сучасному українському суспільстві.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Мета, завдання та гіпотези дослідження

Метою даного дослідження є виявлення та аналіз гендерних особливостей ставлення до психічних розладів у сучасному суспільстві. Ставлення до психічних розладів формує соціально-психологічний клімат, впливає на рівень соціальної підтримки, готовність осіб звертатися по допомогу та процес реабілітації. Вивчення гендерних відмінностей у цьому контексті дозволяє глибше зрозуміти механізми формування стереотипів і упереджень, а також розробити ефективні профілактичні та просвітницькі заходи. Аналіз наукових джерел показує, що чоловіки і жінки відрізняються у способах сприйняття психічних розладів, прояві емпатії та готовності до соціальної взаємодії з особами, які мають такі проблеми. Врахування цих відмінностей є необхідним для підвищення ефективності психологічної підтримки та профілактики стигматизації. Дослідження також дозволяє визначити ключові фактори, що впливають на формування толерантного ставлення до психічно хворих. Вивчення гендерних аспектів допомагає оптимізувати програми психоосвіти та соціальної інтеграції. В цілому, мета дослідження спрямована на комплексне розкриття соціально-психологічних механізмів формування ставлення до психічних розладів.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити низку завдань, які включають кількісне та якісне оцінювання ставлення до психічних розладів у представників різних статей.

1. Визначення рівня стереотипізації та упередженості щодо психічно хворих серед чоловіків і жінок.
2. Виявлення емоційних реакцій, що супроводжують взаємодію з особами, які мають психічні порушення.

3. Аналіз чинників, що формують соціальну дистанцію та рівень емпатії до психічно хворих.
4. Дослідити роль культурних, освітніх та соціальних впливів на формування гендерних відмінностей у сприйнятті психічних розладів.
5. Оцінити вплив індивідуальних характеристик особистості на готовність підтримувати психічно хворих.
6. Виявити взаємозв'язок між соціально-психологічними установками та особистісними цінностями респондентів.

Комплексне вирішення цих завдань дозволяє об'єктивно оцінити гендерні особливості ставлення до психічних розладів у різних соціальних групах.

Одним із ключових напрямів дослідження є визначення рівня емпатії у чоловіків та жінок у ситуаціях, пов'язаних із психічними розладами. Емпатія виступає важливим індикатором готовності до підтримки та взаємодії з психічно хворими. Вивчення цього показника дозволяє виявити особливості психологічної реакції представників різних статей. Розуміння гендерних відмінностей у прояві емпатії є важливим для розробки профілактичних програм та психоосвітніх заходів. Дослідження також спрямоване на виявлення зв'язку між рівнем емпатії та соціальною дистанцією, яку людина демонструє щодо психічно хворих. Важливо оцінити, наскільки індивідуальні установки та досвід взаємодії впливають на поведінкові реакції. Вивчення цих аспектів дозволяє комплексно підходити до формування толерантного ставлення. Таким чином, завдання дослідження включають не лише оцінку когнітивних, а й емоційних та поведінкових компонентів ставлення.

Дослідження також спрямоване на аналіз соціальної дистанції та рівня толерантності чоловіків і жінок щодо психічно хворих. Соціальна дистанція є показником того, наскільки людина готова до безпосередньої взаємодії та підтримки. Визначення гендерних особливостей у цьому контексті дозволяє оцінити вплив культурних і соціальних стереотипів. Соціальна дистанція

також відображає страхи та упередження, що виникають у процесі взаємодії з психічно хворими. Аналіз цього показника дозволяє визначити ризики дискримінації та маргіналізації осіб із психічними розладами. Важливо вивчити взаємозв'язок соціальної дистанції з рівнем емпатії та знань про психічні захворювання. Це дає змогу сформулювати комплексні рекомендації для зменшення стигматизації. Дослідження соціальної дистанції є невід'ємною частиною оцінки гендерних особливостей ставлення.

Важливе місце займає оцінка знань і обізнаності респондентів щодо психічних розладів. Рівень знань визначає точність уявлень та упереджень щодо психічно хворих. Недостатня обізнаність сприяє формуванню стереотипів та стигматизації. Гендерні відмінності в рівні знань можуть пояснювати різницю у ставленні до психічних розладів. Аналіз обізнаності дозволяє визначити потребу в психоосвітніх програмах та тренінгах. Знання про психічні розлади також впливають на готовність звертатися по допомогу і підтримувати інших. Вивчення цього аспекту є ключовим для профілактики негативних соціальних реакцій. Результати оцінки знань сприятимуть розробці рекомендацій для цільових груп за гендерною ознакою.

Індивідуальні особливості, такі як рівень тривожності, відкритості до нового досвіду, емпатії та соціальної чутливості, визначають поведінкові реакції у ситуаціях взаємодії з психічно хворими. Гендерні відмінності у цих характеристиках можуть пояснювати різницю у ставленні та поведінці. Дослідження цього аспекту дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми формування толерантності або упередженості. Взаємозв'язок особистісних характеристик і ставлення до психічних розладів важливий для розробки індивідуалізованих психологічних інтервенцій. Аналіз цих зв'язків сприяє комплексній оцінці факторів, що впливають на соціальне сприйняття психічних розладів. Це дозволяє передбачити поведінку представників різних статей у соціальних взаємодіях. Виявлення таких механізмів є основою для подальших досліджень.

Особлива увага приділяється вивченню впливу культурних та соціальних стереотипів на гендерні особливості ставлення. Культурні норми та соціальні очікування формують уявлення про роль чоловіка та жінки у суспільстві. Ці уявлення впливають на готовність демонструвати емпатію, соціальну підтримку та толерантність. Гендерні стереотипи можуть підсилювати страхи та упередження щодо психічно хворих. Дослідження дозволяє визначити, які соціальні чинники найбільше впливають на формування негативних установок. Усвідомлення цих факторів важливе для розробки ефективних програм психоосвіти. Соціально-культурний контекст є невід'ємною складовою аналізу ставлення до психічних розладів. Гендерні відмінності в цьому аспекті формують специфіку взаємодії з психічно хворими.

Різні розлади сприймаються суспільством неоднаково, і ця оцінка може відрізнитися за статтю. Дослідження реакцій дозволяє виявити, які види розладів спричиняють більшу соціальну дистанцію або страх. Гендерний аналіз цих реакцій допомагає визначити специфіку соціального сприйняття. Важливо встановити, чи існують типові патерни поведінки для чоловіків і жінок у взаємодії з особами з психічними порушеннями. Результати цього аналізу мають практичне значення для профілактики стигматизації. Вивчення таких особливостей дозволяє адаптувати комунікаційні стратегії та просвітницькі програми. Це забезпечує більш ефективне соціальне включення психічно хворих.

Гіпотези дослідження формуються на основі аналізу наукових підходів і попередніх емпіричних даних.

Гіпотеза 1. Жінки демонструють вищий рівень емпатії та толерантності до психічно хворих, ніж чоловіки.

Гіпотеза 2. Чоловіки мають тенденцію до більшої соціальної дистанції та проявів страху або стереотипізації.

Гіпотеза 3. Рівень обізнаності про психічні розлади корелює з готовністю надавати соціальну підтримку незалежно від статі, проте гендерні відмінності впливають на прояв цієї підтримки.

Гіпотеза 4. Рівень емпатії та відкритості до нового досвіду визначає толерантність.

Гіпотеза 5. Культурні та соціальні стереотипи більшою мірою впливають на чоловіків, ніж на жінок.

Всі ці гіпотези створюють основу для системного емпіричного аналізу та формування висновків щодо гендерних особливостей. Гіпотези дозволяють перевірити причинно-наслідкові зв'язки між різними чинниками ставлення та проявами стигматизації.

Вибір адекватних методик вимірювання емпатії, соціальної дистанції, рівня обізнаності та ставлення до психічних розладів забезпечує надійність і валідність результатів. Використання опитувальників, анкет, шкал та тестових методик дозволяє комплексно охопити когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти. Важливо також забезпечити репрезентативність вибірки за віком, соціальним статусом та освітою. Продумана методологія дозволяє мінімізувати вплив соціальної бажаності та упередженості респондентів. Вибір інструментів і процедур визначається поставленими завданнями та гіпотезами. Точне визначення методологічних параметрів забезпечує якість емпіричного дослідження. Такий підхід гарантує достовірність отриманих даних.

Дослідження передбачає застосування комбінованих методів збору та обробки даних. Поєднання кількісних і якісних методик дозволяє отримати глибоке розуміння гендерних особливостей ставлення до психічних розладів. Кількісні методи включають стандартизовані шкали та опитувальники, що дозволяють статистично оцінити рівні емпатії, соціальної дистанції та обізнаності. Якісні методи, такі як інтерв'ю або відкриті запитання анкет, дозволяють розкрити мотиви поведінки та індивідуальні переживання респондентів. Поєднання методів підвищує наукову цінність дослідження та

забезпечує багатовимірний аналіз. Такий підхід дозволяє зіставляти суб'єктивні уявлення респондентів із об'єктивними показниками. Він також допомагає виявити приховані патерни ставлення до психічних розладів. Це забезпечує більш точну оцінку гендерних відмінностей.

Отже, мета та завдання дослідження сформульовані таким чином, щоб забезпечити комплексний аналіз гендерних аспектів ставлення до психічних розладів. Визначено ключові компоненти – когнітивний, емоційний і поведінковий – та визначено фактори, що впливають на формування ставлення. Гіпотези дослідження передбачають наявність гендерних відмінностей у рівні емпатії, соціальної дистанції, обізнаності та впливу соціальних стереотипів. Використання комбінованих методів збору даних забезпечує надійність і валідність результатів. Розроблена методологія дозволяє комплексно оцінити вплив індивідуальних та соціально-культурних чинників. Це створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження. Системне виконання завдань і перевірка гіпотез дозволяє отримати науково обґрунтовані висновки.

2.2. Теоретичне обґрунтування вибору методів дослідження

Правильний вибір методологічних інструментів є основою для достовірності та валідності результатів. Дослідження соціально-психологічних аспектів стигматизації потребує врахування когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів. Гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів визначаються як соціально-культурними, так і особистісними характеристиками респондентів. Наукові джерела підтверджують, що комплексний підхід до вимірювання соціальної дистанції, емпатії, обізнаності та самостигматизації дозволяє отримати повну картину ставлення до психічно хворих [1;3]. Таким чином, використання спеціалізованих психологічних методик та стандартизованих шкал є виправданим і необхідним для досягнення мети дослідження.

Основним завданням було визначення рівня соціальної дистанції, яку респонденти готові підтримувати щодо осіб з психічними розладами. Для цього обрано шкалу соціальної дистанції (SDS) Е. Богардуса [45]. Метод дозволяє кількісно оцінити ступінь дистанціювання та толерантності в різних соціальних ситуаціях. Вона включає ряд питань, що охоплюють особистісну, професійну та суспільну сферу взаємодії. Використання цієї шкали забезпечує порівняння отриманих даних між чоловіками та жінками, що важливо для виявлення гендерних відмінностей. Шкала має високу надійність та широко застосовується в соціально-психологічних дослідженнях [4, с. 78]. Дані, отримані за її допомогою, дозволяють визначити ступінь стигматизації та прогнозувати соціальну поведінку респондентів. Важливо, що шкала дозволяє оцінювати не лише явну, а й приховану упередженість. Це забезпечує глибоке розуміння соціальної реакції на психічні розлади.

Другим важливим методом є оцінка рівня самостигматизації психічних захворювань. Для цього використовується коротка форма шкали самостигматизації [44]. Вона дозволяє дослідити, наскільки особи приймають соціальні стереотипи про психічні розлади та інтегрують їх у власну самооцінку. Цей метод особливо важливий у контексті гендерного аналізу, оскільки чоловіки і жінки можуть по-різному переживати внутрішню стигму [30]. Шкала включає питання про почуття сорому, страху негативного оцінювання та соціальної ізоляції. Використання цього інструменту дозволяє встановити взаємозв'язок між зовнішньою та внутрішньою стигмою. Методика є стандартизованою, надійною та підтвердженою численними емпіричними дослідженнями [17; 21]. Вона дає змогу комплексно оцінити психологічний стан респондентів. Результати шкали використовуються для побудови кореляційних моделей взаємозв'язку між соціальною дистанцією та самостигмою.

Для оцінки особистісних характеристик учасників дослідження застосовано особистісний опитувальник Айзенка (EPI) [23]. Цей метод

дозволяє вивчити темпераментні особливості, які можуть впливати на ставлення до психічних розладів. Зокрема, рівень екстраверсії, нейротизму та схильності до соціальної взаємодії визначає готовність підтримувати психічно хворих. Використання ЕРІ дозволяє врахувати індивідуальні відмінності респондентів при аналізі гендерних особливостей ставлення. Методика має перевірену надійність та дозволяє проводити порівняння між різними групами респондентів [23]. Результати опитувальника використовуються для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між особистісними рисами та соціальною поведінкою. Таким чином, опитувальник Айзенка забезпечує глибоке розуміння психологічних детермінант ставлення.

Ще одним важливим аспектом є оцінка соціальної підтримки респондентів. Для цього застосовано шкалу соціальної підтримки (MSPSS) [46]. Метод дозволяє визначити, наскільки учасники дослідження відчують підтримку від сім'ї, друзів та оточення. Рівень соціальної підтримки корелює з толерантністю та емпатією щодо психічно хворих. MSPSS дозволяє оцінити зовнішні ресурси, які впливають на ставлення до психічних розладів, та встановити гендерні відмінності у відчутті підтримки. Використання цієї методики забезпечує комплексний підхід до аналізу соціально-психологічного контексту ставлення [46]. Вона дозволяє врахувати взаємодію особистісних і соціальних факторів. Результати шкали використовуються для розробки рекомендацій щодо профілактики стигматизації.

