

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТИГМАТИЗАЦІЇ ІНАКШОСТІ ТА ЇЇ ВИЯВЛЕННЯ У ПРОЦЕСІ МЕДІАКОМУНІКАЦІЇ

Визначено ознаки стигматизації та психологічні особливості переживання кібербулінгу серед стигматизованої меншини. Приділено увагу процесу самостигматизації, оскільки це призводить до зниження соціального статусу, самооцінки, що, у свою чергу, посилює стигматизацію.

Проведено два окремі опитування: одне серед загального населення, а інше – про особливості переживання стигматизованими меншинами власної стигматизації – серед ЛГБТ- і ВІЛ-активістів. Загалом 71 % опитаних були жертвами кібербулінгу (від поодиноких випадків (49 %) до постійного переживання цькування (4 %)). Найчастіше жертвами кібербулінгу ставали чоловіки, зокрема ВІЛ-активісти. Найчастіше активісти стикалися з такими виявленнями кібербулінгу, як образи в коментарях до новин і мережі "Twitter", погрози в мережі "Facebook", залякування на форумах.

Ключові слова: дискримінація, кібербулінг, ЛГБТ-спільнота, медіакомунікація, стигматизація.

Вступ. Найбільш наочним і поширеним явищем вияву дискримінації стигматизованих меншин у медіапросторі 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 стигматизованою в 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 на наявні дані, що кібербулінг є причиною самогубств, депресивних станів, психологічних травм, варто зосередитися на вивченні цього явища, яке сприяє поширенню стигматизації. Метою досліджень є як аналіз досвіду кібербулінгу і дискримінації в медіапросторі, так і розробка методів запобігання цьому явищу.

Метою статті є виокремлення ознак процесу стигматизації та знаходження психологічних особливостей переживання кібербулінгу серед стигматизованої меншини.

Огляд літератури. Проблема стигматизації передусім розглядалася на прикладі людей із ментальними захворюваннями (психічно хворі) і почала розроблятися з уведенням у психологію поняття стигми І. Гофманом [9]. Гофман виділяв три відмінні типи 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; 3) маргінальні соціальні та політичні положення. Усі ці стигми мають одну спільну рису: вони містять 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 має бути. Гофман акцентував увагу на тому, що стигма – це не природне маркування менш гідного, а результат соціального приписування. Стигматизація, у 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 вони викликають більше симпатії, ніж шизофреніки, гомосексуалісти і представники інших традиційно стигматизованих груп.

Ці помилки поширюються і на сприйняття причин захворювань. Наприклад, причиною шизофренії більше 50 % американців називають "хімічну природу мозку", у той час як 40 % вважають алкоголізм наслідком підвищених стресів, а причиною наркоманії 30 % називають поганий характер [8]. Нелогічність і невідповідність цих уявлень до наукових фактів явно вказують на те, що за стигмою психічно хворих стоять глибокі психологічні детермінанти.

Стигма як соціальне уявлення має інформаційну основу, що складається із наукових і культуральних міфів, які виражаються вербально і часто супроводжуються емоційною експресією. Стигматизація описується як процес виділення індивіда із суспільства за фактом наявності певної відмінності з подальшим сприйняттям його оточуючими крізь призму стереотипних уявлень про цю відмінність і емоційним і поведінковим реагуванням, заснованим на ставленні до категорії тих чи інших людей [10]. Автори описали цей процес як тривалий і багатоаспектний, що перебігає на психологічному і соціальному рівнях. Розвиток стигматизації проходить такі 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 й сорому, що виникають у цих людей у зв'язку з атрибутами, що містяться в міфології стигм [4]. Пінель увів поняття *стигма-усвідомленість* [11] для опису того, наскільки хворі усвідомлюють вплив власної стигми і які психологічні наслідки це викликає.

