

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет соціальних наук та соціальних технологій  
Кафедра соціології

**Кваліфікаційна робота**

освітній ступінь—бакалавр

на тему:

**«СОЦІОКУЛЬТУРНА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ З ДЕПРЕСИВНИМИ І  
ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання  
спеціальності 054 «Соціологія»

Федорейко Соломія Олександрівна

Керівник: Мальцева Катерина Сергіївна

кандидат філософських наук, доктор філософії,  
доцент кафедри соціології

Рецензент: Черниш Тетяна Георгіївна  
доктор філософії, доцент кафедри соціології

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою «\_\_\_\_\_»

Секретар ЕК: \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.

Київ—2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ 1: ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В СОЦІОЛОГІЇ .....	5
1.1. Поняття, види та соціальна проблематика тривожних і депресивних розладів .....	5
1.2. Наукові підходи до дослідження тривожних і депресивних розладів в соціології .....	9
1.3. Соціологічні теоретичні перспективи на тривожні і депресивні розлади .....	10
1.3.1. Еміль Дюркгайм і соціальна інтеграція .....	11
1.3.2. Ервінг Гофман і стигма.....	12
1.3.3. Роберт Мертон і теорія соціальної напруги.....	12
1.3.4. Інтерсекційність .....	13
1.3.5. Леонард Перлін і теорія соціального стресу.....	14
1.3.6. Герберт Блумер і символічний інтеракціонізм.....	15
1.3.7. Соціальний конструктивізм .....	15
РОЗДІЛ 2: СОЦІОКУЛЬТУРНА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ З ДЕПРЕСИВНИМИ ТА ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ .....	17
2.1. Концептуалізація соціокультурної інтеграції і огляд наявних досліджень ...	17
2.2. Опис методології та дизайну дослідження .....	21
2.3. Схильність до утворення “бульбашок”, уникання спілкування з рештою людей .....	23
2.4. Тяжіння до інших людей з розладами .....	26
2.5. Постійна самотність, відчуття ненормальності і неприйняття суспільством	30
2.6. Загострена потреба в підтримці .....	32
2.7. Нестабільні і напружені сімейні зв’язки .....	34
2.8. Соціокультурна напруга із старшими людьми.....	38
2.9. Культурний дисонанс.....	40
ВИСНОВКИ .....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51
Додаток А.....	59
Додаток Б.....	63
Додаток В .....	65

## ВСТУП

З розвитком досліджень ментального здоров'я зростає розуміння того, що ментальні розлади, такі як депресія та тривога, не лише мають біологічні чи психологічні аспекти, але й соціальні та культурні (Kirmayer, & Swartz, 2013). Втім, соціокультурний вимір залишається малодосліджуваним, особливо коли мова йде про незахідні суспільства, а саме — про Україну. З часів здобуття незалежності, українське суспільство пройшло через значні соціальні зміни, що так чи інакше впливали на ментальне здоров'я українців. Окрім того, враховуючи події останніх років, Україна, як і решта світу, ще не встигнувши оговтатись від впливу пандемії COVID-19 на суспільне ментальне здоров'я, потрапила під вплив нового чинника — повномасштабної війни, початою росією 24 лютого 2022 року. Такий соціальний контекст становить високу загрозу для ментально-психічного добробуту великої частки людей, потенційно сприяючи розвитку тривожних і депресивних розладів, що здатні субстантивно і довготривало здійснювати негативний вплив на якість життя. Адже як заявив експерт штаб-квартири ВООЗ у Женеві, співголова Референтної групи із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Фамі Ханна, є всі підстави вважати, що “сьогодні в Україні 8,5 млн людей потенційно перебувають під ризиком психічних розладів, таких як депресія, посттравматичний стрес.” (Укрінформ, 2022).

Наразі близько 322 мільйонів людей у світі переживають депресію та близько 264 мільйонів — тривожні розлади, що вражає їхній добробут, щоденне функціонування та загальну якість життя (WHO, 2017). Більш того, в Україні, як і інших країнах, поширеність цих розладів має потенціал зростати через стан повномасштабної війни, що ставить вагомий ризик для загального здоров'я суспільства. Відтак, зі збільшенням такої сенситивної групи як люди з депресивними та тривожними розладами постає питання того, як ці люди

навігують соціокультурний ландшафт суспільства та інтегруються в нього, адаптовуючись під соціальні норми та культурні цінності, які не обов'язково враховують унікальні складнощі, які викликають ці розлади. Дослідження української молоді з депресивними і тривожними розладами з соціологічної перспективи здатне дозволити змістити типовий психологічний фокус з індивідуального досвіду на ширші соціальні й культурні особливості адаптації цієї групи людей в сучасному українському суспільстві. Таким чином, це дозволяє виявити особливості та потенційні виклики соціокультурної інтеграції цієї сенситивної групи, що надає інструментарій для створення більш гармонійного та інклюзивного суспільства.