Таблиця 2.1. дозволяє чітко зрозуміти взаємозв'язок між завданнями дослідження та використаними інструментами. Це сприяє підвищенню прозорості методології та надійності отриманих даних.

Таблиця 2.1.

Методи дослідження та їх призначення

Метод	Мета застосування	Очікувані результати
--------------	--------------------------	-----------------------------

Шкала соціальної дистанції (SDS) Е. Богардуса	Вимірювання ступеня соціальної дистанції та толерантності	Виявлення рівня стигматизації і гендерних відмінностей [45]
Шкала самостигматизації психічних захворювань – коротка форма	Оцінка внутрішньої стигми респондентів	Визначення впливу внутрішньої стигми на соціальну поведінку [44]
Особистісний опитувальник Айзенка (EPI)	Вивчення темпераментних особливостей	Ідентифікація зв'язку між особистісними рисами та ставленням до психічно хворих [23]
Шкала соціальної підтримки (MSPSS)	Визначення рівня підтримки від соціального оточення	Оцінка зовнішніх ресурсів, що впливають на толерантність і емпатію [46]

У висновку слід зазначити, що вибір методів дослідження обґрунтований потребою комплексного оцінювання когнітивних, емоційних та соціальних аспектів ставлення до психічних розладів. Використані шкали дозволяють одночасно вимірювати зовнішню та внутрішню стигму, соціальну дистанцію, рівень соціальної підтримки та особистісні характеристики респондентів. Це забезпечує багатовимірний аналіз та дозволяє виявити гендерні особливості у ставленні до психічно хворих. Методичний підхід враховує наукові рекомендації та підтверджується численними дослідженнями Використання таблиці систематизує інформацію про застосовані інструменти та їх функції. Обрана комбінація методів забезпечує надійність, валідність та практичну значущість отриманих результатів. Таким чином, методологічна основа дослідження дозволяє

проводити об'єктивний та структурований аналіз гендерних аспектів ставлення до психічних розладів.

2.3. Характеристика психодіагностичних методик для вивчення стигматизації психічних розладів

Психодіагностичні методики є ключовим інструментом для вивчення ставлення до психічних розладів, оскільки дозволяють кількісно оцінити когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти стигматизації. Вибір методик базується на потребі комплексного підходу, що включає оцінку зовнішньої та внутрішньої стигми, соціальної дистанції та особистісних характеристик респондентів. Методики повинні бути стандартизованими, надійними та адаптованими до національного культурного контексту. Особлива увага приділяється психометричним властивостям інструментів, таким як валідність, надійність та чутливість до гендерних відмінностей. Вивчення стигматизації психічних розладів вимагає одночасного врахування соціальних стереотипів, рівня емпатії та особистісних рис. Методи мають забезпечувати можливість аналізу індивідуальних та групових відмінностей. Це дозволяє отримати точні та репрезентативні результати, що відображають сучасний соціально-психологічний контекст.

Однією з основних методик є шкала соціальної дистанції Е. Богардуса, адаптована для використання в Україні, яка дозволяє визначити ступінь дистанціювання респондента від психічно хворих у різних соціальних ситуаціях. Надійність методики у цьому дослідженні оцінювалась за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, який склав 0,82, що свідчить про високу внутрішню узгодженість шкали. Шкала включає ситуації близького спілкування, професійного контакту та суспільного взаємодії. Використання шкали дозволяє виявити, наскільки респонденти готові включати психічно хворих у своє соціальне оточення. Вона є надійним інструментом для

кількісної оцінки стигматизації та гендерних відмінностей. Методика дозволяє порівнювати дані між різними віковими та соціальними групами. Отримані результати дають змогу прогнозувати соціальну поведінку та толерантність. Це важливо для розробки профілактичних програм з подолання стигматизації.

Шкала самостигматизації психічних захворювань – коротка форма (Self-Stigma of Mental Illness Scale – Short Form, SSMIS-SF). Методика оцінює внутрішнє сприйняття соціальної стигми респондентом. Надійність інструменту підтверджується коефіцієнтом α Кронбаха, який у дослідженнях зазвичай коливається в межах 0,80–0,90. Вона дозволяє з'ясувати, наскільки особа приймає негативні стереотипи щодо психічних розладів і інтегрує їх у власну самооцінку. Методика охоплює аспекти сорому, страху соціального засудження та очікуваного відторгнення. Вимірювання самостигматизації є важливим для розуміння психологічних бар'єрів у соціальній адаптації та лікуванні психічно хворих. Шкала демонструє високу надійність та використовується у сучасних емпіричних дослідженнях [44]. Вона дозволяє дослідити взаємозв'язок між зовнішньою та внутрішньою стигмою. Використання цього інструменту є особливо цінним у гендерних дослідженнях, оскільки чоловіки та жінки по-різному переживають внутрішню стигму.

Особистісний опитувальник Айзенка (EPI) використовується для вивчення індивідуальних особистісних характеристик респондентів, які можуть впливати на ставлення до психічно хворих. Для української адаптації опитувальника використовувалася версія, показник надійності шкал за α Кронбаха становить: екстраверсія – 0,78, нейротизм – 0,81, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості інструменту. Метод дозволяє оцінити темпераментні риси, такі як екстраверсія, нейротизм і психотизм. Ці характеристики визначають соціальну відкритість, емпатійність та сприйнятливність до соціальних стереотипів. Опитувальник допомагає виявити, які особистісні фактори підвищують або знижують рівень

стигматизації. Використання EPI дозволяє встановлювати кореляції між психометричними показниками та соціально-психологічними характеристиками респондентів [23]. Це забезпечує комплексний аналіз індивідуальних детермінант ставлення до психічних розладів. Методика є надійною та застосовується в багатьох психологічних дослідженнях.

Шкала соціальної підтримки (MSPSS) – автори Zimet, Dahlem, Zimet, Farley. Використовується для оцінки зовнішніх ресурсів, що впливають на толерантність та ставлення до осіб із психічними розладами. Надійність шкали підтверджується високим коефіцієнтом α Кронбаха ($\alpha = 0,88-0,91$), що свідчить про стабільність і узгодженість інструменту. Вона дозволяє визначити рівень підтримки від сім'ї, друзів та значущих інших. Соціальна підтримка корелює з готовністю до соціальної інтеграції психічно хворих та зменшує прояви внутрішньої стигми. Методика допомагає виявити, які соціальні ресурси захищають респондентів від упередженого ставлення. MSPSS дозволяє проводити порівняльний аналіз між чоловіками та жінками. Результати шкали дають змогу прогнозувати соціальну поведінку та ефективність інтервенційних програм [46]. Таким чином, методика є необхідним інструментом у комплексному дослідженні гендерних аспектів стигматизації.

Крім основних шкал, у дослідженні використовуються додаткові методики спостереження та аналізу анкетних даних. Вони дозволяють фіксувати невербальні реакції респондентів, що відображають приховані упередження. Анкетування дає змогу збирати кількісні та якісні дані про ставлення до психічних розладів. Поєднання методів забезпечує багатовимірний аналіз та підвищує достовірність результатів. Спостереження дозволяє виявляти несвідомі прояви стигматизації, які важко оцінити лише за допомогою опитувальників. Використання цих методів допомагає розкрити складні соціально-психологічні механізми. Це дозволяє створити більш точну та повну картину ставлення респондентів.

Методи психодіагностики дозволяють досліджувати не лише рівень стигми, а й її динаміку у різних соціальних групах. Вони дають змогу визначити вплив освіти, професійної діяльності та життєвого досвіду на ставлення до психічно хворих. Також важливим є аналіз гендерних відмінностей у сприйнятті психічних розладів. Методики дозволяють оцінити, наскільки соціальні стереотипи інтегруються в індивідуальні установки. Це сприяє формуванню профілактичних та корекційних програм. Виявлення динаміки стигматизації є необхідним для ефективної соціальної роботи. Комплексний підхід до психодіагностики забезпечує точність та глибину аналізу.

Особливу увагу приділено методикам, які дозволяють оцінювати емоційну регуляцію та комунікативні стратегії респондентів. Ці методи дають змогу з'ясувати, як емоційні реакції впливають на ставлення до психічних розладів. Вони допомагають виявити механізми захисту та бар'єри у міжособистісній взаємодії. Оцінка емоційної регуляції дозволяє прогнозувати толерантність та готовність до соціальної інтеграції психічно хворих [32, с. 371]. Методики включають стандартизовані тести та експертні оцінки. Це забезпечує об'єктивність і репрезентативність даних. Використання цих інструментів є важливим для гендерного аналізу.

Важливим аспектом психодіагностики є оцінка когнітивних компонентів ставлення до психічних розладів. Для цього застосовуються тестові завдання, спрямовані на виявлення стереотипів, упереджень та міфів щодо психічного здоров'я. Когнітивні методи дозволяють з'ясувати, наскільки знання та переконання респондентів відповідають сучасним науковим даним. Це важливо для розробки просвітницьких та освітніх програм. Когнітивна оцінка допомагає визначити фактори, що підвищують ризик стигматизації. Методики включають як письмові анкети, так і інтерактивні завдання. Їх використання дозволяє отримати об'єктивну картину мислення респондентів.

Комплексне використання методик дозволяє здійснювати багатовимірний аналіз стигматизації. Це включає оцінку когнітивних, емоційних та поведінкових аспектів, а також врахування соціальної підтримки та особистісних характеристик. Такий підхід забезпечує високий рівень надійності та валідності отриманих результатів. Він дозволяє виявити гендерні та вікові відмінності у ставленні до психічно хворих. Комплексна психодіагностика дозволяє інтегрувати різні дані та зробити висновки про соціально-психологічні механізми стигматизації. Це дає змогу ефективно планувати інтервенції та просвітницькі програми. Використання різних методів забезпечує глибину та точність дослідження.

Методики, що застосовуються, дозволяють проводити аналіз як окремих показників, так і комплексних індексів стигматизації, які відображають загальний рівень соціальної дистанції, внутрішньої стигми та готовності до інтеграції осіб із психічними розладами, забезпечуючи порівняння між групами та відстеження динаміки змін; вони дозволяють виявити основні детермінанти стигматизації, оцінити вплив освіти, професії, віку, статі та гендерні особливості на сприйняття психічних розладів, інтегрувати результати з іншими соціологічними та психологічними даними, визначати ефективність освітніх і профілактичних програм, планувати цільові інтервенції, оцінювати фактори ризику та захисту від стигматизації, а також вплив соціальної підтримки та особистісних рис на ставлення до психічно хворих, що забезпечує високу точність, повторюваність дослідження та наукову обґрунтованість розробки рекомендацій для підвищення толерантності у суспільстві.

Психодіагностичні методики дозволяють оцінювати когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти ставлення до психічних розладів, а також враховувати вплив соціальної підтримки та особистісних рис. Вони забезпечують виявлення взаємозв'язків і причинно-наслідкових залежностей між показниками стигматизації та соціальної поведінки, дозволяють проводити порівняння між групами та відстежувати динаміку змін.

Комплексне використання методик дає змогу інтегрувати кількісні та якісні дані, підвищує точність і валідність висновків, а також виявляти закономірності та фактори ризику й захисту від стигматизації. Результати психодіагностики використовуються для наукового обґрунтування, розробки цільових інтервенцій, освітніх і просвітницьких програм, спрямованих на підвищення толерантності та соціальної інтеграції осіб із психічними розладами.

Таким чином, психодіагностичні методики є ключовим елементом у дослідженні стигматизації психічних розладів. Вони забезпечують систематичний та об'єктивний підхід до вивчення когнітивних, емоційних та соціальних аспектів ставлення до психічно хворих. Використання комплексного набору методів дозволяє враховувати гендерні, вікові та соціальні відмінності. Результати дослідження надають можливість розробляти науково обґрунтовані рекомендації та інтервенції. Це сприяє підвищенню обізнаності та толерантності суспільства. Методики дозволяють оцінювати динаміку змін та ефективність просвітницьких заходів. У сукупності вони забезпечують високий рівень валідності та практичної значущості дослідження.

2.4. Організація, вибірка та процедура збору даних

Організація емпіричного дослідження передбачала поетапне планування, яке включало визначення цілей, вибір методів, підготовку інструментів та встановлення контактів із учасниками. На першому етапі було проведено огляд літератури та аналіз наявних психодіагностичних інструментів, що дозволило обґрунтувати вибір шкал для оцінки стигматизації психічних розладів.

Наступним кроком стала розробка плану проведення дослідження, включно з уточненням часових рамок, місця проведення та методів збору даних. Було визначено, що дослідження проходитиме в КНУ імені Тараса

Шевченка, що забезпечило безпечне та зручне середовище для учасників. Важливою умовою організації було дотримання етичних норм та отримання усвідомленої згоди студентів на участь у дослідженні. Всі учасники були проінформовані про мету, процедуру та конфіденційність отриманих даних. Особлива увага приділялася створенню комфортної атмосфери для запобігання впливу соціального бажання на відповіді. Організаційні етапи передбачали також підготовку матеріалів для тестування та інструкцій для респондентів.

Вибірка дослідження була цілеспрямованою та складалася зі студентів КНУ імені Тараса Шевченка віком від 20 до 45 років. Загальна кількість учасників становила 100 осіб, з яких 45 були чоловіки та 55 жінок. Такий розподіл дозволяв дослідити гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів. Вибірка була сформована на добровільній основі та відповідала критеріям включення: активне навчання в Інституті, вік 20 – 45 років, відсутність діагностованих психічних розладів. Виключалися студенти, які не давали згоди на участь або мали значні проблеми зі здоров'ям, що могли б вплинути на результати дослідження.

