

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТИГМАТИЗАЦІЇ ІНАКШОСТІ І ЇЇ ПРОЯВ У ПРОЦЕСІ МЕДІАКОМУНІКАЦІЇ

Гусев Ігор Миколайович

Кандидат психологічних наук, науковий співробітник лабораторії психології
мас та спільнот Інституту соціальної та політичної психології
НАПН України, Україна

e-mail: ihor.husiev@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3426-8799>

Анотація

Метою статті було виокремити ознаки процесу стигматизації і знаходження психологічних особливостей переживання кібербулінгу серед стигматизованої меншини. Приділено увагу процесу самостигматизації – це призводить до зниження соціального статусу, самооцінки, що в свою чергу посилює стигматизацію.

*Було проведено два окремих опитування, одне серед загального населення, а інше про особливості переживання стигматизованими меншинами власної стигматизації вивчалось під час опитування ЛГБТ і ВІЛ активістів. Загалом 71% опитаних були жертвами кібербулінгу (від поодиноких випадки (49%), до постійного переживання цькування (4%). Найчастіше жертвами кібербулінгу є чоловіки, а серед активістів – ВІЛ-активісти. Найчастіше активісти стикаються з такими проявами кібербулінгу образами у коментарях до новин і в мережі Twitter, погрози в мережі Facebook, залякування на форумах. **Ключові слова:** дискримінація, кібербулінг, ЛГБТ спільнота, медіакомунікація, стигматизація.*

Ihor Husiev,

PhD (Psychology), researcher in the Laboratory of Psychology of Masses and Communities of the Institute of Social and Political Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv (Ukraine).

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF STIGMATIZATION OF OTHERNESS AND ITS DISPLAY DURING THE PROCESS OF MEDIA COMMUNICATION

Abstract

The article outlines theoretical developments in the field of stigmatization. The stages of development of stigmatization are given: selection and “marking” of the person which differs from conditional norm; assigning it negative qualities in accordance with the existing in this culture ideas about certain features; assigning it to a certain “category” that opposes society and further reducing the social status of this person. Attention is paid to the process of self-stigmatization – a person's awareness of the presence of a certain feature that distinguishes him from the majority, assimilation and application of myths about his “otherness”, with further distancing from potential stigmatizers. This leads to a decrease in social status, self-esteem, which in turn increases stigma.

Two separate surveys were conducted; one among the general population, and the other about the peculiarities of the stigmatization of stigmatized minorities' own stigma was studied during a survey of LGBT and HIV activists. The total sample was 687, of whom 493 were the general population and 194 were members of stigmatized minorities. The display of stigmatization was investigated due to the prevalence of cyberbullying using different media channels. In total, 71% of respondents were victims of cyberbullying (from isolated cases (49%) to persistent harassment (4%). The most common victims of cyberbullying are men, and among activists - HIV activists. Activists often face such acts of cyberbullying as insults in comments to news and on Twitter, threats on Facebook, intimidation on forums. Only 20% of cyberbullying victims turned to various institutions to stop harassment.

Keywords: *discrimination, cyberbullying, LGBT community, media communication, stigmatization.*

Вступ. Найбільш наочним і поширеним явищем прояву дискримінації стигматизованих меншин в медіа просторі є кібербулінг. Часто це явище має організований характер, спрямований на цькування людей, які належать до стигматизованих меншин. Також кібербулінг є яскравим маркером того, чи є меншина стигматизована у суспільстві. Це явище почали досліджувати відносно недавно, адже велике проникнення соціальних мереж у приватне і суспільне життя поставило питання наскільки сильним і руйнівним є вплив кібербулінгу. З огляду вже на наявні данні, що кібербулінг є причиною самогубств, депресивних станів, психологічних травм, варто зосередитися на вивченні цього явища, яке сприяє поширенню стигматизації. Метою досліджень мають бути як і аналіз досвіду кібербулінгу і дискримінації в медіа просторі, так і розробка методів запобігання цьому явищу.

Формулювання мети статті. Отже метою статті було виокремити ознаки процесу стигматизації і знаходження психологічних особливостей переживання кібербулінгу серед стигматизованої меншини.