Загалом, у цьому дослідженні було застосовано якісну методологію напівструктурованих глибинних інтерв'ю, адже із врахуванням сенситивності теми це дозволило глибше дослідити досвіди респондентів та виявити приховані особливості їхньої соціокультурної інтеграції. Респондентами стали люди із діагнозами тривожного, депресивного чи тривожно-депресивного розладу. Внаслідок якісної методології та невеликої вибірки, дослідження не претендує на репрезентативність, проте надає основу для подальшої роботи у цьому напрямку для підтвердження виявлених закономірностей та факторів. Окрім цього, було проведено експертне інтерв'ю для отримання фахової експертизи в даному питанні та для додаткового підтвердження виявлених патернів і тенденцій.

**Об'єкт дослідження:** українська молодь з депресивними і тривожними розладами

**Предмет дослідження:** соціокультурна інтеграція людей з депресивними і тривожними розладами чинники розвитку та перебігу депресивного та тривожного розладів

**Мета дослідження:** з'ясувати особливості соціокультурної інтеграції української молоді з депресивного та тривожного розладів

**Завдання дослідження:**

1. Охарактеризувати поняття, види та соціальну проблематику тривожних і депресивних розладів;
2. Систематизувати підходи до вивчення тривожних і депресивних розладів в соціології;;
3. Провести аналіз соціокультурної інтеграції людей з тривожними і депресивними розладами;
4. З'ясувати особливості соціокультурної інтеграції людей з тривожними і депресивними розладами.

**Теоретико-методологічний підхід дослідження:**

У даній роботі було застосовано теоретичний аналіз та узагальнення соціологічної літератури та наукових робіт, компаративний аналіз, інтерпретація даних наявних досліджень. Теоретичною рамкою стали роботи Е. Дюркгайма, Е. Гофмана, Р. Мертона, Л. Перліна, Г. Блумера, К. Креншоу, П. Бергера та Т. Лукмана, та інтеграційна модель.

Емпіричною базою дослідження стали 9 глибинних інтерв'ю та 1 експертне інтерв'ю. Обраний метод дослідження дозволив глибше розкрити досвід такої сенситивної групи як люди з депресивними і тривожними розладами. Експертне інтерв'ю було проведене із кандидаткою психологічних наук, психотерапевткою та психоаналітикинею Інною Кирилюк, що володіє 25-річним стажем у психотерапії, та має досвід роботи з українською молоддю з депресивними і тривожними розладами.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В СОЦІОЛОГІЇ

#### 1.1. Поняття, види та соціальна проблематика тривожних і депресивних розладів

Згідно з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), депресивні розлади характеризуються наявністю сумного, спустошеного чи драгівливого настрою, що супроводжується соматичними та когнітивними змінами, які значно впливають на здатність індивіда функціонувати (APA, 2013).

Основні типи депресивних розладів включають:

- Великий депресивний розлад (Major Depressive Disorder): характеризується хоча б одним великим депресивним епізодом, що включає переживання депресивного настрою чи втрати інтересу або задоволення від щоденних активностей протягом щонайменше двох тижнів, разом із додатковими симптомами, такими як зміна апетиту, порушення сну, відчуття непотрібності та роздуми про суїцид;
- Постійний депресивний розлад або дистимія ((Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)): хронічна форма депресії із менш важкими симптомами, ніж у великого депресивного розладу, що тривають щонайменше два роки;
- Передменструальний дисфоричний розлад (Premenstrual Dysphoric Disorder): тяжка форма передменструального синдрому із виразними симптомами настрою, що виникають за тиждень до початку менструації і зникають разом із її настанням;
- Деструктивний розлад дизрегуляції настрою (Disruptive Mood Dysregulation Disorder): дитячий розлад, при якому характерні складні і рекурентні спалахи гніву та постійний драгівливий чи злий настрій;

- Депресивний розлад, спричинений вживанням речовин/медикаментів чи іншим медичним станом (Substance/Medication-Induced Depressive Disorder and Depressive Disorder Due to Another Medical Condition): при даному розладі депресивні симптоми можуть бути прив'язані до прямого психологічного ефекту від речовини, медикаментів чи хвороби або медичного стану.

Інші види депресивних розладів, що не пояснюються наведеними симптомами, підпадають під категорію “невизначених”. Також важливо зазначити, що, згідно з MSD довідником, при мовленні про будь-який із даних розладів поширено вживати термін “депресія”, що буде використано в даній роботі як синонім.

Що стосується тривожних розладів, то згідно з DSM-V, вони передбачають надмірний страх, тривогу і пов'язані порушення поведінки (APA, 2013).