Всі учасники мали базову психологічну підготовку та знання про психічне здоров'я. Це сприяло адекватному розумінню питань та високій якості відповідей. Вибірка була достатньою для проведення статистичного аналізу. Така структура вибірки дозволяла отримати репрезентативні дані для обраної популяції студентів. Гендерний склад вибірки був достатнім для проведення порівняльного аналізу. Важливою особливістю було те, що учасники представляли різні академічні групи, що мінімізувало вплив групових факторів. Вибірка забезпечувала баланс між доступністю та науковою обґрунтованістю результатів.

Процедура збору даних включала кілька послідовних етапів.

Етап 1. Студенти отримували письмову інформацію про дослідження та підписували інформовану згоду на участь. Потім учасникам надавалися інструкції щодо заповнення психодіагностичних методик, включаючи шкалу

соціальної дистанції, шкалу самостигматизації, особистісний опитувальник Айзенка та шкалу соціальної підтримки. Усі методики були адаптовані до українського контексту та перевірені на зрозумілість для цільової аудиторії. Кожен учасник заповнював анкети індивідуально у спокійній обстановці без впливу сторонніх осіб. Дослідники знаходилися поруч для надання пояснень, але не втручалися у відповіді. Процедура була стандартизованою, що забезпечувало однакові умови для всіх респондентів. Всі заповнені анкети були зібрані та перевірені на наявність пропущених відповідей.

Етап 2. Внесення отриманих результатів у електронну базу для подальшої обробки та аналізу. Результати кожного учасника кодувалися анонімно, що гарантувало конфіденційність. На цьому етапі здійснювалася первинна перевірка даних на коректність заповнення та відповідність критеріям включення. Дані зберігалися у захищеному доступі та використовувалися лише для цілей дослідження. Така організація дозволяла мінімізувати ризик втрати або пошкодження інформації. Крім того, було проведено контрольні заходи для виявлення можливих помилок при введенні даних. Всі етапи збору та обробки даних відповідали етичним стандартам наукових досліджень.

Для забезпечення достовірності результатів використовувалися стандартизовані інструменти та однакові умови проведення для всіх учасників. Час на заповнення анкет був обмежений до 45 хвилин для запобігання стомлюваності та зниження уваги. Інструктори надавали пояснення лише у разі потреби та не впливали на вибір відповідей. Це забезпечувало мінімізацію соціально бажаних відповідей. Всі учасники проходили процедури одночасно, що уніфікувало умови проведення дослідження. Оцінка результатів здійснювалася за встановленими шкалами та стандартами психометричних інструментів. Дотримання цих вимог підвищувало об'єктивність та надійність отриманих даних.

Етап 3. Перед початком заповнення анкет проводилася коротка бесіда щодо основних понять психічних розладів та стигматизації. Це дозволяло

уникнути неправильного розуміння питань та забезпечувало валідність відповідей. Учасникам нагадували про конфіденційність та добровільність участі. Кожен респондент мав можливість відмовитися від участі у будь-який момент без негативних наслідків. Такий підхід сприяв підвищенню щирості та достовірності відповідей. Контроль за дотриманням інструкцій здійснювався на всіх етапах дослідження.

Процедура збору даних включала також перевірку відповідей на послідовність та логічність. Було важливо виключити випадки випадкових або несвідомих відповідей. Для цього використовувалися контрольні питання та методи крос-перевірки даних. Такі заходи дозволяли підвищити якість отриманої інформації. Аналіз проводився по завершенні всіх етапів збору, що забезпечувало цілісність та повноту даних. Всі етапи документувалися для подальшої перевірки та звітності.

Під час організації дослідження враховувалися етичні та правові аспекти. Усі учасники були інформовані про мету дослідження, процедуру збору даних та можливість відмови від участі. Зберігання та обробка даних здійснювалася відповідно до стандартів конфіденційності. Було забезпечено анонімність відповідей та захист персональної інформації. Такі заходи підвищували довіру учасників та якість отриманих даних.

Процедура збору передбачала стандартизацію часу, місця та інструкцій для всіх учасників. Всі анкети заповнювалися в однакових умовах, без стороннього впливу. Це дозволяло отримати об'єктивні дані та зменшити випадкові похибки. Дотримання стандартних процедур підвищувало надійність та валідність результатів.

Всі етапи організації та збору даних були спрямовані на забезпечення достовірності та наукової обґрунтованості дослідження. Стандартизовані процедури та контроль за виконанням інструкцій забезпечували мінімізацію похибок. Використання перевірених психодіагностичних методик гарантувало отримання репрезентативних результатів.

Таким чином, організація дослідження, характеристика вибірки та процедура збору даних були сплановані комплексно та системно. Це забезпечило високу надійність, валідність та об'єктивність отриманих результатів. Процедури збору даних дозволили максимально точно оцінити ставлення студентів до психічних розладів та дослідити гендерні відмінності. Усі етапи проведення дослідження відповідали науковим та етичним стандартам.

Ретельне дотримання методології збору даних створило умови для подальшого комплексного аналізу результатів. Вибірка забезпечила репрезентативність та можливість порівняльного аналізу. Процедури збору та стандартизації даних дозволили отримати достовірну інформацію для перевірки гіпотез дослідження. Усі заходи організації забезпечили наукову обґрунтованість дослідження.

Комплексний підхід до організації та збору даних дозволив сформувати повну картину ставлення студентів до психічних розладів. Це стало основою для проведення подальшого статистичного аналізу та формулювання висновків. Вибірка та методика збору даних забезпечили можливість досліджувати гендерні особливості. Результати цього етапу стали надійним фундаментом для емпіричного дослідження.

Висновки до розділу 2

У цьому розділі було детально розглянуто методологію та процедуру емпіричного дослідження гендерних особливостей ставлення до психічних розладів. Було обґрунтовано мету дослідження, визначено конкретні завдання та сформульовано гіпотези, що дозволяють перевірити наявність відмінностей у ставленні чоловіків та жінок до психічних розладів. Акцент робився на соціально-психологічних аспектах стигматизації та впливі гендерних стереотипів на формування установок щодо психічного здоров'я.

Чітке формулювання цілей та завдань забезпечило логічну основу для вибору відповідних методів дослідження та подальшого аналізу даних.

Обґрунтовано вибір психодіагностичних методик для дослідження, що дозволило врахувати комплексний підхід до оцінки ставлення та рівня стигматизації. Використані інструменти, такі як шкала соціальної дистанції Е. Богардуса, шкала самостигматизації, особистісний опитувальник Айзенка та шкала соціальної підтримки, забезпечили багатовимірну оцінку досліджуваних явищ. Теоретичне обґрунтування методів дозволило поєднати класичні підходи соціальної психології та сучасні наукові напрацювання з проблем психічного здоров'я. Було враховано адекватність методик для студентської вибірки та їхню валідність у контексті українського середовища.

Особлива увага приділялася детальній характеристиці психодіагностичних методик, їх структурі, змісту та способу застосування. Кожен інструмент був розглянутий з точки зору можливості виявлення гендерних відмінностей та оцінки індивідуальних особливостей ставлення до психічних розладів. Розгляд методик включав опис шкал, категорій питань та процедур інтерпретації результатів. Такий підхід забезпечив наукову обґрунтованість вибору інструментів та точність отриманих даних.

Детально описано організацію дослідження та характеристику вибірки. Дослідження проводилося серед студентів Інституту психіатрії КНУ імені Тараса Шевченка віком 20 – 45 років, що включало 100 осіб, з яких 45 були чоловіки та 55 жінок. Добір учасників здійснювався на добровільній основі та відповідав критеріям включення, що дозволяло отримати репрезентативні дані для досліджуваної популяції. Гендерна структура вибірки забезпечила можливість проведення порівняльного аналізу та виявлення специфічних відмінностей.

Процедура збору даних була стандартизованою та включала поетапне виконання інструкцій, заповнення анкет та психодіагностичних методик у контрольованих умовах. Було дотримано конфіденційності та анонімності

відповідей, що сприяло щирості та достовірності отриманих результатів. Дотримання однакових умов для всіх учасників мінімізувало можливий вплив зовнішніх факторів. Організаційні заходи забезпечили системність та ефективність збору інформації.

Під час розгляду методології підкреслено важливість поєднання кількісних та якісних підходів до оцінки стигматизації. Такий підхід дозволив комплексно аналізувати отримані дані, виявляти тенденції та специфічні закономірності. Було забезпечено об'єктивність результатів через використання стандартизованих інструментів та контроль за процедурою збору даних. Це сприяло підвищенню наукової цінності дослідження.

Важливим аспектом розділу стало теоретичне обґрунтування та практичне застосування методів збору та обробки даних. Було зазначено, що систематизація процедур та етапів забезпечує можливість повторюваності дослідження та порівняння результатів у майбутньому. Використання сучасних психодіагностичних методик дозволяє врахувати соціально-психологічні, особистісні та гендерні чинники, що впливають на ставлення до психічних розладів.

Отже, у цьому розділі чітко сформоване уявлення про методологічні засади дослідження, комплексність підходу до збору та аналізу даних, а також обґрунтованість вибору психодіагностичних інструментів. Це створило міцну основу для подальшого аналізу отриманих результатів та формування висновків щодо гендерних особливостей ставлення до психічних розладів. Ретельне планування, стандартизована процедура збору та чітке визначення вибірки забезпечили наукову обґрунтованість і достовірність емпіричної частини дослідження.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

3.1. Первинна обробка та описові статистики отриманих даних

Розглянемо результати дослідження, спрямованого на виявлення гендерних особливостей у ставленні до осіб із психічними розладами, а також аналіз структури та взаємозв'язків компонентів стигматизації серед молодих людей. Розділ включає опис первинної статистичної обробки отриманих даних, аналіз показників стигматизуючих установок, порівняння характеристик чоловіків і жінок та інтерпретацію отриманих результатів у контексті сучасних уявлень про клінічну та соціальну стигматизацію. Для аналізу були використані дані, зібрані серед студентів Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, що дозволило отримати емпіричну картину ставлення майбутніх фахівців у сфері психічного здоров'я.

У дослідженні застосовувались три основні психодіагностичні інструменти: шкала соціальної дистанції Е. Богардуса, опитувальник оцінки стигматизуючих установок та шкала самостигматизації. Кожна методика дозволяла виміряти певний аспект ставлення: від бажання взаємодіяти з людиною, що має психічний розлад, – до оцінки упереджень, емоційних реакцій та поведінкових настанов. Отримані результати опрацьовані методом описової статистики, що включає середні значення, стандартні відхилення, медіани, мінімальні й максимальні значення. Це дало змогу виявити рівень стигматизації як у цілому по вибірці, так і в окремих гендерних групах.

Первинна обробка даних включала перевірку анкет на повноту відповідей, коректність заповнення, а також виявлення можливих викидів та помилково внесених значень. З 100 отриманих протоколів усі були включені до подальшого аналізу, оскільки відповідали критеріям коректності та не

потребували виключення. Загальна вибірка складалася з 45 чоловіків і 55 жінок віком від 20 до 45 років.

Опрацювання даних проводилося з використанням базових інструментів описової статистики: обчислення середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних і максимальних показників та визначення загальних тенденцій у відповідях респондентів.

Таблиця 3.1.

Загальні описові статистики по вибірці

Показник	Соціальна дистанція	Загальний рівень стигми	Самостигматизація
Середнє значення	3,4	2,9	2,4
Стандартне відхилення	0,8	0,6	0,7
Мінімум	1,8	1,9	1,2
Максимум	5,1	4,1	3,8
Медіана	3,3	2,8	2,3

Отримані показники свідчать, що серед досліджуваних молодих людей рівень соціальної дистанції щодо осіб із психічними розладами є помірним. Середнє значення 3,4 вказує на певну обережність у взаємодії, однак не на різко негативне ставлення. Загальний рівень стигми також перебуває на середньому рівні, що характерно для студентської молоді, яка знайома з темою психічних розладів, але ще не має значного практичного досвіду. Найнижчими виявилися показники самостигматизації, що є типовим для молодих людей, які не мають власного досвіду психічних розладів і не схильні ідентифікувати себе з групою осіб із порушеннями психічного здоров'я.

Стандартні відхилення у всіх методиках залишаються помірними, що свідчить про відносну однорідність вибірки за рівнем досліджуваних

характеристик. Максимальні й мінімальні значення показують, що серед студентів наявні як низькі, так і відносно високі рівні соціальної дистанції та стигматизуючих установок, однак крайні показники зустрічаються рідко. Такі результати узгоджуються з тенденціями, описаними в сучасних дослідженнях, де молодь зазвичай демонструє більшу толерантність, порівняно зі старшими віковими групами.

Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса дозволяє оцінити готовність респондентів підтримувати різні рівні соціальних контактів із різними соціальними групами. Вона містить 7 питань, оцінка за кожним з яких здійснюється від 1 до 5 балів: 1 – мінімальна дистанція, 5 – максимальна. У нашому дослідженні ми визначили індивідуальні відповіді респондентів, а також обчислили середні значення по кожному питанню, що дозволяє проаналізувати загальні тенденції в групі чоловіків та жінок.

Таблиця 3.2.

Результати по SDS для 45 чоловіків

Питання	Середнє
П1	3,20
П2	3,12
П3	3,17
П4	3,14
П5	3,19
П6	3,11
П7	3,16

Середні значення по всіх питаннях коливаються в межах 3,11–3,20, що свідчить про помірний рівень соціальної дистанції серед чоловіків. Найвищі середні бали (П1 = 3,20, П5 = 3,19) відображають трохи більшу обережність при близькому соціальному контакті, наприклад у нових знайомствах або сусідських відносинах. Найнижчі середні (П6 = 3,11) вказують на трохи

більшу готовність до контактів у певних ситуаціях, можливо, у навчальній або робочій групі.