Огляд літератури. Проблема стигматизації в першу чергу розглядалася на прикладі людей з ментальними захворюваннями (психічно хворі) і отримала свою розробку з введенням в психологію поняття стигми І. Гофманом (Goffman, 1963). Гофман виділяв три відмінних типу стигм: 1) «тілесні каліцтва», 2) індивідуальні недоліки характеру, які сприймаються іншими як слабкість волі, що включають такі девіації, як: психіатричний діагноз, тюремне ув'язнення, наркоманія, сексуальна орієнтація, безтурботність, суїцидальні спроби і 3) маргінальні соціальні і політичні положення. Всі ці стигми мають одну спільну рису: вони несуть в собі коннотат «неправильного індивіда» («spoilt identity», за Гофманом), який накладається на самосвідомість цих людей і сприйняття їх у соціумі. Гофман вважав, що стигматизації піддаються аж ніяк не всі небажані особливості, а тільки ті з них, які в уявленні групи несумісні з образом індивіда, з тим, «яким він повинен бути». Гофман акцентував увагу на тому, що стигма – це не природна маркування менш гідного, а результат соціального приписування. Стигматизація, в його розумінні, це проекція на індивіда або групу суджень про те, що є «негідним», «невідповідним» .

Стигма завжди емоційно забарвлена і може бути абсолютно не виправдана фактами. Це і є основною відмінністю стигм від стереотипів. Наочним прикладом стигми є те, що більшість людей вважають алкоголіків набагато менш небезпечними і викликають більше симпатії, ніж шизофреніків, гомосексуалів і представників інших традиційно стигматизованих груп. Ці помилки поширюються і на сприйняття причин захворювань. Так, причиною шизофренії більше 50% американців називають «хімічну природу мозку» , в той час, як 40% вважають алкоголізм наслідком «підвищених стресів»; а причиною наркоманії 30% називають «поганий характер» (Gilbert, 2001). Нелогічність і не відповідність цих уявлень науковим фактам явно вказують на те, що за стигмою психічно хворих стоять глибинні психологічні детермінанти.

Стигма як соціальне уявлення має інформаційну основу, що складається з наукових і культуральних міфів, які структуруються в систему комунікованих значень і набувають емоційно–особистісну забарвлення.

Стигматизація описується як процес виділення індивіда з суспільства за фактом наявності певної відмінності з подальшим сприйняттям його оточуючими через призму стереотипних уявлень про цю відмінність і емоційним і поведінковим реагуванням, заснованим на ставленні до категорії тих чи тих людей (Link & Phelan, 2001). Автори описали цей процес як тривалий і багатоаспектний, що протікає на психологічному і соціальному рівнях. Розвиток стигматизації проходить наступні етапи: 1. виділення і «маркування» людини, яка відрізняється від умовної норми; 2. присвоєння їй негативних якостей відповідно до існуючих у даній культурі уявлень про виділені особливості; 3. віднесення її до певної «категорії», яка протистоїть суспільству і 4. подальше зниження соціального статусу цієї людини. Іншими словами, стигма формується спочатку визначенням іншого, потім називанням його «негідним», а потім приписуванням і навіюванням провини того, хто інший за те, що він відрізняється.

Феноменологія психологічних наслідків стигми для ментально хворих детально описана психіатрами, соціологами і психологами. Основний акцент дослідники роблять на вивченні провини і сорому, що виникають у цих людей в зв'язку з атрибутами, що містяться в міфології стигм (Михайлова, Ястребов & Ениклопов, 2002). Пінель ввів поняття «стигма–усвідомленість» (Pinel, 1999) для опису того, наскільки хворі усвідомлюють вплив власної стигми і які психологічні наслідки це викликає.

Стигма – це певна якість або ознака індивідуума, який визначається індивідуумом як неприйнятний, негативний, неприємний. Ця риса не відповідає власним принципам і світогляду і актуальним в даний момент цінностей суспільства. В результаті перенесення цієї ознаки на іншого індивідуума чи соціальну групу, особистість ілюзорно звільняється від наявності цієї ознаки у себе. Створюється хибне уявлення, що цим ознакою має хтось інший, а не я.

Ті почуття, які індивідуум переживав стосовно власної стигми, а це може бути лють, ненависть, злоба, ворожість, страх, жах, обурення, вже переживаються не по відношенню до себе, а до тих людей, точніше групам людей, на які була перенесена ця стигма. Таким чином, формуються групи з певним репертуаром поведінки, зовнішніми ознаками і якостями, почуттями і способом мислення. Створюється «химера», яку можна ненавидіти, боятися, зневажати, над нею можна сміятися і принижувати її.