Як основні види тривожних розладів виділяють:

- Генералізований тривожний розлад (Generalized Anxiety Disorder): йому властиве постійне і надмірне хвилювання щодо різних аспектів життя, таких як робота, стосунки чи здоров'я, яке триває щонайменше шість місяців і супроводжується фізичними симптомами, такими як невгамовність, перевтома та порушення сну;
- Панічний розлад (Panic Disorder): людям із цим розладом властиві рекурентні і непередбачувані панічні атаки, що включають різкий наплив інтенсивного страху чи дискомфорту, разом із фізичними і когнітивними симптомами, які супроводжуються постійним стурбованням чи маладаптивними змінами поведінки через панічні атаки;
- Соціально тривожний розлад або соціальна фобія ((Social Anxiety Disorder (Social Phobia)): особливий страхом чи тривогою саме щодо соціальних ситуацій, де індивід піддається ймовірному спостереганню іншими, що

спричиняє уникання таких ймовірностей чи проживання соціальних ситуацій з інтенсивним страхом або тривогою;

- Конкретні фобії: передбачають надмірний або ірраціональний страх перед певним об'єктом чи ситуацією, що спричиняє уникання чи екстремальний стрес від зіштовхування із стимулами фобій;
- Сепаративний тривожний розлад (Separation Anxiety Disorder): йому притаманний надмірний страх чи тривога через сепарацію від людей, до яких є сильна прив'язка. Типово цей розлад діагностують в дитинстві, проте він може продовжуватись і під час дорослого віку.

Також, хоч даний розлад не є офіційно визнаним у DSM-V, але зустрічається як діагноз, зокрема в українській психіатричній практиці, існує змішаний тривожно-депресивний розлад. Цей змішаний вид передбачає стан, під час якого індивід переживає значущі симптоми як депресії, так і тривоги, проте не підпадає під діагностичні критерії якогось окремого з цих двох видів розладів. У даному випадку, психологічними симптомами можуть слугувати постійні відчуття суму, хвилювання, дратівливості, а фізичними — сильна втома (fatigue), порушення сну та напруження м'язів. Попри не включеність у DSM-V, цей розлад визнається десятим виданням Міжнародної класифікації хвороб (ICD-10) (WHO, 2004).

Загалом, обидва види розладів слугують вагомими соціальними проблемами, оскільки судячи з симптомів здійснюють значний вплив на можливість індивіда взаємодіяти з соціальним середовищем, брати участь в соціальному житті та просто функціонувати як людина. Також наявність суспільної стигми щодо даних розладів може погіршувати симптоми таких людей, а також зменшувати їхнє бажання звертатись за потрібною допомогою чи приймати медикаменти (Sirey et al., 2001). Окрім цього, публічна стигма щодо ментальних розладів здатна призводити до самостигматизації у людей, які їх проживають (Чутора, 2012).

Таким чином, люди, які переживають якийсь із вищенаведених розладів не лише зіштовхуються із щоденними труднощами, викликаними їхнім ментальним



станом, але й вимушені приховувати свій розлад через небажання переживати стигматизацію суспільством, що спричиняє додатковий стрес (Quinn et al, 2014). Більш того, дослідження публічної стигми щодо даних розладів показують, що наразі не спостерігається тренд на зниження негативних тверджень щодо людей із тривожними чи депресивними розладами (Wood et al, 2014)

Що робить соціальну проблематику тривожних і депресивних розладів вагомою, це є зокрема їхня поширеність у світі. Близько 3.8% населення світу переживають депресію і 3.6% — тривожні розлади (WHO, 2017). Конкретна поширеність в Україні наразі точно невідома через брак репрезентативних досліджень депресивних і тривожних розладів, проте наявні знахідки вказують на те, що ця проблема наявна, особливо серед внутрішньо переміщених осіб. Дослідження, проведене в 2017 (тобто ще до повномасштабного вторгнення) показало, що серед внутрішньо переміщених осіб поширеність депресії склала 22% і тривога — 17% (Makhashvili, 2017). Із урахуванням збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб після 24 лютого 2022 року можна екстраполювати і припустити, що це означає, що депресія та тривога вразили ще більшу кількість людей.

Що стосується гендерного розподілу у даних розладах, то дані WHO (2017) демонструють, що депресія та тривожні розлади більш поширені серед жінок, аніж серед чоловіків, до того ж, майже удвічі. Таку різницю подекуди прив'язують до того, що жінки більш схильні до інтерналізуючих розладів, якими є депресія та тривожні розлади, тоді як у чоловіків є більша схильність до екстерналізуючих — наприклад, насилля чи зловживання речовинами. Проте також вагомими факторами може слугувати гендерна соціалізація та гендерні стереотипи, що можуть спричиняти незвернення чоловіків за допомогою чи применшені скарги на власний стан та відповідне недодіагностування (Smith & et al, 2018).