Стигма – це певна якість або ознака індивідуума, що визначається індивідуумом як неприйнятна, негативна, неприємна. Ця риса не відповідає власним принципам і світогляду й актуальним у поточний момент цінностям суспільства. У результаті перенесення цієї ознаки на іншого індивідуума чи соціальну групу особистість ілюзорно звільняється від її наявності в себе. Створюється хибне уявлення, що "цю ознаку має хтось інший, а не я".

Почуття, які індивідуум переживав стосовно власної стигми (лють, ненависть, злоба, ворожість, страх, жах, обурення тощо), уже відчуються не щодо себе, а до тих людей, точніше груп, на які була перенесена 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 стигматизована меншина сформувалася, необхідна наявність трьох базових умов. По-перше, ця група має бути нечисленна. По-друге, вона має володіти певними характеристиками, неприйнятними для групи-більшості, тобто стигмою. І, по-третє, групою-більшістю (*нормалізованою групою*, за Б. Вальденфельс) мають відчуватися права у стигматизованих меншин, а сама стигматизована меншина має ізолюватися від нормалізованої групи [6].

Стигматизована меншина відчужується від більшості, цій групі присвоюється ознака "чужості", ізгоя. При цьому використовуються такі визначення, як брудний, заразний, дефектний, блаженний, недорозвинений. Страх, який відчувається перед стигматизованою меншиною, дуже часто трансформується в агресію і підштовхує більшість до ізолювання цієї групи, відчуження, виключення її із суспільства. Це виключення відбувається обов'язково зі знеціненням прав стигматизованих меншин. Безправні меншини стають більш контрольованими і більш безпечними. Усім відомі ці меншини: ВІЛ-інфіковані, люди з обмеженими фізичними можливостями, сексуальні меншини, "особи кавказької національності" і люди з ментальними захворюваннями. Усі ті змінені почуття і думки, а також зміна ставлення до об'єкта після того, як він опинився у стигматизованій групі, можна визначити як *стигматизаційну напругу*.

У літературі також описано процес *самостигматизації* [9; 4] – усвідомлення людиною наявності певної особливості, що відрізняє її від більшості, засвоєння і застосування до себе міфів про свою "інакшість" із подальшим дистанціюванням від потенційних стигматизаторів. Це, на думку авторів, веде до зниження соціального статусу, самооцінки, що, у свою чергу, посилює стигматизацію, тобто цей процес є порочним колом. Узагальнюючи наявний матеріал, можна зробити висновок, що "реакція на стигматизацію визначається тими самими факторами, що і мотивація до стигматизації (ступінь задоволеності своїм життям, ієрархія цінностей, узагальнений образ "іншого"), а також особистісною структурою". Це означає, що можна розглядати стигматизацію і самостигматизацію як єдиний процес [4].

Самостигматизування відбувається у процесі міркування особистості про свою "інакшість". Якщо ці негативні настанови приходять ззовні, то говорять про зовнішню стигматизацію. Самостигматизування є похідною від зовнішнього стигматизування. Самостигматизування завжди другорядне щодо зовнішнього стигматизування. Звідси багато хто робить висновок, що спочатку треба боротися із зовнішнім стигматизуванням. Є приклади груп людей, які стигматизуються тільки ззовні й ніколи не стигматизують себе самі. До них можна віднести представників сект або певну частину 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 й не відчувши. Щоб уникнути стигматизування, такі особи закриваються або замовчують свій досвід. Разом із цим

представники стигматизованих меншин обривають свої контакти або блокують усіма можливими способами повноцінну взаємодію з оточенням. Такі люди бояться бути "викинутими" зі свого оточення і самі виключають себе із суспільства, щоб уникнути процесу виключення. Це призводить до різкого звуження спілкування і контактів з мікрооточенням. Свою самотність вони трактують як наслідок заперечення суспільством і ще більше віддаляються від нього.

Описано відмінність стигм і процесу стигматизації в людей із шизофренією, МДП, депресією тощо. Хоча соціологічні дані вказують на існування диференціації сприйняття різних ментально хворих у соціумі, психологічне пояснення детермінації всіх видів стигм ментально хворих вважається фундаментально однаковим.