Аби стигматизовувана меншина сформувалася, необхідна наявність трьох базових умов. По-перше, ця група повинна бути нечисленна. По-друге, ця група повинна володіти певними характеристиками, неприйнятними для групи-більшості, тобто стигмою. І, по-третє, групою-більшістю, («нормалізованої групою» по Б. Вальденфельс), повинні відчужуватися права у стигматизовуваних меншин і сама стигматизовувана меншина повинна ізолюватися «нормалізованої групою» (Епов, 2004).

Стигматизовувана меншина відчужується від більшості, цій групі присвоюється ознака «чужості», «ізгоя» . При цьому використовуються такі визначення як брудний, заразний, дефектний, «блаженний», недорозвинений. Страх, який переживається перед стигматизовуваною меншиною, дуже часто трансформується в агресію і підштовхує більшість до ізолювання цих груп, відчуження, виключення з суспільства. Це виключення відбувається обов'язково зі знеціненням прав стигматизовуваних меншин.

Безправні меншини стають більш контрольованими і більш безпечними. Всім відомі ці меншини: ВІЛ-інфіковані, люди з обмеженими фізичними можливостями, сексуальні меншини, «особи кавказької національності», і люди з ментальними захворюваннями.

Всі ті змінені почуття і думки, а також зміна ставлення до об'єкта, після того як він опинився в стигматизованій групі, можна визначити як стигматизаційна напруга.

У літературі також описано близький до цього процес – самостигматизації (Goffman, 1963; Михайлова та ін., 2002) – усвідомлення людиною наявності певної особливості, що вирізняє від більшості, засвоєння і застосування до себе міфів про свою «інакшість», з подальшим дистанціюванням від потенційних стигматизаторів; це, на думку авторів, веде до зниження соціального статусу, самооцінки, що в свою чергу посилює стигматизацію, тобто цей процес є порочним колом. Узагальнюючи наявний матеріал, можна зробити висновок, що «реакція на стигматизацію визначається тими ж факторами, що і мотивація до стигматизації (ступінь задоволеності своїм життям, ієрархія цінностей, узагальнений образ «іншого»), а також особистісної структурою» – це значить, що можна розглядати стигматизацію і самостигматизацію як єдиний процес (Михайлова та ін., 2002).

Самостигматизування відбувається в процесі міркування особистості про свою «інакшість». Якщо ці негативні установки приходять ззовні, то говорять про зовнішню стигматизацію. Самостигматизування є похідним зовнішнього стигматизування. Самостигматизування завжди другорядне по відношенню до зовнішнього стигматизування. Звідси багато хто робить висновок, що спочатку треба боротися із зовнішнім стигматизуванням. Так, є приклади групи людей, які стигматизуються тільки ззовні, і ніколи не стигматизують себе самі. До них можна віднести представники сект або певна частина сексуальних меншин.

Самостигматизування може розвиватися за спрощеним варіантом самопророцтва. Дослідження показують, що страх перед стигматизуванням сильніше, ніж реально пережите стигматизування, тобто людина побоюється стигматизування, ще його не переживши і не відчувши. Щоб уникнути стигматизуванням такі особи закриваються або замовчують свій досвід. Разом з цим представники стигматизовуваних меншин обривають свої контакти або блокують усіма можливими способами повноцінну взаємодію з оточенням. Такі люди бояться бути «викинутими» зі свого оточення і самі ж виключають себе з суспільства, щоб уникнути самого процесу виключення. Це все призводить до різкого звуження спілкування і контактів з мікрооточенням. Так свою

самотність трактується як наслідок заперечення його суспільством і ще більше віддаляються від суспільства.

Описано відміну стигм і процесу стигматизації у людей з діагнозом шизофренія, МДП, депресія тощо. Хоча соціологічні дані вказують на існування диференціації сприйнятті різних ментально хворих у соціумі, психологічне пояснення детермінації всіх видів стигм ментально хворих вважається фундаментально однаковим.

Важливо відзначити, дослідники мало уваги приділяють тим, хто створює і підтримує існування стигм в суспільстві. «Стигматизує» може розумітися в двох сенсах: 1) той, хто створює умови та інформацію, що сприяють появі стигм (продукують міфи і їх поширюють) і 2) ті, хто засвоює ці міфи і, діючи за допомогою них, – стигматизує. Важливим є виявлення саме емоційно-особистісних і мотиваційних особливостей суб'єкта, що детермінують цей процес.