## **1.2. Наукові підходи до дослідження тривожних і депресивних розладів в соціології**

Медична соціологія або соціологія медицини, як підвид соціологічної науки, почала формуватись з кінцем Другої світової війни, коли американський уряд почав активно фінансувати медично-соціологічні дослідження (Cockerham, 2010). Із формуванням цієї течії соціального вчення більша увага починає відводитись не лише фізіологічним проявам хвороби, але й соціальним; у тому числі і детермінантам, які походять з суспільства та соціально-економічного становища пацієнта. Це зокрема важливо в домені психіатричних розладів, які перебуваючи в домені медичного лікування, можуть упускати важливість звертання уваги на соціальні аспекти цього явища. Відтак, із розвитком соціології медицини розходяться різні моделі трактування і вивчення здоров'я соціологами, які будуть розглянуті нижче в контексті саме ментальних розладів.

Першою моделлю у дослідженні ментальних розладів слугувала біомедична, яка клала у центр вивчення сам патоген/хворобу, аніж як самого індивіда та холістичну історію його життя. Тобто за установками біомедичної моделі головною причиною будь-якого захворювання, в тому числі і психічного, слугувала певна аномалія в організмі хворого, вилікувавши яку, можна було його повернути до «нормального» стану — стану без всякої хвороби (Іванова, 2019). Якщо все ж з одного боку дана модель показувала свою ефективність на прикладі лікування тих захворювань, які брали зародок у суто фізичних порушеннях (хоча і в таких випадках каталізатором могли ставати соціальні фактори), то у разі таких хвороб як психічних, виникала необхідність у більш цілісному підході, що би враховував усе середовище, яке оточує хворого, що здатне викликати початок психологічних девіацій.

Проте, як зазначає Іванова (2019), біомедична модель зберігає свою популярність у вивченні ментальних розладів, особливо після залучення епідеміологічних

досліджень, які надали макросоціології доступ до широких даних для перевірки гіпотез при дослідженнях розладів.

Загалом, слід зазначити, що тривалий час спостерігались напружені відносини між психіатрією та соціологією у відношенні до дослідження ментальних розладів, що підкреслено в роботі Пілгрима та Роджерса (1999). Їхня праця підкреслює історичну напругу та розходження у розумінні і вивченні ментального здоров'я між двома дисциплінарними перспективами. Тоді як психіатрія традиційно фокусувалась на біологічних та індивідуальних поясненнях ментальних розладів, соціологія ж акцентувала увагу на ролі соціальних структур, інституцій та культурних чинників у формуванні ментального здоров'я. Крізь час, інтердисциплінарний обмін між двома науками еволюціонував, і соціологія робила внески до розширення психіатричного знання та практик (Pilgrim & Rogers, 1999). Соціологи ставили під сумнів біомедичну модель вивчення ментальних захворювань, наголошуючи на важливості врахування соціальних детермінант, культурних варіацій та структурних нерівностей у розумінні ментальних розладів, включаючи депресію і тривогу (Pilgrim & Rogers, 2005). Даний інтердисциплінарний діалог поглибив те, як ми сьогодні розуміємо етіологію, причини, розвиток і перебіг психічних розладів, що заклало початок розвитку комплексних, цілісних і контекстуально релевантних підходів до дослідження ментальних розладів у соціології здоров'я.

### **1.3. Соціологічні теоретичні перспективи на тривожні і депресивні розлади**

Депресія та тривога досліджувались через різноманітні соціологічні перспективи для кращого розуміння їхньої етіології, маніфестацій та наслідків для суспільства. У цьому підрозділі буде досліджено внески різних соціологічних теоретиків у вивчення ролі соціальних структур, інституцій та культурних факторів у формування досвідів і особливостей розвитку і перебігу депресивних і тривожних розладів. Розглянувши ключові теорії, цей підрозділ має на меті підкреслити

важливість соціологічної перспективи у поглибленні нашого розуміння проблем ментального здоров'я та формування інтервенцій і політик по їхньому покращенню.

### **1.3.1. Еміль Дюркгайм і соціальна інтеграція**

Еміль Дюркгайм, одна із ключових фігур у соціології, наголошував на ролі соціальної інтеграції у впливі на ментальне здоров'я. У його найвідомішій праці, “Суїцид” (1897), Дюркгайм стверджував, що ступінь соціальної інтеграції та регуляції всередині суспільства здатні впливати на поширеність ментальних розладів, включаючи депресію та тривогу. Він зазначав, що низькі рівні соціальної інтеграції здатні призводити до відчуття ізоляції та відчаю, підвищуючи ризик проблем із ментальним здоров'ям.