На жаль, дослідники мало уваги приділяють тим, хто створює і підтримує існування стигм у суспільстві. Слово "стигматизує" може розумітися у двох сенсах: 1) той, хто створює умови та інформацію, що сприяють появі стигм (продукують міфи та їх поширюють); 2) ті, хто засвоюють ці міфи і, діючи за допомогою них, стигматизують. 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, вік), так і психологічними. 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 із 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 [7].

Стигматизацію пов'язують із груповими процесами, які сприяють виділенню "іншого" у групах, тому що психологічна й антропологічна характеристика людської природи полягає в демаркації себе та інших. Причиною цього є несвідома природа людини. Соціальний суб'єкт змушений кожного разу для підтримки почуття свого "Я" віддаляти "їх", а це легко реалізується в патологізації та відкиданні іншої групи. Оригінальний опис мотивації тих, хто стигматизує, запропонував М. М. Кабанов, який пов'язав прагнення стигматизованих із наявністю трьох мотиваційних компонентів: 1) потреби у збереженні задовільних умов свого життя; 2) потреби у збереженні нормального рівня функціонування, тобто свого інтелектуального рівня; 3) потреби у збереженні своєї емоційної стабільності. Відповідно психічно хворі зі стигмою, в уяві автора, "загрожують" задоволенню цих потреб. Дослідження, проведене М. Кабановом спільно із Г. Бурковським, пов'язало ці потреби з деякими особистісними характеристиками, створивши своєрідну типологію. Перша потреба частіше виникає в людей, що принципово задоволені життям, але з негативним ставленням до девіантів. Друга потреба пов'язується з уявленням про психічні хвороби як заразні та як при когнітивних розладах. Третя – із психотичною вразливістю, негативним сприйняттям свого життя й уявленням про психічні захворювання як емоційні. Ці дані, отримані емпіричним шляхом, унікальні, оскільки пов'язують мотиваційну структуру, соціальні уявлення й особистість стигматизуючого [2].

Проєкція є одним із головних психологічних механізмів стигматизації, а саме приписування іншому (або групі інших) тих рис, що людина заперечує або відкидає в собі. У соціальній психології описано безліч близьких

цьому феноменів. Наприклад, експериментально доведено, що будь-кого іншого, представника "не своєї" групи, часто вважають небезпечним. Дослідники також виявили масу фактів, що підтверджують посилення ворожості та вияви різних типів агресії щодо тих, хто соціально вирізняється, а тому сприймається як "небезпечний", "страшний" [3].

Тісно пов'язані з герменевтичними моделями страху 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" [1], який виникає специфічно щодо об'єкта. Обидва ці розуміння природи страху реалізуються в теоріях стигматизації. У першому випадку страх "іншого" пов'язаний із тим, що психічно хворий підходить для об'єктивування внутрішньої тривожності та страху, у другому – що в ході соціалізації закріплюються об'єкти, які специфічно загрожують тим чи іншим об'єктивним відносинам. Найбільшою мірою релевантними виявляються сфери, погано контрольовані самим суб'єктом, тобто предмети, що становлять реальну або можливу небезпеку, хвороби, інфекції, стихійні події, випадковості, міжособистісні відносини, або найбільш цінне – власне "Я", найближче оточення, здоров'я, життєві досягнення тощо [5]. І в тому, і в іншому випадку тісно пов'язаною з поняттям страху стає концепція *проекції*. Вважається, що проекція забезпечує психічну безпеку суб'єкта, устанавлює енергетичну рівновагу між психічними інстанціями і є способом каналізації витиснених бажань. Найчастіше передбачається, що об'єкт, на який спрямовуються проекції, хоч і специфічний, але нечітко закріплений. На рівні аналізу груп зазначається, що негативні риси особистості часто проєктуються на представників будь-якої маргінальної групи або тих, на кого накладено табу [4].