Дослідження тих, хто стигматизує, виявили взаємозв'язок цього процесу з абсолютно різними характеристиками, як соціологічними (залежність від освіти, кількість дітей, віку), так і психологічними – і, виходячи з них, автори моделювали мотивацію стигматизуючого. Ось кілька таких спостережень: «... особи з більш високим інтелектом і більш високою самооцінкою швидше будуть підтримувати позитивне ставлення з психіатричним пацієнтом, тому що їм не потрібно принижувати психічно хворих, щоб відчувати себе розумними або позитивними». «Люди з підвищеною ворожістю, менше готові прийняти або допомогти психічно хворим» (Corrigan, 2004).

Стигматизацію пов'язують з груповими процесами, які сприяють виділенню «іншого» у групах, тому що психологічна і антропологічна характеристика людської природи полягає в демаркації «себе і інших». А причиною цього процесу є несвідома природа людини. Соціальний суб'єкт – змушений кожен раз для підтримки почуття свого «я» віддаляти «їх», а це легко реалізовується в патологізації і відкиданні іншої групи. Оригінальна опису мотивації тих, хто стигматизує, запропонував М.М. Кабанов, який пов'язав прагнення стигматизовуваних з наявністю трьох мотиваційних компонентів: 1. потреби в збереженні задовільних умов свого життя; 2. потреби в збереженні нормального рівня функціонування – збереженні свого інтелектуального рівня; 3. потреби в збереженні своєї емоційної стабільності. Відповідно психічно хворі зі стигмою, в уяві автора, є «загрозливими» задоволенню цих потреб. Дослідження, проведене М.Кабановом спільно з Г.Бурковським, зв'язала ці потреби з деякими особистісними характеристиками, таким чином, створивши своєрідну типологію. Перша потреба частіше у людей принципово задоволених життям, але з негативним ставленням до девіантів. Друга потреба зв'язується з поданням про психічні хвороби як заразних, і як про когнітивних розладах. Третя – із психотичною вразливістю, негативним сприйняттям свого життя, і поданням про психічне захворювання – як емоційному. Ці дані, отримані емпіричним шляхом, є унікальними, так як пов'язують воєдино мотиваційну

структуру, соціальні уявлення та особистість стигматизуючого (Кабанов & Бурковский, 2000).

Одним з головних психологічних механізмів стигматизації, описуваний практично всіма авторами є проєкція: приписування іншому (або групі інших) рис відкидала людиною (або референтною групою) в собі.

У соціальній психології описано безліч близьких цьому феноменів. Наприклад, експериментально доведено, що будь-який інший, «не своєю» групі часто приписують характеристики «небезпеки». Дослідники агресії також виявили масу фактів, що підтверджують посилення ворожості і прояв різних типів агресії по відношенню до тих, які соціально вирізняються і сприйняттям останніх як «небезпечних», «страшних» (Кнуф & Епов, 2006).

Тісно пов'язаними з герменевтична моделями страху є концепції «захисних механізмів», що відсилають до психоаналітичних теорій. У різні періоди творчості Фрейд розумів страх або як базову, неспецифічну характеристику людини в соціумі, що знаходить собі об'єкт, або як «захисний механізм Я» (Бержере, 2001), що виникає специфічно по відношенню до об'єкта. Обидва ці розуміння природи страху знаходять свою реалізацію в теоріях стигматизації. Так, в першому випадку страх «іншого» пов'язаний з тим, що психічно хворий підходить для об'єктивування внутрішньої тривожності і страху. А в другому випадку є, що в ході соціалізації закріплюються об'єкти, які специфічним чином загрожують тим чи іншим об'єктним відносинам. Вибір об'єкта страху визначається в першу чергу ступенем його можливої небезпеки або цінності. Найбільшою мірою «підходящими» виявляються області, погано контрольовані самим суб'єктом, – предмети, що представляють реальну або можливу небезпеку, хвороба, інфекції, стихійні події, випадковості, міжособистісні відносини; або найбільш цінне – власне «Я», найближче оточення, здоров'я, життєві досягнення тощо (Тхостов, 2002). І в тому, і в іншому випадку тісно пов'язаної з поняттям страху виявляється концепція «проєкції». Вважається, що проєкція забезпечує психічну «безпеку суб'єкта», встановлює енергетичну рівновагу між психічними інстанціями і є способом каналізації витіснених бажань. Найчастіше передбачається, що об'єкт, на який спрямовуються проєкції, хоч і є специфічним, не є чітко закріпленим. На рівні аналізу груп відзначається, що негативні і негативні риси особистості часто проєктуються на представників будь-якої яку накладено табу, маргінальної групи (Михайлова та ін., 2002).