На основі робіт Дюркгайма, низка досліджень розглядали взаємозв'язки між соціальною інтеграцією та психічним здоров'ям індивідів, надаючи підґрунтя для підтвердження важливості ролі соціальних зв'язків у контексті розвитку депресивних і тривожних симптомів. До прикладу, Кавачі та Беркман (2001) зазначили, що соціальна ізоляція та самотність мають негативний вплив на ментальне здоров'я, тоді як соціальна підтримка і згуртованість здатні впливати позитивно; що якість соціальних стосунків переважає над кількістю у контексті позитивного впливу на ментальне здоров'я; і що соціальний капітал як ресурси, які індивід може здобувати через свої соціальні мережі, є позитивно пов'язаним із ментальним здоров'ям. Також тези Емілія Дюркгайма щодо соціальної інтеграції надихнули інших дослідників, які у світлі цього закликають зосереджувати фокус системи охорони здоров'я на роботі із соціальною інтеграцією, позаяк та асоційована із високим впливом на добробут і ментальне здоров'я індивідів (Berkman et al, 2000; Umberson & Montez, 2010).

### **1.3.2. Ервінг Гофман і стигма**

Робота Ервінга Гоффмана про стигму також значимо вплинула на соціологічне розуміння того, як соціальні процеси і взаємодії формують досвіди індивідів із порушеннями ментального здоров'я, у тому числі із депресивними і тривожними розладами. У своїй книзі, "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity" (1963), Гоффман дослідив способи, у які індивіди з стигматизованими атрибутами, якими можуть бути ментальні розлади, навігують соціальні взаємодії та зіштовхуються із різними формами дискримінації та ексклюзії.

Напрацювання Гоффмана у темі стигматизації надихнули велику кількість досліджень ролі стигми у впливі на досвіди, поведінку відносно пошуку допомоги і лікування та на соціальні наслідки для людей, що переживають депресивні і тривожні розлади (Corrigan & Watson, 2002; Link & Phelan, 2001). Наприклад, Корріган та Ватсон (2002) виявили, що самостигма (коли індивід із ментальним розладом інтерналізує негативні стереотипи щодо свого стану, що спричиняє нижчу самооцінку та знижує ймовірність звертання за допомогою) не лише стає бар'єром у лікуванні, але й має здатність погіршувати симптоми, знижувати якість життя та притримувати лікування. Ці дослідження загалом підкреслили важливість адресування стигми і дискримінації у рамках досягнення справедливого ставлення до людей із різними ментальними станами та загалом роботи над покращенням добробуту тих, хто зіштовхується із негативними суспільними наслідками власних психічних розладів.

### **1.3.3. Роберт Мертон і теорія соціальної напруги**

Концепт аномії, початково запропонований Дюркгаймом (1897) і пізніше доповнений Робертом К. Мертоном (1938) передбачає стан руйнування і відсутності соціальних норм і роз'єднання із суспільством. Теорія аномії має на увазі, що соціальні умови, такі як раптова соціальна зміна чи нестача чітких соціальних норм, може призводити до відчуття відокремленості та дезорієнтації,

підвищуючи ризик проблем із ментальним здоров'ям, таких як депресія та тривожні розлади, а також підвищуючи ризик самогубства (Durkheim, 1897; Merton, 1938).

Теорія соціальної напруги Мертона, будучи похідною від теорії аномії, додає, що коли є невідповідність між культурними цілями та наявністю доступних способів їх досягнути, тобто коли прийнятні норми входять у конфлікт із соціальною реальністю, то це може спричиняти психологічну напругу та призводити до проблем із ментальним здоров'ям (Merton, 1938). Сучасні дослідження на цю тему підтримують наявність взаємозв'язку між аномією, напругою та ментальним здоров'ям, підкреслюючи важливість врахування до уваги соціальних структур та суспільних факторів для повного розуміння депресії та тривоги. Наприклад, Браун та колеги (2016) використали модифіковану версію теорії напруги Мертона, аби розробити модель взаємозв'язку між дискримінацією, напругою та ментальним здоров'ям серед афроамериканських та темношкірих карибів. Їхня модель пропонує те, що переживання дискримінації призводить до напруги, що, своєю чергою, може призводити до депресії та тривоги (Brown et al, 2016).

#### **1.3.4. Інтерсекційність**

Інтерсекційність, як концепт запропонований Кімберлі Креншо (1989), має попит у соціологічних дослідженнях ментального здоров'я, включаючи тривожні і депресивні розлади. Передусім, інтерсекційність передбачає, що кілька соціальних ідентичностей, такі як раса, гендер, соціальний клас та сексуальність, перетинаються у формуванні досвіду індивіда та вносять свою лепту у спільний вплив на нього. І Кімберлі Креншо, фокусуючись на дослідженні дискримінації та насилля проти жінок кольору, зокрема розглядала те, як маргіналізація їхніх ідентичностей здатна призводити до довготривалого негативного впливу на ментальне здоров'я (Crenshaw, 1991).