Добре відомо, що уявлення про хвороби сильно варіюють у різних культурах [5]. 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 та її місця у світі. Крос-культурні відмінності стигм психічно хворих указують на тісний зв'язок стигм із культурою загалом, уявленнями в суспільстві про місце людини в ньому, і більш конкретно – із соціальними установами, які встановлюють канони сприйняття психічно хворих.

Очевидно, що стигматизаційна напруга розвивається у взаємодії особистості із суспільством. Це означає, що знизити стигматизаційну напругу можна соціальними й особистісними технологіями. Цей процес визначається як *дестигматизація*. Отже, *дестигматизація* – це відновлення членами стигматизованих груп своїх цивільних прав, утрачених через самостигматизацію і зовнішню стигматизацію.

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

Обробка процесів самостигматизування і механізмів його шкідливої дії як певна рефлексія представниками

стигматизованих меншин може відбуватися у групах самопомогі, рамках психотерапії й у процесі самостійної роботи. Особлива роль у виявленні й обробці самостигматизування відводиться спілкуванню між представниками стигматизованих спільнот у межах груп самопомогі, а також участі у структурованих навчальних програмах, семінарах-тренінгах (як для самих представників, так і для їхніх родичів). Часто щонайліше може говорити про стигматизування той, хто це пережив сам, виробив досвід подолання. Люди, які пережили досвід самостигматизування, є хорошою моделлю для позитивної взаємодії зі стигмою.

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

Насамперед необхідно створити дефіцит інформації про те, що піддається стигмі (хвороба, сексуальність, етнос тощо). Це інформування може відбуватися у груповому форматі та індивідуальному. Інформування завжди має бути прицільним, дуже важливо відповісти на тривожні запитання, обговорити явні й надумані проблеми та шляхи виходу з них. Пропонується інформування з різних джерел: книг, журналів для хворих та їхніх родичів, буклетів, інтернету, участь у тренінг-групах, групах для родичів.

Крім інформування родичів, важлива також сімейна терапія. У процесі сімейної терапії можуть бути досягнуті навіть 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.

Методологія та результати дослідження. Для уточнення особливостей сприйняття стигматизації та відображення цього явища у процесі медіакомунікації було проведено два окремі опитування: одне серед загального населення, а інше, про особливості переживання стигматизованими меншинами власної стигматизації, вивчалось під час опитування ЛГБТ- і ВІЛ-активістів. Загальна вибірка становила 687 осіб, із яких 493 – загальне населення, а 194 – представники стигматизованих меншин.

Для початку було встановлено рівень обізнаності щодо можливих характеристик стигматизації, а саме ВІЛ і ЛГБТ. Загалом 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 цієї обізнаності ($p \leq 0,05$).

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

Також було досліджено шляхи використання медіакомунікацій стосовно отримання інформації про стигматизовані меншини. Говорячи про основне джерело інформації щодо ВІЛ та ЛГБТ, респонденти зазначили, що ними є телебачення/радіо (як традиційні відео- і аудіошляхи медіакомунікації) – більше половини респондентів (57,4 %). Але при цьому спостерігається 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 із 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 інтернету (35,6 % проти 29,2 % серед загальної вибірки), також велика частка тих, хто вказує освітнянський простір як джерело обізнаності. При цьому прогнозовано в цій віковій категорії зменшена медіакомунікація через друковані ЗМІ (15,5 % проти 23,1 % серед загальної вибірки, $p \leq 0,05$).

Однак незважаючи на те, що 90 % респондентів високо оцінили рівень власних знань щодо ВІЛ і ЛГБТ, тільки 60 % з них вважають, 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 скоріше або зовсім не турбує, тоді як серед жінок цей показник становить 19,2 %). Водночас респонденти старшого віку (51 рік і старші) стурбовані цими питаннями значно більше, ніж представники інших вікових груп ($p \leq 0,01$).