Добре відомо, що уявлення про хвороби сильно варіюють в різних культурах (Тхостов, 2002). Дані про специфіку культуральних поглядів на проблему відображають (часом навіть прозоріше інших політичних або соціальних уявлень) якусь істотну характеристику культури, яка виявляє її базове ставлення до людини і його місця в світі.

Крос-культурні відмінності стигм психічно хворих вказують на тісний зв'язок стигм з культурою в цілому, уявленнями в суспільстві про місце людини в ньому, і більш конкретно – з соціальними установами, які встановлюють канони сприйняття психічно хворих.

Очевидно, що стигматизаційна напруга розвивається у взаємодії особистості з суспільством. Це означає, що знизити стигматизаційну напруга можна соціальними і особистісними технологіями. Цей процес позначається як дестигматизація.

Отже, дестигматизація – це відновлення членами стигматизовуваних груп своїх цивільних прав, втрачених у зв'язку з само стигматизацією і зовнішньої стигматизацією.

Важливо для стигматизовуваних меншин знизити рівень самостигматизування і знайти способи і ресурси, щоб захиститися від зовнішнього стигматизування. Справжня і ефективна антистигматизаційна кампанія повинна бути спрямована не тільки на руйнування зовнішньої стигматизації, а й повинна пропонувати таким громадам допомогу в подоланні самостигматизування і посилювати їх навички щодо захисту від зовнішнього стигматизування. Разом з тим за останній час рівень зовнішньої стигматизації тільки посилюється. Окремі дослідники вказують, що неправильно проведена антистигматизаційна кампанія може привести до дрейфу стигматизування від одного співтовариства до іншого.

Обробка процесів самостигматизування і механізмів його шкідливої дії як певна рефлексія представниками стигматизовуваних меншин може відбуватися в групах самопомоги, в рамках психотерапії і в процесі самостійної роботи.

Особлива роль у виявленні і обробці самостигматизування відводиться спілкуванню між представниками стигматизовуваних спільнот в рамках груп самопомоги, а також участі в структурованих навчальних програмах, семінарах–тренінгах (як для самих представників, так і для їхніх родичів). Часто найкраще може говорити про стигматизування той, хто це пережив сам, виробив досвід подолання. Люди, які пережили досвід самостигматизування, являють собою гарну модель для позитивної взаємодії зі стигмою.

Під особистісними технологіями (дестигматизація зсередини) розуміється сукупність психотерапевтичних, психологічних методів, а також створення так званої робочої команди.

Насамперед необхідно задовольнити дефіцит інформації про те, що піддається стигмі (хвороба, сексуальність, етнос тощо). Це інформування може відбуватися в груповому форматі і індивідуальному. Інформування завжди має бути прицільним, дуже важливо відповісти на тривожні питання, обговорити явні і «надумані» проблеми і шляхи виходу з них. Пропонується інформація з різних джерел: з книг, журналів для хворих та їхніх родичів, буклетів, Інтернету, участі в тренінг–групах, групах для родичів.

Крім інформування родичів важлива і сімейна терапія. У процесі сімейної терапії можуть бути досягнуті часом значно більші результати, ніж в індивідуальній психотерапії. Сімейна терапія є потужним провокатором дискусій і діалогу між родичами. І психотерапевт часто просто прагне підтримувати цей діалог і навіть стимулювати, ніж втручатися в нього.

Організація емпіричного дослідження: процедура, методичний інструментарій, результати. Для уточнення особливостей сприйняття

стигматизації і відображення цього явища в процесі медіакомунікації було проведено два окремих опитування, одне серед загального населення, а інше про особливості переживання стигматизовуваними меншинами власної стигматизації вивчалось під час опитування ЛГБТ і ВІЛ активістів. Загальна вибірка склала 687 особи, із яких 493 – це загальне населення, а 194 – це представники стигматизовуваних меншин.

Для початку було встановлено рівень обізнаності щодо можливих характеристик стигматизації, а саме ВІЛ і ЛГБТ. У цілому абсолютна більшість респондентів (більше 90%) вважає, що їм відомо, що таке ВІЛ та ЛГБТ. Обізнаність щодо ВІЛ має тенденцію підвищуватися серед респондентів віком 31-40 років (96,1% проти 93,9% серед усіх), а зі збільшенням віку значуще зменшується рівень обізнаності про ВІЛ і ЛГБТ ($p \leq 0,05$).

Якщо говорити про обізнаність залежно від роду зайнятості, то серед представників керівного складу (97,3%) і фахівців вищої ланки (96,0%) обізнаність найвища. Тенденції до зниження рівня обізнаності, у порівнянні з усіма респондентами, спостерігається серед робітників (88,8%) – рівень значущості становить $p \leq 0,1$.