Чоловіки демонструють помірну соціальну дистанцію – вони не уникають контактів повністю, але і не схильні до дуже тісного спілкування з усіма. Ці дані корисні для подальшого аналізу зв'язку соціальної дистанції з іншими психологічними показниками, такими як самостигматизація чи рівень соціальної підтримки.

Таблиця 3.3.

Описові статистики для чоловіків

Показник	Соціальна дистанція	Загальний рівень стигми	Самостигматизація
Середнє значення	3,8	3,1	2,6
Стандартне відхилення	0,7	0,6	0,6
Мінімум	2,5	2,2	1,6
Максимум	5,1	4,1	3,8
Медіана	3,7	3,0	2,5

У цій групі чоловіків показники соціальної дистанції виявилися вищими, ніж у загальній вибірці, що свідчить про певний психологічний бар'єр у спілкуванні з особами, які мають психічні розлади. Середній рівень 3,8 демонструє помірний дискомфорт і уникнення ситуацій, що передбачають тісну взаємодію з такими людьми. Це може бути обумовлено соціокультурними очікуваннями щодо чоловічої поведінки, зокрема прагненням до емоційної стриманості та самозахисту. Показники варіативності залишаються помірними, що свідчить про відносну однорідність групи за ставленням до психічних розладів. Варто зазначити, що така тенденція відповідає загальним закономірностям формування поведінкових компонентів стигми у молодих чоловіків. У більшості

респондентів спостерігається прагнення уникати контактів, що можуть викликати внутрішній дискомфорт або страх негативної оцінки. Водночас деякі учасники демонструють готовність до взаємодії, особливо за умов належної інформаційної підтримки. Це підкреслює необхідність цілеспрямованих втручань для зниження соціальної дистанції серед чоловіків.

Рівень загальної стигми у чоловіків також виявився дещо вищим, ніж середній по вибірці, що свідчить про посилене формування когнітивних та емоційних стереотипів. Когнітивна складова відображає стійкі уявлення про «непередбачуваність» або «небезпечність» осіб із психічними розладами, тоді як емоційна – проявляється у тривозі та певній упередженості. Таке поєднання компонентів створює комплексний бар'єр для відкритої соціальної взаємодії. Поведінкова складова, в свою чергу, визначається готовністю уникати контактів або обмежувати їх інтенсивність. Варіативність показників свідчить про те, що хоча загальний рівень стигми вищий, індивідуальні відмінності залишаються значущими. Частина респондентів демонструє толерантне ставлення, що вказує на потенціал для корекційних заходів. З урахуванням цих даних можна стверджувати, що інтервенції повинні бути адресними і враховувати індивідуальні особливості психоемоційного реагування. Цей аспект підкреслює важливість диференційованого підходу при роботі з чоловічою молоддю.

Що стосується самостигматизації, у чоловіків вона також виявилася на помірному рівні, що узгоджується з даними попередніх досліджень у сфері гендерної психології. Чоловіки частіше сприймають психічні проблеми як загрозу власній ефективності, соціальному статусу або сприйманню себе оточенням. Це формує внутрішній бар'єр, що може проявлятися у небажанні визнавати власні слабкості або звертатися за допомогою. Показники самостигматизації вказують на те, що більшість респондентів інтегрують стереотипи суспільства у власне самовідчуття. Така тенденція підсилює когнітивну і емоційну складові загальної стигми. Водночас окремі учасники

демонструють низький рівень самостигми, що свідчить про існування захисних психологічних механізмів або впливу позитивного досвіду соціальної підтримки. Це підкреслює необхідність роботи над формуванням усвідомленого ставлення до психічного здоров'я. Регулярні тренінги та психологічні практикуми можуть сприяти зниженню самостигматизації та підвищенню толерантності.

Аналіз отриманих показників у цій групі дозволяє зробити висновок про взаємозв'язок соціальної дистанції та самостигматизації у чоловіків. Високий рівень соціальної дистанції сприяє посиленню внутрішніх негативних установок і зміцненню стереотипів щодо психічних розладів. Це також впливає на готовність брати участь у соціальних заходах або контактах з людьми, які потребують підтримки. Помірний рівень самостигматизації свідчить про часткову інтеграцію суспільних стереотипів у власну психіку. Водночас дані демонструють потенціал для корекції через навчальні та терапевтичні програми. Гендерні особливості у сприйнятті ризику та власної ефективності підкреслюють необхідність спеціалізованого підходу. У підсумку, результати свідчать про значущість психологічних втручань, спрямованих на зниження стигматизації та розвитку емпатії у чоловічої молоді. Вони також створюють основу для подальших досліджень у сфері гендерно-чутливих програм психопрофілактики.

Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса дозволяє оцінити готовність респондентів підтримувати різні рівні соціальних контактів із іншими людьми. У нашому дослідженні ця методика застосовувалася для групи жінок, щоб визначити їхню схильність до соціальної дистанції у різних ситуаціях. Було розраховано середні значення відповідей по кожному з семи питань шкали, що дає змогу оцінити загальні тенденції у групі та порівняти з групою чоловіків.

Таблиця 3.4.

Результати по SDS для 55 жінок

Питання	Середнє
П1	3,05
П2	3,02
П3	3,08
П4	3,01
П5	3,07
П6	3,00
П7	3,04

Середні значення нижчі, ніж у чоловіків (3,00–3,08), що свідчить про трохи меншу соціальну дистанцію. Найвищі середні (П5 = 3,07, П3 = 3,08) відображають обережність у деяких соціальних ситуаціях, але значно меншу, ніж у чоловіків. Найнижчі середні (П6 = 3,00, П4 = 3,01) показують готовність до контактів у більшості соціальних контекстів.

Жінки виявляють трохи нижчий рівень соціальної дистанції, що може свідчити про більшу відкритість до соціальних контактів і готовність до спілкування. Ці результати узгоджуються з загальними психологічними дослідженнями, де жінки зазвичай демонструють більшу соціальну активність у міжособистісних контактах.

Таблиця 3.5.

Описові статистики для жінок

Показник	Соціальна дистанція	Загальний рівень стигми	Самостигматизація
Середнє значення	3,1	2,7	2,3
Стандартне відхилення	0,6	0,5	0,7
Мінімум	1,8	1,9	1,2
Максимум	4,2	3,5	3,5

Медіана	3,0	2,6	2,2
---------	-----	-----	-----

У цій групі жінок рівень соціальної дистанції виявився нижчим порівняно з загальною вибіркою та з чоловіками, що свідчить про більшу відкритість до взаємодії з особами, які мають психічні розлади. Середній показник 2,7–3,0 демонструє помірний дискомфорт у спілкуванні, який майже не перешкоджає встановленню контактів і підтримці соціальних зв'язків. Така тенденція пояснюється більшою орієнтацією жінок на підтримку, співчуття та емоційне взаєморозуміння у міжособистісних відносинах. Показники варіативності залишаються помірними, що свідчить про відносну однорідність групи за ставленням до психічного здоров'я. Жінки демонструють готовність слухати та надавати емоційну підтримку, навіть якщо об'єкт взаємодії має певні психологічні труднощі. Цей аспект підтверджує важливість врахування гендерних відмінностей при розробці програм психопрофілактики. Водночас деякі учасниці виявляють певну обережність у контакті, що може бути зумовлено особистим досвідом або високим рівнем емпатії. Така структура показників створює основу для подальшого аналізу когнітивної та емоційної складових стигми.

Загальний рівень стигматизуючих установок у жінок був нижчим, ніж у чоловіків, що свідчить про менший вплив стереотипів на формування їхніх переконань і емоційних реакцій. Когнітивний компонент стигми у жінок проявляється у помірному рівні стереотипних уявлень, які не є домінуючими у формуванні ставлення до людей з психічними розладами. Емоційний компонент характеризується помірною тривожністю та співчуттям, що сприяє більш відкритій і толерантній поведінці. Поведінкова складова демонструє готовність до соціальної взаємодії та підтримки, що узгоджується з їхніми когнітивними та емоційними установками. Стандартні відхилення показують, що більшість респонденток мають подібні установки, що свідчить про однорідність групи. Така структура результатів відображає більш гнучке та адаптивне ставлення до психічного здоров'я. Водночас деякі індивідууми

демонструють підвищену обережність у контактах, що може бути пов'язано з особистим досвідом або культурними чинниками. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінки та інтерпретації результатів.

Що стосується самостигматизації, у жінок вона виявилася найнижчою серед усіх гендерних груп, що свідчить про менш виражену внутрішню інтеграцію негативних стереотипів. Вони рідше ідентифікують себе з суспільними негативними уявленнями про психічні розлади, що дозволяє зберігати психологічну стійкість і відкритість у взаємодії з іншими. Ця особливість пов'язана з більшою готовністю жінок обговорювати власні емоційні переживання та шукати підтримку у соціальному оточенні. Когнітивна складова самостигми залишається на низькому рівні, що підтверджує менший вплив соціальних стереотипів на їхнє мислення. Емоційна складова демонструє помірну тривожність, що не перешкоджає нормальному функціонуванню у соціальних ситуаціях. Поведінкова складова відображає готовність до участі у соціальних контактах і підтримки інших, що узгоджується із загальним низьким рівнем стигматизації. Ці результати свідчать про високий потенціал жінок до емпатії та адаптивної соціальної поведінки. Водночас окремі індивідууми можуть демонструвати більш стримане ставлення, що обумовлено особистісними або контекстуальними факторами.

Аналіз результатів у групі жінок показує тісний зв'язок між низьким рівнем соціальної дистанції, загальної стигми та самостигматизації. Більш відкриті соціальні взаємодії сприяють помірному рівню когнітивних стереотипів та емоційної тривожності. Відкрите ставлення до психічних труднощів формує більш адаптивну поведінку та готовність до підтримки інших. Низький рівень самостигматизації підсилює можливість конструктивного сприйняття психічних проблем як тимчасових або контрольованих. Водночас отримані дані демонструють взаємозалежність соціальної підтримки та емоційної стабільності з рівнем стигми. Така картина свідчить про важливість комплексного підходу до профілактики та

корекції стигматизаційних установок у жінок. У підсумку, результати підкреслюють значення соціальної взаємодії, емпатії та психологічної підтримки у формуванні позитивного ставлення до психічного здоров'я. Вони також створюють основу для розробки гендерно-специфічних програм навчання та психопрофілактики.

У межах первинної статистичної обробки було виявлено, що рівень соціальної дистанції та загальної стигматизації у молоді є помірним, а самостигматизація – низькою. Гендерні порівняння засвідчили, що чоловіки мають вищі показники як соціальної дистанції, так і загальної стигми, тоді як жінки демонструють більш толерантні та приймаючі настанови. Отримані дані дають змогу перейти до більш детального аналізу структури стигматизуючих установок і виявити специфічні відмінності у сприйнятті та емоційних реакціях представників різної статі.

3.2. Рівень і структура стигматизуючих установок у респондентів

Розглянемо результати аналізу рівня та внутрішньої структури стигматизуючих установок серед студентів, які взяли участь у дослідженні. Для оцінювання були використані три основні компоненти стигматизації: когнітивний, емоційний та поведінковий. Кожен із компонентів розглядався як окремий вимір, що відображає різні аспекти ставлення до осіб із психічними розладами. Окремий аналіз проводився для чоловіків і жінок, що дозволило виявити гендерні відмінності в інтенсивності та змістовному наповненні стигматизуючих уявлень.

Методика «Шкала самостигматизації» дозволяє оцінити рівень внутрішньої стигматизації, тобто наскільки респонденти негативно оцінюють себе у випадку власних психічних або психологічних труднощів. У дослідженні для 45 чоловіків було розраховано сумарні бали за 7 твердженнями та класифіковано результати за трьома рівнями: низький,

помірний та високий. Це дає змогу визначити загальні тенденції внутрішньої критики у групі.

Таблиця 3.6.

Результати «Шкала самостигматизації» у чоловічої статі

Рівень самостигматизації	Кількість чоловіків	Відсоток
Низький (7–14)	8	17,8%
Помірний (15–25)	32	71,1%
Високий (26–35)	5	11,1%
Всього	45	100%

Згідно з отриманими даними, більшість чоловіків (71%) продемонстрували помірний рівень самостигматизації, що свідчить про наявність певних негативних установок щодо себе, але без вираженого психологічного дискомфорту. 17,8% респондентів мали низький рівень, що означає помірну або слабо виражену внутрішню критику. Високий рівень спостерігався у 11,1% чоловіків, що може вказувати на потребу у психологічній підтримці чи профілактичних заходах.

Отримані результати свідчать про те, що більшість чоловіків усвідомлюють власні труднощі, але вони ще не мають надмірно негативного ставлення до себе. Проте наявність групи з високим рівнем самостигматизації підкреслює важливість раннього виявлення психологічного дискомфорту та роботи над зменшенням внутрішньої критики у молодих людей.

Шкала самостигматизації застосовується для оцінки того, як респонденти оцінюють себе у випадку психологічних або психічних

труднощів. У групі з 55 жінок було визначено сумарні бали за 7 питань шкали та класифіковано їх у три рівні: низький, помірний і високий. Такий підхід дозволяє зрозуміти загальні тенденції внутрішньої критики серед представниць жіночої статі.

Таблиця 3.7.

Результати «Шкала самостигматизації» у жінок

Рівень самостигматизації	Кількість жінок	Відсоток
Низький (7–14)	10	18,2%
Помірний (15–25)	38	69,1%
Високий (26–35)	7	12,7%
Всього	55	100%

Результати показують, що більшість жінок (69,1%) належать до помірного рівня самостигматизації, що свідчить про присутність деяких ознак внутрішньої критики, але без сильного негативного ставлення до себе. 18,2% респонденток мають низький рівень, що вказує на відносно позитивне або нейтральне ставлення до власних труднощів. Високий рівень самостигматизації спостерігався у 12,7% жінок, що може потребувати уваги та підтримки.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що більшість жінок усвідомлюють власні психологічні труднощі помірно критично, що є природною формою саморефлексії. Водночас наявність групи з високим рівнем самостигматизації підкреслює необхідність психопрофілактичних заходів та навчання стратегій самопідтримки, щоб запобігти розвитку сильного негативного ставлення до себе.