Переважає більшість респондентів вважають, що людина, яка живе з ВІЛ, заслуговує на рівні з іншими членами суспільства прав і можливостей (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 і ставленні, але частка тих, хто ставить до ВІЛ-інфікованих упередження, 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, також досить високо підтримка у твердженні про ізоляцію ЛГБТ-спільноти (середня оцінка 4,2 бали із 7) – рівень значущості $p \leq 0,01$.

При порівнянні відповідей 6 і 7, де 7 – "повністю згоден/згодна із твердженням", можна зробити висновок, що респонденти віком від 50 років і старше більше схильні до підтримки людей із ВІЛ, ніж молодь до 30 років. Якби з'ясувалося, що по сусідству живе сім'я, у якій є ВІЛ-інфікований, то підтримати їх за необхідності були б готові 45,5 % респондентів віком від 50 років, у той час як серед молоді до 30 років цей відсоток значно нижче – 28,6 % ($p \leq 0,05$). І навпаки, щодо ЛГБТ-спільноти ($p \leq 0,05$) молодь 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 розв'язувати: 89,2 % погоджуються із 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 із ВІЛ-позитивним статусом не має нічого спільного з реальною. Зазвичай респонденти не погоджуються близько допускати людей із ВІЛ. Здебільшого їм 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 керівники, серед яких вище частка тих, хто готовий бачити їх як сусідів (18,9 %). Робітники більш застережливо ставляться до людей із ВІЛ, а 15,5 % узагалі вважають, що їх варто ізолювати.

Це також виявляється щодо 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 усіх (10,6 %). Серед інших респондентів ставлення до ЛГБТ більш застережливе: менша готовність товаришувати з ними, ще менша – 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 виявами 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 %). Вияви 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 виявами дискримінації, переважно наражалися на дискримінацію за ознаками майнового стану (26,2 %) та ідеологічних переконань (23,4 %), рідше – за ознаками мови, статі й віку. Варто звернути увагу, що керівники частіше стикаються із дискримінацією за мовною ознакою (26,5 % проти 12,3 % серед усіх), 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 примусове виконання справ за межами робочих обов'язків (11,1 %). Старші люди менше переживають стрес унаслідок тиску керівництва і з боку колег (11,7 % і 2,3 %, відповідно). Молодша аудиторія (18–30 років) більш уразлива до психологічного тиску з боку колег (9,5 % проти 5,2 % серед усіх).

Інша частина дослідження була спрямована на стигматизовані меншини (на прикладі ЛГБТ- і ВІЛ-активістів), щоб з'ясувати наявний досвід переживання стигматизації в медіапросторі, а саме досвід кібербулінгу і його форми, з якими стикалися респонденти. Загалом були опитані 194 респонденти (онлайн-опитування).

Була розроблена авторська методика дослідження вираженості та виявлення кібербулінгу в медіапросторі у вигляді анкети із закритими і відкритими запитаннями.

Найчастіша активність респондентів пов'язана із соціальною мережею "Facebook" (79 %) – активно коментують, роблять пости своєї діяльності тощо. Також активними місцями позиціонування активістів є коментарі до новин (51 %) та "Instagram" (49 %).

ЛГБТ-активісти активніше використовують "Twitter", також помітною є значуща присутність ЛГБТ на "YouTube", тоді як цей медіаканал майже не використовують для своєї діяльності ВІЛ-активісти.

Загалом 71 % опитаних були жертвами кібербулінгу (серед яких поодинокі випадки становили 49 %). Це різко контрастує з відповідями респондентів про відчуття безпеки, коли 61 % сказали, що почувалися безпечно. Це може свідчити про те, що кібербулінг в інтернеті зараз не сприймається як загроза безпеці й активістам важко оцінити його наслідки.

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

Найчастіше активісти стикаються з такими виявленнями кібербулінгу:

- образами у коментарях до новин – 33 %, мережі "Twitter" – 33 %;
- погрозами в мережі "Facebook" – 35 %;
- залякуваннями на форумах – 13 %;
- блокуванням активності у "Facebook" – 6 %, "Instagram" – 6 %;
- спам-атаками в мережі "Facebook" – 4 %.