Також було досліджено шляхи використання медіакомунікації стосовно отримання інформації про стигматизовувани меншини. Говорячи про основне джерело інформації щодо ВІЛ та ЛГБТ, респонденти відзначили, що ними є телебачення/радіо (як традиційні відео і аудіо шляхи медіакомунікації) – більше половини респондентів (57,4%) відзначили це. Але при цьому прослідковується лінійна залежність отримання інформації щодо ВІЛ і ЛГБТ серед представників різних вікових груп. Телебачення/радіо більш актуальні для старшої вікової групи (старші за 40 років). Чим більше вік, тим більше частка тих, хто отримав інформацію саме з цього джерела: 65,4% для вікової групи 41-50 років і 78,2% для вікової групи 51 рік і більше ($p \leq 0,05$).

Молодь до 30 років переважно дізналася про ВІЛ і ЛГБТ під час використання Інтернет медіа (35,6% проти 29,2% серед загальної вибірки), також велика частка тих, хто вказує освітянський простір як джерело обізнаності. При цьому прогнозовано в цій віковій категорії зменшена медіакомунікація через друковані ЗМІ (15,5% проти 23,1% серед загальної вибірки, ($p \leq 0,05$)).

Але незважаючи на те, що 90 відсотків респондентів високо оцінили рівень власних знань щодо ВІЛ і ЛГБТ, тільки 60% з них вважає, що інформації їм скоріше або повністю достатньо. При цьому обсяг інформації з цього питання можна назвати «скоріше достатнім», оскільки лише 15,8% вважають, що їм повністю достатньо тих знань, які вони отримали.

Варто зазначити, що чоловіки менш стурбовані питанням ВІЛ і ЛГБТ, ніж жінки (27,9% чоловіків це питання скоріше або зовсім не турбує, тоді як серед жінок цей показник складає 19,2%). Водночас, респонденти старшого віку (51 рік і старші) стурбовані цими питаннями значуще більше, ніж представники інших вікових груп ($p \leq 0,01$).

Переважна більшість респондентів вважає, що людина, яка живе з ВІЛ, заслуговує на рівні з іншими членами суспільства права та можливості (середня оцінка 5,7 балів із 7), має право працювати нарівні з усіма (5,6 балів) і заслуговує на підтримку від оточення на роботі, суспільства і держави (5,5).

Хоча респонденти здебільшого вважають, що люди з ВІЛ заслуговують на рівність у правах та ставленні, але частка тих, хто ставиться до ВІЛ-інфікованих більш упереджено більша серед респондентів, що займають низькі професійні посади ($p \leq 0,05$).

Щодо ЛГБТ спільноти, то респонденти демонструють протилежні оцінки, тут високо оцінюються твердження про те, що ЛГБТ особи мають приховувати це і нікому про це не розказувати, також досить велика оцінка у твердження про ізоляцію ЛГБТ спільноти (середня оцінка 4,2 бали із 7) – рівень значущості $p \leq 0,01$.

При порівнянні лише відповідей 6 і 7, де 7 – «повністю згоден/згодна із твердженням», то можна зробити висновок, що респонденти віком від 50 років і більше схильні до підтримки людей із ВІЛ, аніж молоді до 30 років. Якби з'ясувалося, що по сусідству живе сім'я, в якій є ВІЛ-інфіковані, то підтримати їх в разі необхідності були б готові 45,5% респондентів віком від 50 років, в той час як серед молоді до 30 років цей відсоток значно нижче – 28,6% ($p \leq 0,05$). І навпаки в питанні з ЛГБТ спільнотою ($p \leq 0,05$) – тут вже молоді до 30 років демонструє більшу схильність до підтримки (35,4% проти 18,8%).

Неоднозначність ставлення до ВІЛ інфікованих тим не менш не впливає на загальну впевненість респондентів у тому, що права таких людей порушуються і це питання потрібно вирішувати: 89,2% погоджуються з цим. Для вікової групи 51 рік і більше цей відсоток ще вищий – 92,9%, а для групи 18-30 років – значно нижчий ($p \leq 0,05$), ніж серед загальної вибірки (83,3%).