Для чоловіків було розраховано показники за всіма трьома компонентами стигми. Результати подано у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Рівень компонентів стигми у чоловіків

Компонент	Середнє	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум	Медіан
Когнітивний	3,4	0,6	2,3	4,5	3,3
Емоційний	3,1	0,7	1,8	4,4	3,0
Поведінковий	3,5	0,5	2,7	4,3	3,4

У групі чоловіків поведінковий компонент стигми виявився найбільш вираженим із середнім значенням 3,5. Це свідчить про тенденцію до уникання або обережності під час взаємодії з людьми, які мають психічні розлади, що може проявлятися у зменшенні контактів або стриманості у спілкуванні. Такий рівень демонструє усталену поведінкову позицію, сформовану під впливом соціальних норм та очікувань щодо чоловічої поведінки. Стандартне відхилення для цього показника було невеликим, що свідчить про схожість поведінкових установок у межах групи. Це означає, що більшість респондентів проявляє подібний рівень дистанціювання та обережності. Водночас поведінкова складова визначає конкретні дії, а не лише переконання чи емоційні реакції, що робить її важливою для практичного аналізу стигми. Врахування цього компонента допомагає зрозуміти реальні бар'єри взаємодії та соціальної інтеграції. Отже, поведінкова обережність є ключовим фактором, що формує ставлення чоловіків до осіб із психічними розладами.

Когнітивний компонент стигми у чоловіків також перевищував середнє значення, демонструючи наявність стереотипних уявлень про психічні розлади. Респонденти могли мати сформовані погляди щодо причин, проявів та динаміки психічних порушень, які ґрунтуються на культурних уявленнях і медійних образах. Стандартне відхилення цього показника залишалося низьким, що вказує на подібність переконань серед більшості учасників. Така когнітивна схильність сприяє формуванню певних упереджень та очікувань у взаємодії з людьми з психічними труднощами. Вона впливає на сприйняття соціальної поведінки інших та інтерпретацію їхніх реакцій. Цей компонент разом із поведінковим формує основу стереотипно обмеженого ставлення. Водночас, когнітивні установки не завжди прямо проявляються у діях, проте визначають потенційну готовність до дистанціювання. Таким чином, когнітивна складова є важливою для розуміння механізмів формування стигми.

Емоційний компонент у чоловіків виявився трохи нижчим за інші, проте залишався на середньому рівні. Це свідчить, що респонденти відчувають помірну настороженість, тривогу або дискомфорт у контакті з людьми, які мають психічні розлади. Емоційні реакції виявилися більш індивідуалізованими, що пояснює ширший діапазон значень серед учасників. Деякі чоловіки демонструють співчуття та готовність до взаємодії, тоді як інші – обережність і стриманість. Емоційний компонент взаємопов'язаний із поведінковою складовою, оскільки тривога може підсилювати уникання. Він також взаємодіє з когнітивним компонентом: стереотипні уявлення можуть підсилювати негативні емоційні реакції. Аналіз емоційних показників допомагає визначити рівень готовності групи до підтримки або співпраці з людьми, які мають психічні труднощі. Отже, емоційний компонент формує важливу частину ставлення та впливає на поведінкові прояви стигми.

Порівняння усіх трьох компонентів показує, що у чоловіків домінує поведінкова обережність, тоді як когнітивна та емоційна складові мають середній рівень. Це свідчить про структурно сформовану стигматизацію, у

якій ключовим є уникнення контакту. Когнітивні стереотипи підкріплюють поведінкову дистанцію, тоді як емоційна складова помірно регулює реакції на соціальні ситуації. Така структура є типовою для молодих чоловіків, оскільки соціальні очікування орієнтовані на контроль, раціональність та стриманість. Результати демонструють, що більшість респондентів проявляє схожі установки, що підтверджується невеликими показниками варіативності. Це дозволяє робити висновки про загальну тенденцію у ставленні до психічного здоров'я серед молодих чоловіків. Структурний аналіз компонентів стигми допомагає визначити цільові точки для психопрофілактичної роботи та розвитку програм зниження стигматизації.

Загальна стигма у чоловіків є стабільно вищою, ніж у жінок, що підкреслює наявність гендерних відмінностей у сприйнятті психічних розладів. Найбільш вираженою є поведінкова тенденція обмежувати або уникати взаємодію з особами, які мають психічні проблеми. Це може пояснюватися соціальними нормами, які очікують від чоловіків стриманості, раціонального підходу та контролю над ситуацією. Когнітивні установки підкріплюють поведінкові прояви, формуючи стереотипну картину психічних розладів. Емоційний компонент проявляється меншою мірою, але регулює готовність до взаємодії у конкретних ситуаціях. Сумарний аналіз показує, що стигма у чоловіків має комплексний характер, де компоненти взаємопов'язані та підсилюють один одного. Це дозволяє говорити про помірний, але структурно сформований рівень стигматизації.

Аналіз поведінкової домінанти у чоловіків показує, що реальні дії та взаємодія з людьми з психічними розладами обмежуються більше, ніж переконання чи емоційні реакції. Це означає, що навіть при помірному когнітивному або емоційному рівні респонденти можуть демонструвати уникання або дистанціювання. Така поведінкова стратегія є своєрідним механізмом захисту від невпевненості та дискомфорту у соціальних ситуаціях. Водночас низька варіативність свідчить про схожість підходів у більшості учасників. Підкреслюється важливість врахування саме

поведінкової складової при оцінці ефективності програм зниження стигматизації. Поєднання когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів формує комплексне уявлення про ставлення чоловіків до психічного здоров'я. Це дозволяє робити обґрунтовані висновки та рекомендації для психопрофілактичних заходів.

Отже, серед молодих чоловіків спостерігається помірний рівень стигматизації, де поведінковий компонент переважає над когнітивним та емоційним. Всі три складові взаємопов'язані, підсилюючи загальну тенденцію уникання або обмеження соціальної взаємодії. Когнітивні стереотипи формують рамки для поведінкових проявів, тоді як емоційні реакції можуть послаблювати або посилювати дистанціювання. Така структура ставлення відображає соціальні очікування та культурні норми щодо чоловічої поведінки. Незважаючи на помірний рівень, сформованість компонентів свідчить про стабільність стигми у групі. Це підкреслює потребу у цільових психопрофілактичних програмах, спрямованих на розвиток емпатії, соціальної відкритості та усвідомлення стереотипів. Аналіз результатів дозволяє сформулювати основу для рекомендацій щодо корекції поведінкових, когнітивних та емоційних аспектів ставлення до психічного здоров'я серед молодих чоловіків.

Аналогічний аналіз був проведений для 55 жінок, результати якого подано у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9.

Рівень компонентів стигми у жінок

Компонент	Середнє	Стандартне відхилення	Мінімум м	Максимум м	Медіан а
Когнітивний	2,9	0,5	1,9	3,8	2,8
Емоційний	2,6	0,6	1,5	3,7	2,5
Поведінковий	2,8	0,5	1,9	3,6	2,7

У групі жінок когнітивний компонент стигматизації виявився найбільш вираженим серед усіх складових, хоча його значення залишаються нижчими порівняно з показниками чоловіків. Це свідчить про наявність певних стереотипних уявлень та культурно сформованих переконань щодо психічних розладів, проте вони менш стійкі та більш м'які. Когнітивні установки у жінок часто пов'язані із соціальним вихованням, медійними образами та культурними нормами, але вони не обов'язково призводять до поведінкових обмежень. Важливо, що стандартні відхилення цього показника залишаються помірними, що свідчить про однорідність групи. Когнітивна складова визначає рамки сприйняття, але не диктує автоматично дії у соціальних ситуаціях. Вона взаємодіє з емоційною та поведінковою компонентами, формуючи комплексне ставлення до психічного здоров'я. Аналіз когнітивного компоненту дозволяє зрозуміти, які переконання можна корегувати у профілактичних програмах. Таким чином, у жінок наявні певні уявлення, але вони не є визначальними у формуванні дистанціювання чи негативних реакцій.

Емоційний компонент у жінок демонструє нижчі показники порівняно з чоловіками, що свідчить про меншу схильність до страху, тривоги або уникнення при контакті з людьми з психічними розладами. Жінки частіше проявляють емпатію та розуміння, що сприяє більшій готовності до соціальної взаємодії. Емоційна відкритість дозволяє їм більш гнучко реагувати на складні ситуації та адекватніше оцінювати поведінку інших. Водночас варіативність цього показника є помірною, що свідчить про відносну однорідність реакцій серед учасниць. Емоційний компонент взаємопов'язаний із поведінковим, оскільки більша емпатія підвищує готовність до контакту. Він також взаємодіє з когнітивними установками, пом'якшуючи вплив стереотипів. Така структура забезпечує більш адаптивне та гнучке ставлення до психічних розладів. Отже, емоційний компонент відіграє ключову роль у зменшенні негативних установок та дистанціювання.

Поведінковий компонент у жінок має невисокі значення, що свідчить про більшу готовність до соціальної взаємодії та меншу схильність уникати контактів із людьми, які мають психічні проблеми. Це проявляється у більшій відкритості до спілкування, готовності надавати підтримку та участі у соціальних ситуаціях. Відповідно, рівень соціальної дистанції у жінок є нижчим, що демонструє їхню здатність до інтеграції у групові процеси та міжособистісні відносини. Помірні стандартні відхилення показують, що більшість респонденток проявляє подібну поведінкову позицію. Така поведінкова готовність підтримує позитивні емоційні реакції та зміцнює когнітивне розуміння психічних порушень. Це свідчить про інтегровану та гармонійну структуру ставлення до психічного здоров'я. Отже, поведінкова складова формує основу для реальних дій та взаємодії у соціальному середовищі.

У цілому структура стигматизації у жінок характеризується більшою гнучкістю та меншою жорсткістю порівняно з чоловіками. Когнітивні стереотипи присутні, але вони не домінують над емоційними та поведінковими компонентами. Емоційна відкритість та готовність до співпраці пом'якшують потенційний вплив негативних переконань. Поведінкова готовність до взаємодії демонструє меншу соціальну дистанцію та більшу інтеграцію в соціальні групи. Структура ставлення є більш адаптивною, що свідчить про здатність до співпереживання та підтримки людей із психічними проблемами. Варіативність показників є помірною, що підтверджує однорідність групи та стабільність отриманих результатів. Такий комплексний підхід дозволяє визначити ключові напрямки профілактичної роботи. Отже, жінки мають менший рівень стигми та більш гнучкі установки, що створює позитивну основу для соціальної інтеграції.

Отже, гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів є значущими. Чоловіки демонструють більш високий рівень когнітивної, емоційної та поведінкової стигми, тоді як жінки проявляють нижчі показники у всіх трьох компонентах. Найбільш вираженою відмінністю є поведінкова

складова, що відображає готовність або небажання взаємодіяти з людьми, які мають психічні проблеми. Когнітивні стереотипи та емоційні реакції взаємопов'язані, але гендерні соціальні норми формують різні патерни поведінки та сприйняття. Результати вказують на необхідність розробки специфічних програм для зниження стигми, орієнтованих на чоловіків та жінок окремо. Виявлені закономірності дозволяють рекомендувати комплексні заходи, що включають розвиток емпатії, соціальної підтримки та усвідомлення стереотипів. Загальна структура стигматизації демонструє помірний рівень у молоді, проте зі значною потенційною ефективністю корекційних втручань. Такий підхід забезпечує основу для подальших наукових досліджень та практичних заходів у сфері психічного здоров'я.

3.3. Гендерні відмінності у ставленні до осіб із психічними розладами

Метою аналізу було виявити, чи існують статистично значущі відмінності за когнітивним, емоційним та поведінковим компонентами. Порівняння здійснювалося шляхом зіставлення середніх значень, медіан та розкидок показників для кожного компонента стигми. Такий підхід дозволяє оцінити як інтенсивність стигматизації, так і структуру гендерних відмінностей.

Таблиця 3.10.

Порівняльний аналіз компонентів стигми у чоловіків і жінок

Компонент	Чоловіки (N=45)	Жінки (N=55)	Різниця (Δ)
Когнітивний	3,4	2,9	0,5
Емоційний	3,1	2,6	0,5
Поведінкови й	3,5	2,8	0,7

З аналізу таблиці видно, що середні показники всіх трьох компонентів стигматизації у чоловіків перевищують аналогічні значення у жінок. Найбільш виражена різниця спостерігається у поведінковому компоненті, що демонструє $\Delta = 0,7$. Це свідчить про більш значну схильність чоловіків до уникнення або дистанціювання у реальних соціальних взаємодіях із людьми, які мають психічні розлади. Когнітивний та емоційний компоненти різняться на 0,5 бала, що вказує на стабільну перевагу стереотипних уявлень і емоційної настороженості серед чоловіків. Така структура показників підкреслює взаємозв'язок когнітивних переконань, емоційних реакцій і поведінкових проявів. Високі значення у поведінковій складовій свідчать про потенційне формування бар'єрів у міжособистісних контактах. Водночас це дозволяє робити висновок про необхідність диференційованого підходу до корекції ставлення у молодих чоловіків. Загалом, результати підкреслюють важливість врахування гендерного аспекту у профілактичних та освітніх програмах.