Відтак, у контексті депресії та тривожних розладів, концепція інтерсекційності використовується для дослідження того, як соціальні нерівності та владні відносини у зв'язці з різними соціальними ідентичностями здійснюють вплив на відмінності в ментальному здоров'ї та доступ до догляду і його підтримки (Cole, 2009). А застосовуючи інтерсекційну перспективу, дослідники здатні краще розуміти комплексну взаємодію соціальних структур, культурних чинників та індивідуальних досвідів у формуванні ментального здоров'я, що дозволяє робити більш інформовані рішення при створенні політик щодо регулювання охорони здоров'я у суспільстві, оскільки перетин різних соціальних ідентичностей здатен унікально впливати на стан здоров'я індивіда і переживання ним симптомів (Hankivsky, 2012).

### **1.3.5. Леонард Перлін і теорія соціального стресу**

Теорія соціального стресу, яку найбільше розвинув Леонард Перлін (1981;1989), слугує вагомою перспективою для розуміння взаємозв'язку між соціальними стресорами та особливостями ментального здоров'я та його розладами, як, в тому числі, депресія і тривога. Цей теоретичний фреймворк передбачає, що контакт із стресорами, як, наприклад, міжособистісні конфлікти, економічні складнощі чи травматичні події, здатен призвести до розвитку чи погіршення наявних проблем із ментальним здоров'ям. Також важливо зазначити, що як медіатори у цьому взаємозв'язку можуть виступати індивідуальні коупінг-механізми, соціальна підтримка та культурні фактори (Pearlin, 1989; Thoits, 2010).

Що стосується емпіричних досліджень на основі теорії соціального стресу, то вони продемонстрували роль різних стресорів у формування ментального здоров'я, підкреслюючи важливість врахування соціальних контекстів та досвідів зокрема у розумінні і роботі з депресивними і тривожними розладами. Наприклад, Перлін та колеги (1981) на основі лонгitudних даних виявили, що тривала рольова напруга та економічна напруга, пов'язана із проблемами в роботі, зменшують

самооцінку та відчуття самоті, що робить індивіда вразливим до стресу та депресії. Продовжуючи про соціоекономічні складнощі і їхній вплив, Вільямс і колеги (1997) виявили, що контакт із такими хронічними стресорами, як, наприклад, бідність чи нестабільність у питанні житла, підвищують ризики депресії і тривоги у вибірці дорослих.

### **1.3.6. Герберт Блумер і символічний інтеракціонізм**

Символічний інтеракціонізм, як соціологічна перспектива мікрорівня, слугує ще одним важливим інструментом у дослідженні того, як індивіди з депресивними і тривожними розладами здатні інтерпретувати і розуміти власні симптоми і як вони взаємодіють у своїх соціокультурних контекстах (Blumer, 1969). Дана теоретична рамка підкреслює важливість соціальних взаємодій та спільних культурних символів у формуванні перцепцій, досвідів і зразків поведінки індивіда у відношенні ментального здоров'я (Thoits, 2016). Більш того, досліджуючи те, як і які люди надають значення їхнім депресивним і тривожним симптомам, цей підхід надає можливість виявити вплив культурних вірувань, стигми та соціальних і культурних норм на те, яку поведінку демонструють індивіди із розладами і як вони звертаються за допомогою в лікуванні.

Емпіричні дослідження, які походять із теоретичного фреймворку символічного інтеракціонізму, принесли глибше розуміння того, як культурні переконання, соціальні норми і міжособистісні стосунки здатні впливати на стигму відносно депресивних і тривожних розладів, що впливає на те, як індивід звертається за допомогою та його індивідуальні коупінг-стратегії (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Thoits, 2016).

### **1.3.7. Соціальний конструктивізм**

Соціальний конструктивізм у порівнянні з символічним інтеракціонізмом можна вважати за соціологічну перспективу на депресивні і тривожні розлади макрорівня. Даний теоретичний підхід значно вплинув на наше розуміння того, як



соціальні наративи, культурні переконання на інституційні практики здатні формувати розуміння, досвід і те, як індивіди справляються із депресивними і тривожними розладами (Berger & Luckmann, 1966). Ця теорія відкриває те, що порушення ментального здоров'я не є детерміновані суто біологічними чи психологічними факторами, але також є конструйованими внаслідок певних соціокультурних чинників і контекстів (Kirmayer & Swartz, 2014).

На основі підходу соціального конструктивізму до вивчення депресивних і тривожних розладів, емпіричні дослідження показали, як культурні сприйняття ментального здоров'я та розладів здатні впливати на діагностичні процеси, опції лікування та індивідуальні коупінг-стратегії людей із депресивними і тривожними розладами (Kleinman, 1988; Marsella & Yamada, 2000). Ці дослідження, власне, доводять важливість розпізнавання і адресування соціокультурних чинників при вивченні ментальних розладів і відповідного формування стратегій по їхній інтервенції (Yang et al., 2007).

Загалом, даний розділ надав огляд ключових соціологічних теорій та перспектив, які сформували теперішнє розуміння депресивних і тривожних розладів у соціології. Таким чином, після ознайомлення із внесками видатних соціологічних теоретиків, було виявлено важливість врахування соціальних структур, інституцій та культурних чинників при дослідженні депресії і тривоги.