Але декларативна підтримка людей з ВІЛ позитивним статусом не має нічого спільного із реальною. В основному, респонденти не погоджуються близько допускати людей із ВІЛ. Здебільшого їх готові прийняти як жителів України або не приймати взагалі (сумарно «згодні прийняти як жителів України», «гостей України» і «не приймаю таких осіб» 59,6%). Найбільш лояльні до людей із ВІЛ – це керівники, серед яких вище частка тих, хто готовий бачити їх як сусідів (18,9%). Робітники більше застережливо ставляться до людей із ВІЛ, а 15,5% взагалі вважають, що їх варто ізолювати.

Це також проявляється і у питанні ЛГБТ осіб – толерантне ставлення респондентів залежить від рівня займаної посади: керівники демонструють готовність надавати підтримку таким особам: 15,6% повністю готові це зробити, що статистично більше, ніж серед всіх (10,6%); Серед інших респондентів ставлення до ЛГБТ більш застережливе: менша готовність товаришувати з ними, і ще менше працювати разом ($p \leq 0,05$).

За останні 6 місяців тільки третина респондентів (31,3%) не переживала почуття приниження, образи або страху через порушення їхніх прав. Ще третина (35,6%) стикалася з проявами порушення рідко, а 13,5% час від часу. Лише близько 6% респондентів зізналися, що їм доводилось переживати

почуття приниження часто (3,7%) або майже постійно (2,2%). Прояви дискримінації на робочому місці також не є масовими, але 14,4% респондентів стикалися з ними протягом останніх 6 місяців незалежно від віку.

Ті респонденти, які стикалися з проявами дискримінації, в основному стикалися з дискримінацією за ознакою майнового стану (26,2%) і ідеологічних переконань (23,4%). Рідше за ознакою мови, статі і віку. Варто звернути увагу, що керівники частіше стикаються з дискримінацією за мовною ознакою (26,5% проти 12,3% серед всіх), а фахівці середньої ланки за ознакою «вага» (15,4% проти 7,5% серед загальної вибірки).

Найтипівіші стресові ситуації на робочому місці – це психологічний тиск керівництва (18,5%) і прояв примусового виконання справ за межами робочих обов'язків (11,1%). Старші люди менше переживають стрес внаслідок тиску керівництва і з боку колег (11,7% і 2,3% відповідно). Більш молода аудиторія (18-30 років) більш уразлива до психологічного тиску з боку колег (9,5% проти 5,2% серед всіх).

Інша частина дослідження була спрямована на стигматизовувані меншини (на прикладі ЛГБТ і ВІЛ активістів) для того аби з'ясувати наявний досвід переживання стигматизації у медіа просторі, а саме досвід кібербулінгу і його форми, з якими стикалися респонденти. У цілому було опитано 194 респондента, методом онлайн опитування.

Була розроблений авторська методика дослідження вираженості і прояву кібербулінгу в медіа просторі у вигляді анкети із закритими і відкритими питаннями.

Найбільш проявлена позиція активістів у соціальній мережі Facebook (79%) – активно коментують, роблять пости своєї діяльності тощо. Також найбільш «активними місцями позиціонування» активістів є коментарі до новин (51%) і Instagram (49%).

ЛГБТ активісти активніше використовують Twitter, також помітним є значуща присутність ЛГБТ на YouTube, тоді як цей медіа канал майже не використовують для своєї діяльності ВІЛ активісти.

Загалом 71% опитаних були жертвами кібербулінгу (від поодиноких випадки(49%), до постійного переживання цькування (4%). Це різко контрастує з відповідями респондентів про відчуття безпеки, коли 61% сказали, що відчують себе безпечно.

Це може свідчити про те, що кібербулінг зараз не сприймається як загроза безпеки в Інтернеті і активістам важко оцінити його наслідки

Найчастіше жертвами кібербулінгу є чоловіки (74%), а серед активістів: ВІЛ (79%) і ЛГБТ (71%).

Найчастіше активісти стикаються з такими проявами кібербулінгу:

- образами у коментарях до новин (33%) і в мережі Twitter (33%)
- погрози в мережі Facebook (35%)
- залякування на форумах (13%)
- блокування активності в Facebook (6%) і Instagram (6%)
- спам-атаки в мережі Facebook (4%)

Третина респондентів зазнавали особисто, або через організацію до якої належать, цілеспрямовані атаки на їхню активність у Інтернет просторі (блокування контенту). Це яскравіше виражено серед ВІЛ активістів (42%).

Лише 20% жертв кібербулінгу звертались до різних інституцій із метою припинення цькування. Найчастіше звертаються до: громадських організацій, міжнародних організацій, адміністраторів ресурсу, родичів/близьких людей, до офісу Омбудсмана.