Середній рівень стигматизації у чоловіків свідчить про формування більш жорстких соціальних бар'єрів щодо контактів з людьми з психічними порушеннями. Чоловіки частіше демонструють підвищену обережність, уникання та емоційну настороженість у соціальних ситуаціях. Така поведінкова стратегія може бути обумовлена соціальними нормами, що прищеплюють чоловікам ідею контролю, раціональності та самозахисту від психологічного дискомфорту. Когнітивні та емоційні компоненти формують загальний фон сприйняття, підсилюючи тенденцію до стереотипізації. Водночас варіативність показників є помірною, що вказує на відносну однорідність групи. У жінок показники всіх компонентів нижчі, що свідчить про більшу готовність до емпатії та соціальної підтримки. Вони більш гнучко оцінюють поведінку та стан інших людей. Це створює позитивні передумови для інтеграції та взаємодії в соціальному середовищі.

Виявлена різниця у рівнях стигматизації підтверджує, що гендер є значущим фактором, який впливає на ставлення до психічних розладів.

Чоловіки частіше орієнтуються на стереотипи та прагнуть уникати контактів, що відображає їхню поведінкову дистанційність. Жінки, навпаки, демонструють більшу відкритість, готовність до взаємодії та емоційну підтримку. Така тенденція відповідає соціально-психологічним моделям гендерної поведінки, де чоловіки схильні до контролю та раціонального оцінювання, а жінки – до емпатії та інтеграції. Гендерні відмінності проявляються у взаємодії когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів стигми. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до корекції ставлення з урахуванням специфіки чоловічих і жіночих установок. Водночас результати демонструють потенціал для формування більш гнучких і толерантних установок серед обох груп. Врахування цих закономірностей є ключовим для розробки ефективних профілактичних та освітніх програм.

Загальний аналіз показує, що помірний рівень стигми у молоді має структурний характер і різниться залежно від гендеру. Найбільш виражені відмінності проявляються у поведінковій складовій, що впливає на реальні соціальні контакти та взаємодію з людьми, які мають психічні розлади. Когнітивні та емоційні компоненти взаємодіють, формуючи цілісне ставлення, але гендерні соціальні норми модулюють їхню проявність. У жінок домінує гнучкість, емпатія та готовність до соціальної інтеграції. У чоловіків спостерігається більш жорстке і дистанційоване ставлення, яке потребує цілеспрямованої корекції. Ці результати підкреслюють значення гендерно-чутливих втручань для формування толерантного ставлення у студентській молоді. Загалом, отримані дані дозволяють окреслити цілісний підхід до розуміння та зниження стигматизації психічних розладів.

Такі результати можуть бути пов'язані з низкою соціально-психологічних та культурних факторів, що формують ставлення до психічних розладів у молоді:

- вплив сімейних цінностей і виховання відіграє важливу роль: у родинях, де приділяють увагу емоційному розвитку та взаємопідтримці, молодь проявляє більшу емпатію і меншу схильність до стигматизації;
- культурні та медійні стереотипи щодо чоловічої і жіночої поведінки можуть модулювати когнітивні й емоційні установки: чоловіки частіше засвоюють норми емоційної стриманості та самозахисту, а жінки – орієнтацію на підтримку та взаємодопомогу;
- особистісні характеристики, такі як емоційна стабільність та рівень соціальної підтримки, впливають на готовність до контакту і сприйняття інших людей. Крім того, попередній досвід спілкування з людьми з психічними розладами може сприяти зниженню або підвищенню стигми.

Освітнє середовище та психолого-педагогічні програми формують усвідомлене ставлення до психічного здоров'я та корекцію стереотипів. Нарешті, соціальні норми і колективні очікування в університетському середовищі можуть підсилювати або пом'якшувати прояви стигматизації. У сукупності ці чинники створюють комплексну систему детермінантів, що пояснює спостережувані гендерні відмінності у рівнях і структурі стигми серед студентів. Врахування цих аспектів є ключовим для розробки ефективних стратегій зниження стигматизації та формування толерантного ставлення до осіб з психічними розладами.

Порівняльний аналіз показав, що серед студентів віком 20–25 років існують стійкі гендерні відмінності у ставленні до психічних розладів. Чоловіки демонструють вищий рівень когнітивної, емоційної та поведінкової стигматизації. Жінки проявляють більшу чутливість до соціальних та емоційних аспектів, менше схильні до дистанціювання і уникнення. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що гендерні особливості слід

враховувати при формуванні профілактичних програм та освітніх заходів, спрямованих на зниження стигми у молодіжному середовищі.

3.4. Зв'язок між компонентами стигматизації та соціально-психологічними характеристиками респондентів

Основна мета полягає у визначенні того, як особистісні особливості та соціальні ресурси впливають на ставлення до осіб із психічними розладами. Для цього використовувалися дані особистісного опитувальника Айзенка (EPI) та шкали соціальної підтримки (MSPSS).

Опитувальник Айзенка (EPI) використовується для визначення двох основних особистісних характеристик: екстраверсії/інтроверсії та емоційної стабільності/невротизму. Методика передбачає відповіді респондентів на серію тверджень з вибором «так» або «ні», що відображає їхні звичайні поведінкові та емоційні реакції. Результати дозволяють оцінити соціальну активність, комунікабельність, а також рівень емоційної стабільності та тривожності у респондентів.

Таблиця 3.1.

Результати для чоловіків (N = 45)

Рівень	Кількість чоловіків	Відсоток
Висока екстраверсія	18	40,0%
Середня екстраверсія	20	44,4%
Низька екстраверсія	7	15,6%
Висока емоційна стабільність	12	26,7%
Середня емоційна стабільність	24	53,3%
Низька емоційна стабільність (високий невротизм)	9	20,0%

Більшість чоловіків (44,4%) мають середній рівень екстраверсії, що свідчить про помірну соціальну активність і гнучкість у спілкуванні. Високу екстраверсію продемонстрували 40% респондентів, які активно спілкуються та легко заводять знайомства. Невелика частка (15,6%) проявляє низьку екстраверсію, тобто схильність до інтровертованого стилю поведінки.

Серед чоловіків більшість (53,3%) показали середню емоційну стабільність, тобто мають помірну тривожність та здатність до контролю емоцій. Високу емоційну стабільність виявили 26,7%, а 20% продемонстрували низьку стабільність, що вказує на підвищену емоційну реактивність та схильність до тривожності.

Результати свідчать, що більшість чоловіків характеризуються помірним рівнем екстраверсії та емоційної стабільності, що вказує на адаптивну соціальну поведінку та контроль емоцій. Наявність групи з високим невротизмом підкреслює потребу у розвитку навичок емоційної саморегуляції та підтримки психоемоційного стану.

Таблиця 3.12.

Результати жінок

Рівень	Кількість жінок	Відсоток
Висока екстраверсія	22	40,0%
Середня екстраверсія	25	45,5%
Низька екстраверсія	8	14,5%
Висока емоційна стабільність	14	25,5%
Середня емоційна стабільність	30	54,5%
Низька емоційна стабільність (високий невротизм)	11	20,0%

Більшість жінок (45,5%) мають середній рівень екстраверсії, що свідчить про помірну активність у спілкуванні. Високу екстраверсію

показали 40% жінок, які активно взаємодіють із соціальним оточенням. Низьку екстраверсію мали 14,5%, тобто схильні до інтроверсії.

Серед жінок більшість (54,5%) демонструє середню емоційну стабільність, а 25,5% – високу, що свідчить про спокій та контроль емоцій. 20% мають низьку стабільність, тобто підвищену емоційну реактивність та тривожність.

Результати свідчать, що жінки у більшості мають збалансований рівень соціальної активності та емоційної стабільності. При цьому частина респонденток з підвищеним невротизмом потребує розвитку стратегій саморегуляції та підтримки психологічного стану, що дозволить підвищити ефективність соціальної взаємодії та зменшити тривожність.

Методика MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) дозволяє оцінити сприйману соціальну підтримку від трьох джерел: родини, друзів та значущих інших. Опитувальник складається з 12 питань, відповіді на які оцінюються за шкалою від 1 до 7 балів, де 1 – дуже низька підтримка, 7 – дуже висока. Результати допомагають визначити рівень соціальної підтримки та її джерела у респондентів, що важливо для психологічного благополуччя.

Таблиця 3.13.

Результати чоловіків

Джерело підтримки	Середній бал	Кількість високих (6–7)	Кількість середніх (4–5)	Кількість низьких (1–3)
Родина	5,3	20	22	3
Друзі	4,8	15	25	5
Значущі інші	4,6	12	28	5

Середній бал 5,3 свідчить про високий рівень підтримки від сім'ї. Більшість чоловіків (42%) оцінюють підтримку як високу, а лише 3 респонденти мають низький рівень, що підкреслює важливість сімейних зв'язків у житті молодих людей.

Середня оцінка підтримки від друзів – 4,8, тобто трохи нижча, ніж від родини. Це свідчить про помірний рівень соціальної підтримки від однолітків. 25 чоловіків (55,6%) відчують підтримку на середньому рівні, а 15 – на високому.

Середній бал 4,6 показує, що респонденти відчують помірну підтримку від значущих інших людей (наприклад, наставників чи близьких дорослих). Це може вказувати на те, що соціальні контакти поза родиною і друзями менш інтенсивні.

Чоловіки загалом відчують високий рівень підтримки від родини і середній – від друзів та значущих інших. Це свідчить про те, що родина залишається основним джерелом соціальної підтримки, а підтримка з інших джерел має значення, але менш виражена.

Таблиця 3.13.

Результати жінок

Джерело підтримки	Середній бал	Кількість високих (6–7)	Кількість середніх (4–5)	Кількість низьких (1–3)
Родина	5,5	25	27	3
Друзі	5,0	20	30	5
Значущі інші	4,7	14	35	6

Середній бал 5,5 свідчить про високу оцінку підтримки від сім'ї. Майже половина жінок (45%) оцінюють родинну підтримку як дуже високу, що вказує на сильний вплив сім'ї на емоційний стан.

Середній бал 5,0 демонструє, що підтримка від друзів також є помітною і часто відчувається на високому рівні. 30 жінок (54,5%) мають середню оцінку, а 20 – високу.

Середня оцінка 4,7 свідчить про помірну підтримку від наставників чи близьких дорослих. 35 респонденток (63,6%) оцінюють її як середню, що підкреслює роль соціальних контактів поза сім'єю та друзями.

Жінки в більшості відчують високий рівень підтримки від родини та друзів, а також помірний – від значущих інших. Це свідчить про добре розвинену соціальну мережу, яка забезпечує емоційний ресурс і допомагає справлятися зі стресовими ситуаціями.

Кореляційний аналіз здійснювався за допомогою Microsoft Excel, що дозволило обчислити коефіцієнти Пірсона для кожного компонента стигматизації. Аналіз проводився окремо для чоловіків і жінок, що дало змогу виявити гендерні особливості та специфічні закономірності. Також враховувалися вікові особливості студентів для забезпечення комплексного підходу до аналізу факторів впливу. Результати аналізу дозволяють ідентифікувати чинники, які можуть пом'якшувати або посилювати стигматизуючі установки серед молоді.

Таблиця 3.14.

Кореляційна матриця для чоловіків

Показник	Когнітивни й	Емоційни й	Поведінкови й
Екстраверсія	-0,12	-0,05	-0,18
Емоційна стабільність	-0,42	-0,38	-0,50
Соціальна підтримка	-0,36	-0,40	-0,45

У чоловіків кореляційна матриця показує, що найбільш значущий негативний зв'язок спостерігається між емоційною стабільністю та поведінковим компонентом стигми ($r = -0,50$). Це свідчить про те, що емоційно стійкі студенти рідше уникають контактів із людьми, які мають психічні розлади, демонструючи більшу готовність до соціальної взаємодії. Когнітивний та емоційний компоненти також пов'язані з емоційною

стабільністю, проте зв'язки дещо слабші (-0,42 та -0,38), що вказує на помірний вплив внутрішніх ресурсів на стереотипні уявлення та емоційні реакції. Соціальна підтримка має негативну кореляцію з усіма компонентами стигми, особливо з поведінковим (-0,45), що підкреслює роль мережі близьких та друзів у пом'якшенні соціальної дистанції.

Екстраверсія практично не впливає на когнітивний та емоційний компоненти, хоча невеликий негативний зв'язок із поведінковим (-0,18) може вказувати на частковий ефект активної соціальної поведінки. Поведінковий компонент є найбільш чутливим до внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що підтверджує необхідність роботи з емоційною регуляцією та розвитком соціальної підтримки для зниження уникання. Когнітивна складова демонструє більшу стабільність і меншу варіативність, що пояснюється впливом культурних стереотипів та соціально сформованих переконань. Загалом, результати показують, що ключовими детермінантами зниження стигми у чоловіків є емоційна стабільність та підтримка з боку соціального оточення, тоді як соціальна активність має мінімальний вплив.

Додатково можна зазначити, що виявлена тенденція підкреслює необхідність гендерно чутливих підходів, оскільки чоловіки демонструють більшу поведінкову обережність і стереотипність. Ефективними для зниження стигми можуть бути програми тренінгів з емоційної регуляції, соціальної взаємодії та розвитку емпатії. Підтримка друзів та родини слугує важливим фактором у зменшенні уникання та негативних очікувань під час взаємодії. Системна робота з психоемоційною стабільністю сприятиме формуванню більш толерантного ставлення до людей із психічними порушеннями.

Таблиця 3.15.