## РОЗДІЛ 2

### СОЦІОКУЛЬТУРНА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ З ДЕПРЕСИВНИМИ ТА ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

#### 2.1. Концептуалізація соціокультурної інтеграції і огляд наявних досліджень

Інтеграційна модель в соціології як теоретична рамка допомагає пояснити процес того, як індивіди чи групи індивідів стають частиною більшої соціальної системи або самого суспільства (Ager & Strang, 2008). У дослідженнях, що послуговувались цим фреймворком, було здійснено акцент на важливості соціальних зв'язків, спільних цінностей, норм та зразків поведінки, які фасилітують відчуття приналежності та згуртованості всередині спільноти (Berry, 1997). Хоч інтеграційна модель частіше застосовується саме для дослідження досвіду іммігрантів, все ж її застосування також є релевантним при вивченні меншин та маргіналізованих груп у цілому, оскільки вона надає розуміння того, як вони навігують соціальні контексти (Gordon, 1964). Що стосується конкретно людей з ментальними розладами, то оскільки вони можуть вважатись маргіналізованою меншиною, то інтеграційна модель якраз дає змогу дослідити те, з якими унікальними викликами та особливостями інтеграції в суспільство вони зіштовхуються, а також якою є для них соціальна інклюзія та їхня соціальна участь.

Що стосується саме соціокультурної інтеграції, то, загалом, термін “соціокультурний” у даному контексті пов'язують з введенням з боку Вертша (1985), який визначав його як спосіб виміру того, як ментальне функціонування людини впливає з участі та перебирання культурної медіації, яка інтегрована в соціальне життя. Саму соціокультурну інтеграцію у релевантних дослідженнях визначають як процес через, який індивіди адаптуються і приймаються у соціально-культурне середовище, що часто передбачає розвиток відчуття приналежності та ідентифікації з суспільством (Berry, 1997). Також Валлс та

колеги (2022) у своєму дослідженні визначали соціокультурну інтеграцію як оцінку соціальних та культурних аспектів приналежності та зв'язків у суспільстві. А в дослідженні Соренсена та інших (2013), яке зокрема фокусувалось на впливі соціокультурної дезінтеграції на ментальне здоров'я в Норвегії, соціокультурна інтеграція розглядалась як спосіб опису характеристик місцевої спільноти, які пов'язані з ментальним здоров'ям, що дозволило простежити вплив конкретної спільноти на соціально-психологічний добробут її членів.

У контексті ж цього дослідження, соціокультурна інтеграція передбачатиме розуміння того, як українська молодь з депресивними і тривожними розладами навігує свої соціальні та культурні контексти, будує соціальні зв'язки та бере участь в суспільстві і його соціальному житті. Серед наявних українських досліджень на тему соціокультурної інтеграції, що могли бути релевантними, було знайдено дослідження Ринздак, О.Т., що фокусувалось на досвіді ВПО і з важливих тез даної праці, можна звернути увагу на те, що “Успішна реалізація інтеграційної моделі можлива лише при умові того, що середовище приймаючого соціуму є відкритим і сприятливим для цього, з одного боку, і добровільного вибору інтеграційної моделі, відповідного прагнення самого адаптанта – з другого” (Риндзак, 2016). Відтак, це також надало розуміння, що слід досліджувати не лише те, наскільки прийнятими в суспільстві себе відчуває українська молодь з депресивними і тривожними розладами, але й те, наскільки вони самі прагнуть бути повноцінними учасниками суспільства і його процесів.

Розділяючи соціокультурну інтеграцію на два рівні, можна провести відповідне визначення, що її культурний вимір передбачає процес прийняття та адаптації до цінностей, норм та практики конкретної культури, що, своєю чергою, призводить до відчуття приналежності та прийняття суспільством. Соціальний ж вимір наголошує на розвитку та підтримці соціальних зв'язків, мереж та стосунків із людьми в суспільстві, що включає в себе дружби, родинні зв'язки та участь в