Третина респондентів зазнавали особисто або через організацію, до якої належать, цілеспрямованих атак на їхню активність у інтернетпросторі (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 або міжнародних організацій, адміністраторів ресурсу, родичів, близьких людей, офісу омбудсмена.

Головні причини незвернення у випадках кібербулінгу:

- вважають, що компетентні органи не допоможуть;
- брак знань, куди варто звертатися;
- особиста думка, що на це явище неможливо вплинути.

Активісти вважають, що при кібербулінгу варто звертатися до кіберполіції/поліції (58 %) і громадських або 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 просвітницька робота у офлайн про безпеку кібербулінгу (37 %). Разом із тим 26 % активістів зазначають, що не бачать дієвих засобів боротьби з кібербулінгом.

Висновки і перспективи подальших досліджень.

Ознаками стигматизування є: виділення в суспільстві певних рис невеликих спільнот і подальше негативне ставлення до них; закріплення уявлень і міфів, які не базуються на реальному досвіді. Це запускає процес самостигматизації, який указує на наявність проблеми стигматизації меншин у суспільстві.

Продемонстровано, що кібербулінг є досить поширеним явищем серед таких стигматизованих меншин, як ВІЛ-інфіковані та ЛГБТ-спільноти. Також доведено, що під час медіакомунікацій ці 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 би впливали на широкі верстви населення, що не належать до стигматизованих меншин.

Список використаної літератури

1. Бергер Ж. Психоаналитическая патопсихология / Ж. Бергер. – М.: Москов. гос. ун-т, 2001.
2. Кабанов М. М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М. М. Кабанов, Г. В. Бурковский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2000. – 1. – С. 3–8.
3. Кнуф А. Стигма: теория и практика / А. Кнуф, Л. Ю. Эпов // Знание. Понимание. Умение. – 2006. – 3. – С. 116–122.

Ihor Husiev, Ph.D. (Psychology), Researcher
 ORCID: 0000-0002-3426-8799
 Institute of Social and Political Psychology,
 National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

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

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.

4. Михайлова И. И. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп / И. И. Михайлова, В. С. Ястребов, С. Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – 7. – С. 58–65.

5. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Изд-во "Смысл", 2002.

6. Эпов Л. Ю. Использование мотивационной психотерапии при лечении больных на алкогольную зависимость: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Ю. Эпов. – М., 2004.

7. Corrigan P. W. How stigma interferes with mental health care / P. W. Corrigan // American Psychologist. – 2004. – 59(7). – P. 614–625.

8. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame" / P. Gilbert; 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, 2001.

9. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc., 1963.

10. Link B. G. Conceptualizing stigma / B. G. Link, J. C. Phelan // Annual Review of Sociology. – 2001. – 27. – P. 363–385.

11. Pinel E. C. Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes / E. C. Pinel // Journal of Personality and Social Psychology. – 1999. – 76(1). – P. 114–128.

References

1. Berzhere, Zh. (2001). *Psihoanaliticheskaya patopsihologiya: teoriya i klinika [Psychoanalytic pathopsychology: theory and clinic]*. (A. Sh. Tkhostov Translate). M.: Lomonosov Moscow State University [in Russian].
2. 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].
3. Knuf, A., & Epov, L. Yu. (2006). Stigma: teoriya i praktika [Stigma: theory and practice]. *Knowledge. Insight. Skill*, 3, 116-122 [in Russian].
4. Myhailova, I. I., Yastrebov, V. S., & Enikolopov, S. N. (2002). Kliniko-psihologicheskii i sotsialnye faktory, vliyayushie 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].
5. Thostov A. Sh. (2002). *Psihologiya tilesnosti [Psychology of corporality]*. M.: Sens [in Russian].
6. Epov, 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].
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.

Надійшла до редколегії 07.09.2020
 Рекомендована до друку 27.11.2020