Головними причинами не звернення при випадках кібербулінгу є:

- Вважають, що компетентні органи не допоможуть.
- Брак знань, куди варто звертатися.
- Особиста оцінка, що на це явище неможливо вплинути.

Активісти вважають, що при кібербулінгу варто звертатися до кіберполіції/поліції (58%) і до громадських, правозахисних організацій (51%).

Найбільш дієвими засобами боротьби з кібербулінгом для активістів є скарги до адміністрації соціальних мереж/ресурсів, де був факт порушення прав (59%), а також просвітницьку роботу в оф–лайн про небезпеку кібербулінгу (37%).

Разом з тим, 26% активістів відзначає що не бачать дієвих засобів боротьби з кібербулінгом.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Ознаками процесу стигматизації є виділення в суспільстві певних ознак невеликих спільнот і подальше негативне ставлення до них, закріплення уявлень і міфів, які не базуються на реальному досвіді. Це запускає процес самотимгатизації, який вказує на наявність проблеми стигматизації меншин у суспільстві.

Продемонстровано, що кібербулінг є досить поширеним явищем серед таких стигматизовуваних меншин як ВІЛ-інфіковані і ЛГБТ спільнота. Так само доведено, що під час медіакомунікації стигматизовувані меншини зазнають стигматизації. Отже наступним кроком дослідження є побудова ефективних технологій соціально-психологічної підтримки таких меншин у сфері медіакомунікацій.

Наступним етапом на основі цих даних вбачаємо побудову соціальних практик дестигматизації, які б впливали на широкі верстви населення, що не належать до стигматизовуваних меншин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бержере, Ж. (2001). *Психоаналитическая патопсихология*. Москва, М: Московский государственный университет.
2. Кабанов, М. М., & Бурковский, Г. В. (2000). Редукция стигматизации и дискриминации психически больных. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*, 1, 3-8.
3. Кнуф, А., & Епов, Л. Ю. (2006). Стигма: теорія і практика. *Знання. Розуміння. Уміння*, 3, 116-122.
4. Михайлова, И. И., Ястребов, В. С., & Ениколопов, С. Н. (2002). Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию

психически больных разных нозологических групп. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 7, 58-65.

5. Тхостов, А. Ш. (2002). *Психология телесности*. Москва, М: Издательство «СМЫСЛ».
6. Епов, Л. Ю. (2004). Использование мотивационной психотерапии при лечении больных на алкогольную зависимость. *Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва*.
7. Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
8. Gilbert, P. (2001). Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". In A.H. Crisp (Ed.), *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press.
9. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
10. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
11. Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128.

References

1. Berzhere, Zh. (2001). *Psihoanaliticheskaya patopsihologiya: teoriia i klinika [Psychoanalytic pathopsychology: theory and clinic]*. (A.Sh. Tkhostov Translate). Moscow, M: Lomonosov Moscow State University [in Russian].
2. Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
3. Eпов, L. Yu. (2004). Ispolzovanie motivatsionnoi psikhoterapii pri lechenii bolnykh na alkogolnuyu zavisimost [The use of motivational psychotherapy in the treatment of patients with alcohol dependence]. *Extended abstract of candidate's thesis. Moscow: National Scientific Center for Addiction Treatment [in Russian]*.
4. Gilbert, P. (2001). Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". In A.H. Crisp (Ed.), *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Royal Society of Medicine Press.
5. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
6. Kabanov, M. M., & Burkovskii, H. V. (2000). Reduktsiya stigmatizatsii i diskriminatsii psikhicheski bolnykh [Reduction of stigmatization and discrimination of mentally ill people]. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 1, 3-8 [in Russian].
7. Knuf, A., & Eпов, L. Yu. (2006). Stigma: teoriya i praktika [Stigma: theory and practice]. *Knowledge. Insight. Skill*, 3, 116-122 [in Ukraine].
8. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

9. Myhailova, I. I., Yastrebov, V. S., & Enykolopov, S. N. (2002). Kliniko-psyhologicheskii i sotsialnye factory, vliyaushie na stigmatizatsiyu psyhicheski bolnykh raznykh nozologicheskikh grupp [Clinical-psychological and social factors influencing on the stigmatization of mentally ill different nosological groups]. *Journal of Neurology and Psychiatry S.S.Korsakova*, 7, 58-65 [in Russian].
10. Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128.
11. Thostov A. Sh. (2002). *Psihologiya tilesnosti [Psychology of corporality]*. Moscow, M: Sens [in Russian].