Кореляційна матриця для жінок

Показник	Когнітивний	Емоційний	Поведінковий
Екстраверсія	-0,21	-0,18	-0,25
Емоційна стабільність	-0,50	-0,48	-0,53

Соціальна підтримка	-0,44	-0,46	-0,50
---------------------	-------	-------	-------

У жінок негативні кореляції між емоційною стабільністю та всіма компонентами стигми більш виражені, особливо щодо поведінкового компонента ($r = -0,53$). Це свідчить про тісний зв'язок психологічної стійкості з готовністю до соціальної взаємодії та зменшенням уникання. Соціальна підтримка демонструє значущий вплив на всі компоненти ($-0,44 \div -0,50$), підкреслюючи роль близького оточення у формуванні емпатії та гнучкості у ставленні до інших. Когнітивна складова стигми має помірні негативні зв'язки з емоційною стабільністю та підтримкою ($-0,50$ та $-0,44$), що вказує на вплив психоемоційних ресурсів на переконання та стереотипи.

Екстраверсія має слабкий негативний вплив, найбільше на поведінковий компонент ($-0,25$), що може свідчити про частковий ефект активності у соціальних ситуаціях на зменшення уникання. Поведінковий компонент залишається найбільш чутливим до внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що робить його ключовою мішенню для профілактичних втручань. Структура стигми у жінок характеризується більшою гнучкістю, нижчою жорсткістю та вираженістю, що пояснюється високим рівнем емпатії та готовністю до відкритого обговорення психологічних проблем.

Результати свідчать, що у жінок психологічна стійкість і соціальна підтримка є ключовими чинниками формування толерантного ставлення. Когнітивна складова менше залежить від зовнішніх ресурсів, проте поведінкова і емоційна компоненти демонструють високий рівень чутливості до психоемоційних характеристик. Це підкреслює необхідність комплексних програм профілактики, які поєднують розвиток внутрішніх ресурсів та підтримку соціальної мережі. Гендерні відмінності проявляються у більшій гнучкості та нижчому рівні загальної стигматизації у жінок порівняно з чоловіками.

Отримані дані свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між соціально-психологічними характеристиками студентів і рівнем

стигматизації. Емоційна стабільність та соціальна підтримка є ключовими детермінантами зниження усіх компонентів стигми у обох гендерних груп. У жінок ці зв'язки виражені сильніше, що пояснює нижчий рівень загальної стигматизації та більшу готовність до соціальної взаємодії. Поведінковий компонент стигми є найбільш чутливим до внутрішніх і зовнішніх ресурсів, тоді як когнітивний компонент залишається більш стабільним та менш залежним від поточного психоемоційного стану.

Екстраверсія виявила слабкий вплив на рівень стигми, проте частково посилює ефект соціальної підтримки у формуванні толерантності. Результати підкреслюють необхідність комплексного підходу, що враховує індивідуальні психологічні характеристики студентів і гендерні особливості. Отримані дані можуть слугувати основою для розробки програм тренінгів, соціальної підтримки та розвитку емоційної регуляції. В цілому дослідження підтверджує важливість врахування внутрішніх і зовнішніх ресурсів при формуванні ставлення до осіб із психічними розладами серед молоді.

3.5. Психологічна інтерпретація результатів у контексті клінічного конструкту стигматизації

Результати, отримані за допомогою шкали соціальної дистанції (SDS), шкали самостигматизації та особистісного опитувальника Айзенка (EPI), дозволяють виокремити когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти стигми. Аналіз показав, що емоційна стабільність та рівень соціальної підтримки виступають ключовими детермінантами толерантності до осіб із психічними розладами. У жінок ці взаємозв'язки більш виражені, тоді як у чоловіків вплив цих чинників слабший, що свідчить про гендерну специфіку формування ставлення до психічних хвороб.

Когнітивний компонент стигматизації відображає наявність стереотипних уявлень про психічні розлади та очікуваних моделей поведінки осіб з психологічними проблемами. У чоловіків цей компонент виявився

більш вираженим, що свідчить про схильність до формування жорстких соціальних оцінок. У жінок когнітивна стигма менш виражена, що можна пояснити більшою гнучкістю мислення та високим рівнем емпатії. Результати свідчать, що когнітивний компонент тісно пов'язаний із соціальною культурою та впливом медіа, а не лише із власним досвідом взаємодії. Аналіз показав, що когнітивні переконання частково корелюють з емоційним компонентом, що підкреслює взаємозалежність сприйняття і переживання психічних розладів. Цей висновок дозволяє прогнозувати потенційну поведінку студентів у реальних соціальних ситуаціях. Системне вивчення когнітивної складової є важливим для розробки програм профілактики стереотипів і упереджень.

Емоційний компонент показує рівень страху, співчуття чи тривожних переживань під час взаємодії з людьми, які мають психічні проблеми. Для жінок емоційна складова є нижчою, що свідчить про більшу психологічну відкритість та готовність підтримувати інших. У чоловіків емоційні реакції більш виражені у вигляді настороженості та тривоги, що може обмежувати контакт і збільшувати соціальну дистанцію. Аналіз взаємозв'язку емоційного компонента з емоційною стабільністю показав, що психоемоційні ресурси відіграють ключову роль у регуляції негативних реакцій. Соціальна підтримка також сприяє зниженню емоційної стигми, особливо у жінок, що підкреслює значення близького оточення. Стабільність емоційного компонента демонструє високу індивідуальну варіативність, що пояснює різні рівні чутливості до психічних проблем оточення. Розуміння емоційної складової є важливим для планування тренінгів із розвитку емпатії та емоційної регуляції.

Поведінкова складова характеризує готовність до соціальної взаємодії або уникання осіб із психічними розладами. У чоловіків вона демонструє найвищі показники, що вказує на тенденцію до дистанціювання і уникання контактів. У жінок поведінкова складова нижча, що свідчить про більшу готовність до співпраці та підтримки. Аналіз показав, що поведінкова

складова є найбільш чутливою до внутрішніх і зовнішніх ресурсів, таких як емоційна стабільність та соціальна підтримка. Це робить її ключовим елементом для психологічних втручань та програм профілактики стигми. Варіативність поведінкової складової також пояснює різницю у реакціях студентів на однакові соціальні ситуації. Врахування цих особливостей дозволяє формувати більш ефективні заходи для зміни соціальної поведінки.

Гендерні відмінності виявилися чітко вираженими у всіх трьох компонентах. Жінки демонструють нижчі рівні когнітивної, емоційної та поведінкової стигми, що пояснюється більш високим рівнем соціальної чутливості та емоційної регуляції. У чоловіків переважає когнітивна і поведінкова складова, що підтверджує схильність до формування стереотипів і дистанціювання. Ці відмінності підкреслюють необхідність спеціально орієнтованих психологічних втручань для кожної гендерної групи. Підхід, що враховує гендерну специфіку, сприяє підвищенню ефективності профілактичних програм та тренінгів. Виявлені закономірності дозволяють прогнозувати рівень толерантності та планувати цільові заходи. Гендерно чутливі програми мають на меті зміцнення психоемоційних ресурсів і зменшення соціальної дистанції.

Взаємозв'язок між компонентами стигми демонструє, що когнітивні уявлення частково визначають емоційні реакції, а емоції впливають на поведінкові наміри. Це підкреслює комплексність психічного конструкта стигматизації. Така взаємозалежність дозволяє пояснити, чому одночасне зниження стереотипів і розвитку емпатії сприяє змінам у поведінковій складовій. Психологічні втручання повинні охоплювати всі три компоненти одночасно для досягнення стійкого ефекту. Ці дані підтверджують актуальність комплексного підходу до формування толерантності серед студентської молоді. Крім того, вони надають підґрунтя для розробки індивідуалізованих і групових програм.

Соціальна підтримка відіграє вирішальну роль у пом'якшенні всіх компонентів стигми. Чим більш розвинена соціальна мережа, тим нижчі

показники уникання та тривожності. Для жінок цей фактор має більш виражений ефект, що підкреслює гендерні особливості соціальної інтеграції. У чоловіків соціальна підтримка теж зменшує поведінкову та емоційну стигму, але вплив є менш сильним, що потребує додаткової роботи з соціальною взаємодією. Психологічна підтримка, участь у групових заходах та взаємодія з однодумцями сприяють формуванню толерантного ставлення. Результати демонструють необхідність розвитку соціальних компетенцій у навчальному середовищі.

Емоційна стабільність є ключовим внутрішнім ресурсом, який визначає рівень толерантності. У студентів з високим рівнем емоційної стійкості зменшуються страх і тривога при взаємодії з людьми, що мають психічні порушення. Це сприяє більш адекватному когнітивному сприйняттю та пом'якшенню поведінкових реакцій уникання. У жінок цей вплив проявляється сильніше, що пояснює нижчий рівень загальної стигми порівняно з чоловіками. У чоловіків відсутність належної емоційної стабільності підвищує ризик формування негативних установок. Формування психологічних тренінгів для розвитку емоційної стійкості є важливою складовою профілактичних заходів.

Взаємозв'язок когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів свідчить про інтегровану структуру стигми. Зміни у когнітивній складовій призводять до пом'якшення емоційної реакції, що, у свою чергу, впливає на поведінку. Психологічна робота повинна враховувати цей ланцюговий ефект, щоб максимально ефективно впливати на загальний рівень толерантності. Комплексний підхід передбачає одночасне формування знань, розвиток емоційної регуляції та підтримку соціальної активності. Результати підкреслюють важливість одночасного впливу на всі три компоненти для досягнення стабільного ефекту.

Отже, психологічна інтерпретація результатів показала, що ставлення до психічних розладів формується на перетині когнітивних переконань, емоційних реакцій та поведінкових намірів. Внутрішні ресурси особистості

та соціальна підтримка визначають чутливість до цих компонентів. Гендерні відмінності виявляються у більшій чутливості жінок до психоемоційних і соціальних факторів та більш жорстких установках у чоловіків. Результати дослідження дозволяють прогнозувати рівень толерантності та формувати цільові програми. Комплексна оцінка всіх трьох компонентів стигми є необхідною для ефективного планування профілактичних і корекційних заходів.

Гендерні відмінності підтверджують необхідність розробки специфічних програм для різних груп. Ефективна профілактика стигми потребує комплексного підходу, що поєднує розвиток знань, емоційної регуляції та підтримку соціальної взаємодії. Виявлені закономірності дозволяють планувати цільові психологічні програми та тренінги для студентів. Загалом, підхід підкреслює важливість інтегрованої оцінки особистісних і соціальних ресурсів у формуванні толерантності до осіб із психічними розладами.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі дослідження було проаналізовано рівень стигматизації психічних розладів серед студентів віком 20–45 років, зокрема виявлено помірний рівень когнітивної, емоційної та поведінкової складових стигми. Дані показали, що жінки демонструють нижчий рівень стигматизуючих установок у порівнянні з чоловіками, що свідчить про наявність гендерної специфіки у формуванні ставлення до осіб із психічними розладами.

Встановлено, що ключовими факторами, що впливають на зниження стигми, є емоційна стабільність та рівень соціальної підтримки. Ці чинники виявилися однаково важливими для обох гендерних груп, проте їхній вплив проявляється по-різному в когнітивній та поведінковій сферах. Високий рівень емоційної стабільності та підтримки сприяє формуванню більш толерантного та адекватного ставлення до людей із психічними проблемами.

Показано, що когнітивний компонент стигматизації характеризується наявністю стереотипів та упереджених уявлень про психічні розлади. Емоційний компонент відображає інтенсивність страху, тривоги чи співчуття, тоді як поведінковий компонент визначає готовність до соціальної взаємодії або уникання контактів з особами, які мають психічні проблеми. Таке поділ на компоненти дозволяє точніше зрозуміти механізми формування ставлення.

Виявлено, що у чоловіків поведінкова складова стигми тісніше пов'язана з емоційною стабільністю, тоді як у жінок значніший вплив має соціальна підтримка. Ця відмінність свідчить про необхідність врахування гендерних особливостей при розробці програм профілактики та корекції стигматизації. Вона також підкреслює, що психологічні ресурси регулюють ставлення по-різному залежно від статі.

Когнітивні та емоційні компоненти стигматизації взаємопов'язані, що вказує на взаємний вплив переконань і переживань на формування ставлення до осіб із психічними розладами. Такий взаємозв'язок підкреслює складність психологічних механізмів, які лежать в основі стигматизації, та необхідність комплексного підходу до їх вивчення.

Доведено, що профілактичні заходи повинні включати тренінги з розвитку емоційної регуляції, посилення соціальної підтримки та усвідомлення стереотипів. Це дозволяє не лише знизити рівень негативних установок, а й створити більш безпечне та толерантне соціальне середовище для студентів.

Результати дослідження свідчать про важливість врахування індивідуальних психологічних ресурсів при роботі зі стигмою. Особливо це стосується підлітково-юнацького віку та молодих дорослих, для яких соціальна підтримка та емоційна стабільність відіграють критично важливу роль у формуванні ставлення до психічних розладів. Для ефективною корекції стигматизації необхідний комплексний, психологічно обґрунтований підхід, який поєднує роботу з когнітивними переконаннями, емоційними реакціями

та поведінковими намірами. Такі результати створюють основу для подальших досліджень та практичних втручань у сфері ментального здоров'я молоді.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було виконано комплексну роботу, спрямовану на виявлення особливостей ставлення до психічних розладів у чоловіків і жінок та аналіз проявів стигматизації і самостигматизації.

1. Було проаналізовано теоретичні підходи до вивчення феномену психічних розладів у контексті суспільного ставлення, систематизовано наукові джерела, що висвітлюють соціальні, культурні та психологічні аспекти формування упереджень і стереотипів. Це дозволило окреслити основу для емпіричного дослідження.

2. З'ясовано психологічні механізми самостигматизації та її вплив на особистісне функціонування. Виявлено когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти стигми, що формуються під впливом соціальних норм, медійного контексту та особистісних переконань.

3. Досліджено гендерні особливості ставлення до осіб із психічними розладами. Емпіричні дані показали, що чоловіки мають вищий рівень когнітивної та поведінкової стигми, більшу соціальну дистанцію та схильність до уникання, тоді як у жінок спостерігається нижчий рівень стигми, висока готовність до підтримки та прояви емпатії.

4. Виявлено взаємозв'язки між показниками стигматизації, самостигматизації та соціально-психологічними характеристиками респондентів. Кореляційний аналіз показав, що емоційна стабільність і соціальна підтримка є ключовими чинниками, що знижують всі компоненти стигми, а в жінок ці взаємозв'язки проявляються більш виражено. Екстраверсія частково впливає на емоційний дискомфорт і когнітивну складову.

5. Визначено психологічні чинники, що впливають на формування стигматизуючих установок у різних гендерних групах. Основними детермінантами є емоційна стабільність, соціальна підтримка та готовність до соціальної взаємодії. У чоловіків найбільший вплив спостерігається на

поведінкову складову, тоді як у жінок соціальна підтримка впливає на всі компоненти стигми.

У результаті дослідження досягнуто мети роботи: визначено особливості ставлення до психічних розладів у чоловіків і жінок, проаналізовано прояви стигматизації та самостигматизації, встановлено ключові психологічні чинники формування цих установок. Емпіричні дані підтвердили гіпотезу про гендерні відмінності та зв'язок рівня стигматизації з психоемоційними ресурсами і соціальною підтримкою. Загалом виконано всі завдання, систематизовано теоретичні дані, проведено емпіричне дослідження та визначено основні детермінанти стигматизуючих установок. Результати дослідження можуть бути використані для прогнозування рівня толерантності, планування гендерно чутливих програм профілактики та корекційних втручань, а також для подальших наукових досліджень у сфері психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексюк Д. В. Стигматизація психічно хворих: соціально-філософські та деонтологічні контексти проблеми. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021: зб. тез доповідей наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів*, 15–16 квіт. 2021 р. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. С. 162–163. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/15018>
2. Барна О. М., Аліфер О. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству. *Ліки України*. 2022. № 1(257). С. 17–22. DOI: 10.37987/1997-9894.2022.1(257).264284
3. Барчі Б. Стигматизація психічних розладів у суспільстві та її вплив на відновлення після травми. *Невидима травма = Invisible Trauma: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2025. С. 32–35.
4. Басій Р. М. Стигматизація психічно хворих з погляду їхніх родичів на прикладі фокус-групового дослідження матерів психічно хворих. *Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки*. 2017. Т. 196. С. 73–78.
5. Войтенко В. Образ осіб із психічними розладами у свідомості юнаків. Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2024. 91 с.
6. Гнітько С. Реабілітація психічних розладів під час війни. *Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф. (23–24 травня 2024 р.)*. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2024. С. 123–125.
7. Дендеберя К. Психічні та психологічні розлади у дорослих і дітей під час війни. *Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф. (23–24 травня 2024 р.)*. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2024. С. 125–127.

8. Животовська А. І., Ісаков Р. І., Рудь В. О., Мартиненко Я. П. Клінічні прояви тривожних розладів із диссомнічними порушеннями в залежності від рівня психологічного стресу. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2023. № 4(55). С. 20–22.
9. Заболоцька С. І. Особливості тривожних розладів. Інклюзивна освіта: проблеми, досвід, перспективи: зб. тез наук.-практ. конф. Хмельницький, 2024. С. 37–39.
10. Коваль І., Чічельницька Ю. Вплив гендерних стереотипів на психоемоційний добробут жінок та чоловіків. *Молодь за гендерну рівність: матеріали Всеукраїнської студентської конференції* (м. Львів, 25 листопада 2024 р.). Львів, 2024. С. 32–33.
11. Кокун О. М. Характеристика психічного здоров'я населення України під час війни. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: Матеріали III науково-методичного семінару* (м. Київ, 26 вересня 2022 р.). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. С. 25–28.
12. Колесник В. В., Асєєва Ю. Гендер як детермінанта психічного здоров'я. *Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики*. 6 червня 2025 р., м. Кропивницький, Україна. 2025. С. 395
13. Колесник В., Асєєва Ю. Гендер як детермінанта психічного здоров'я. Матеріали конференцій МЦНД (06.06.2025, м. Кропивницький). 2025. С. 395–399.
14. Костюченко С. І. Ставлення до психічно хворих в українському суспільстві: за даними опитування громадської думки. *Національна медична академія освіти імені П. Л. Шупика; Ю. С. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів*, м. Київ. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/5%2810%29/article-141/stavlennya-do-psihichno-hvorih-v-ukrayinskomu-suspilstvi-za-danimi-opituvannya-gromadskoyi-dumki?utm_source=chatgpt.com#gsc.tab=0

- 15.Ляшко В. Стигма у сфері психічного здоров'я – це бар'єр, який потрібно зруйнувати. URL: <https://moz.gov.ua/uk/viktor-ljashko-stigma-u-sferi-psihichnogo-zdorov%CA%BCja-%E2%80%93ce-bar%CA%BCer-jakij-potribno-zrujnuvati>
- 16.Макаров О. М. Стигма та реабілітація військовослужбовців з пораненням: психосоціальні виклики та шляхи подолання. *Вчені записки*. 2025. С. 199.
- 17.Малина О. Г. Соціально-психологічні механізми стигматизації хворих на психічні розлади. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 2(2). С. 176–180.
- 18.Малина О. Г. Соціально-психологічні механізми стигматизації хворих на психічні розлади. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 2(2). С. 176–180.
- 19.Мединська Ю. Соціальна стигматизація у сфері психічного здоров'я. URL: <https://er.ucu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8e19f241-0a8c-40bc-9c02-cf721a8e1ae9/content>
- 20.Мякушко Н. С., Заїка В. М., Чернов А. А. Стигматизація військових: виклики та перешкоди в соціально-психологічній реадaptaції до цивільного життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 1. С. 90–95.
- 21.Немченко А. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2025. Т. 94(1). С. 35–46. DOI: 10.35339/ekm.2025.94.1.nem
- 22.Немченко А. О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах. *Медицина сьогодні і завтра*. 2025. Т. 94(1). С. 63–74.
- 23.Особистісний опитувальник Айзенка (EPI). URL: https://stud.com.ua/167128/psihologiya/ayzenk_osobistisniy_opituvalnik_1963

24. Павлова О. В. Психічні розлади у період воєнного стану. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (14–15 вересня 2023 р., м. Одеса)*. Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2023. С. 232. URL: <http://surl.li/lsnqd>
25. Пастухова В. До проблеми стигматизації психічного здоров'я ветеранів. Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2025. С. 95.
26. Понад 8,5 млн українців мають ризик психічних розладів через війну – ВООЗ. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubricsociety/3567887-ponad-85-miljona-ukrainsiv-maut-rizik-psihicnih-rozladiv-cerezvijnu-vooz.html>
27. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження КМУ від 27.12.2017 р. № 1018-р: станом на 13 берез. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2205-19#Text>
28. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. *Слово і діло: аналітичний портал*. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zdorovya-ukrayincziv>
29. Руденко Є. В., Антоненко П. К., Антоненко П. Б. Психічних розладів в Україні: історичні передумови їх виникнення та сучасний стан (огляд літератури). *Підвищення якості вищої медичної освіти. Медична освіта*. 2020. № 1. С. 83.
30. Самостигматизація: як ми самі стаємо проти себе і як від цього звільнитись. URL: <https://speka.ua/news/samostigmatizaciya-yak-mi-sami-stajemo-proti-sebe-i-yak-vid-cyogo-zvilnitis-9xkxld>
31. Сеславська Є. Л. Аналіз стану резилієнтності та типу ставлення до психічної хвороби родича як факторів функціонування сімейної

- системи в родинх пацієнтів з деменцією. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. Т. 93(4). С. 24–32.
32. Сотник А. М. Стигматизація та емоційна регуляція в комунікації осіб з нервово-психічними розладами. 2025. С. 371.
33. Спицька Л. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія: Психологія. 2023. № 16. С. 89.
34. Стигма в психології. URL: <https://ks.cdc.gov.ua/news/stygma-v-psyhologiyi/>
35. Стигма ментальних розладів. URL: <https://mhealthzdravo.com.ua/article/stigma-mentalnih-rozladiv?srsltid=afmbooqranucbberqiwcgyi8nkp83wji5o3zamefhjb2ziout2hams>
36. Стигма у сфері психічного здоров'я: в чому небезпека і які наслідки стигматизації. URL: <https://foundationdv.com/ua/articles/Styhma-u-sferi-psykhichnoho-zdorovya--v-chomu-nebezpeka-i-yaki-naslidky-styhmatyzatsiyi>
37. Стигматизація захворювань мозку. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/stigmatizacziya-zahvoryuvan-mozku/>
38. Ткачук Т., Мягких А. Гендерні особливості копінг-поведінки чоловіків та жінок. *Humanitarium*. 2019. № 42(1). С. 181–188.
39. Франкова І., Чабан О., Бурлака О., Лагутіна С., Федотова З. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. № 4(3).
40. Харченко В. В. Стигматизація складнощів психічного здоров'я в професійному середовищі. 2025. С. 656.
41. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при

- наданні медичної допомоги? Український медичний часопис. URL: <http://surl.li/ihpof>
- 42.Черевко О. М. Механізми формування психічних розладів у людей, які живуть з ВІЛ. *Медицина сьогодні і завтра*. 2024. Т. 93(2). С. 17–29.
- 43.Чугаєвський А. А. Поняття та класифікація психічних розладів у контексті кримінального правосуддя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2025. Вип. 3(88). С. 354–360.
- 44.Шкала самостигматизації психічних захворювань – коротка форма. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/psm_spt-2022.pdf
- 45.Шкала соціальної дистанції (SDS) Е. Богардуса. URL: <https://estet-centr.com/wp-content/uploads/2021/12/EU-SHKOLA-DISTANCII-T-BOGDARUS.pdf>
- 46.Шкала соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS). URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/mspss-manual.pdf>
- 47.Що таке стигма і як це пов'язано із психічним здоров'ям? URL: <https://phc.org.ua/news/scho-take-stigma-i-yak-ce-povyazano-iz-psikhichnim-zdorovyam>
- 48.Kozhyna H. M., Sukhariyeva V. A. Оцінка ефективності комплексної персоналізованої програми лікування психічних розладів, специфічно пов'язаних зі стресом війни, в учасників бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 32.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Методика «Шкала соціальної дистанції» (SDS)

Мета методики: визначення ступеня готовності респондента до соціальної взаємодії з особами, які мають психічні розлади.

Інструкція для респондента:

«Будь ласка, оцініть, наскільки комфортно ви почуватимете себе у кожній із наведених ситуацій із людиною, яка має психічний розлад. Використовуйте шкалу від 1 до 5, де 1 – повністю комфортно, 5 – зовсім не комфортно.»

Питання:

1. Чи почували б ви себе комфортно, працюючи разом з такою людиною у спільному кабінеті?
2. Чи запросили б ви її на домашню вечірку?
3. Чи дозволили б їй доглядати за вашими дітьми?
4. Чи стали б ви сусідом такої людини?
5. Чи підтримали б ви її на роботі чи навчанні?
6. Чи готові були б ви підтримати дружні стосунки поза роботою або навчанням?
7. Чи дозволили б їй користуватися спільними громадськими місцями, наприклад, спортзал або бібліотеку?

Інтерпретація:

- 7–14 балів – низький рівень соціальної дистанції, висока толерантність.
- 15–25 балів – помірний рівень дистанції, часткова схильність до уникання.
- 26–35 балів – високий рівень дистанції, виражена соціальна стигма.

Методика «Шкала самостигматизації»

Мета методики: визначення рівня внутрішньої стигматизації у випадку власних психічних труднощів.

Інструкція для респондента: «Прочитайте кожне твердження і визначте, наскільки воно відповідає вашому ставленню до себе у ситуації психологічних або психічних проблем. Використовуйте шкалу від 1 до 5, де 1 – зовсім не відповідає, 5 – повністю відповідає.»

Питання:

1. Я б соромився/соромилася зізнатися іншим у своїх психічних труднощах.
2. Я відчував/відчувала б невпевненість у спілкуванні через власні психологічні проблеми.
3. Я уникав/уникала б публічного обговорення власних труднощів.
4. Мені було б важко просити допомоги через страх осуду.
5. Я вважав/вважала б себе менш компетентним/компетентною через психічні проблеми.
6. Я би соромився/соромилася показати свої емоції або слабкість.
7. Власні психологічні труднощі зменшили б мою соціальну активність.

Інтерпретація:

- 7–14 балів – низький рівень самостигматизації.
- 15–25 балів – помірний рівень, можливі ознаки внутрішньої критики.
- 26–35 балів – високий рівень самостигматизації, виражені негативні установки щодо себе.

Особистісний опитувальник Айзенка (ЕРІ)

Мета методики: визначення основних особистісних характеристик: екстраверсія/інтроверсія та емоційна стабільність/невротизм.

Інструкція для респондента:

«Будь ласка, прочитайте кожне твердження і відзначте, чи воно відповідає вашому звичайному поведінковому та емоційному стилю.

Використовуйте варіанти «так» або «ні».»

Питання:

1. Мені подобається перебувати в товаристві багатьох людей.
2. Я часто відчуваю тривогу без видимої причини.
3. Мені легко заводити нові знайомства.
4. Я схильний до перепадів настрою.
5. Мені подобаються активні види дозвілля.
6. Я рідко відчуваю себе роздратованим.
7. Я віддаю перевагу самотньому проведенню часу.
8. Мені складно контролювати емоції у стресових ситуаціях.

Інтерпретація:

- Екстраверсія: високий бал – соціальна активність, комунікабельність; низький – схильність до інтроверсії.
- Емоційна стабільність: високий бал – стійкість, низька тривожність; низький – підвищена емоційна реактивність, невротизм.