соціальному житті, що може покращувати відчуття соціальної підтримки та інклюзії. Об'єднання цих двох вимірів дозволяє більш цілісно та глибинно дослідити інтеграцію індивідів з депресивними і тривожними розладами, адже вони надають соціальний і культурний контексти, які здатні впливати на вразливість індивідів до порушень у ментальному здоров'ї, а також їхній доступ до лікування і коупінг-механізми і навички (Kirmayer & Swartz, 2014; Lewis-Fernández & Díaz, 2002). Загалом, взаємозв'язок між культурою та суспільством у розвитку і перебігу ментальних розладів є багатошаровим і динамічним. Адже, як відомо з попередніх досліджень, культура має здатність формувати те, як індивіди інтерпретують і виражають свої емоції і те, як вони сприймають і розуміють ментальне здоров'я і його розлади (Kleinman, 1988). Окрім цього, соціальні структури та інституції, як, наприклад сім'я, навчальний заклад, місце роботи чи система охорони здоров'я, можуть опосередковувати вплив культурних переконань і норм на досвід депресії і тривоги для індивіда (Aneshensel, 2009). А самі культурні переконання можуть вражати сприйняття і вираження симптомів депресії і тривоги, що спричиняє варіації маніфестації даних розладів крізь різні культурні контексти (Kirmayer & Ryder, 2016). До прикладу, у певних культурах відводиться більша увага соматичним симптомам депресії, якими можуть виступати надмірна втома чи біль, тоді як в інших культурах фокусуються більше на психологічних симптомах — відчуттях суму чи провини тощо (Parker, Gladstone, & Chee, 2001). Своєю чергою, соціальні структури та інституції теж мають власні способи впливу на розвиток і перебіг тривожних і депресивних розладів — наприклад, вони можуть формувати вразливість індивіда до цих розладів через вплив на доступ до ресурсів і до підтримки та на ступінь контакту із соціальними стресорами (Thoits, 2010). Наприклад, соціоекономічний статус, освіта та мережі соціальної підтримки можуть виступати медіаторами у взаємозв'язку між культурними факторами та ментальним здоров'ям, адже

дослідження показують, що маргіналізовані індивіди володіють вищим ризиком розвитку проблем із психічним здоров'ям (Turner et al., 1995).

Загалом, існує не мало закордонних досліджень, що вивчали різні окремі соціокультурні аспекти розвитку, перебігу і маніфестації депресивних і тривожних розладів — наприклад, вплив соціальних нерівностей, культурних переконань та соціальної підтримки на ментальне здоров'я (Aneshensel, 2009; Dressler, 2004).

Серед знахідок було зокрема виявлено, що соціоекономічний статус, рівень освіти та соціальна підтримка можуть значимо впливати на ризик розвитку депресивних та тривожних розладів (Lorant et al., 2003; Mirowsky & Ross, 2003). Інші дослідження також продемонстрували культурні варіативності в розумінні ментальних розладів і способів їхнього адресування (Kirmayer & Swartz, 2014; Lewis-Fernández & Díaz, 2002).

У розрізі існуючих досліджень соціокультурного боку ментального здоров'я, важливо зазначити ті, що вивчали інтерсекційність у сенсі того, як раса, гендер і сексуальність здатні по-унікальному формувати індивідуальні життєві досвіди і переживання конкретних речей (Crenshaw, 1989; Cole, 2009). Наприклад, було виявлено, що расовані і етнічні меншини та жінки мають вищі ризики переживання депресії і тривоги за рахунок кумулятивного ефекту дискримінації, маргіналізації і соціальних стресорів, пов'язаних з їхніми дискримінованими рисами (Meyer, 2003; Williams, Yu, Jackson, & Anderson, 1997).

Більш того, наявні дослідження розглянули соціокультурний вплив на звертання за допомогою і доступ до лікування і догляду за ментальним здоров'ям — було зокрема виявлено, що культурні переконання, стигма та соціальні норми можуть значимо впливати на бажання і готовність індивіда звернутись за допомогою і вдаватись до лікування ментального здоров'я (Corrigan et al., 2014; Sirey et al., 2001). До прикладу, певні культурні групи можуть мати більшу схильність

звертатись за допомогою до традиційних цілителів чи релігійних лідерів, аніж до професіоналів у сфері ментального здоров'я, через власні культурні переконання та цінності (Kirmayer & Swartz, 2014).

Загалом, концепт соціокультурної інтеграції є багатостороннім та комплексним явищем для дослідження і з врахуванням усіх попередньо досліджуваних характеристик, це дозволило укласти дане дослідження задля виявлення особливостей соціокультурної інтеграції в української молоді з депресивними та тривожними розладами.

## **2.2. Опис методології та дизайну дослідження**

Для збору даних в даному дослідженні було застосовано напівструктуровані глибинні інтерв'ю для глибшого дослідження досвіду української молоді з депресивними та тривожними розладами. Це дозволило якісніше заглибитись в особистість людини з розладом, щоб прицільно дослідити їхній досвід соціокультурної інтеграції.

Відтак, було проведено 9 інтерв'ю з українською молоддю, що мають діагностовані тривожні та депресивні розлади. Важливо було зберігати вибірку максимальної варіації розладів, що визначені в DSM-V. Участь взяли 8 жінок та 2 чоловіки, що зокрема відображає гендерованість цих розладів, яка зміщена в більшу репрезентацію серед жіночого населення.

Отже, основними критеріями для відбору були:

- Офіційний діагноз депресивного або тривожного розладу;
- Вік від 18 до 29 років.

Під час контактування та пропозиції взяти участь у дослідженні респондентів було проінформовано про тему та мету дослідження, анонімність та конфіденційність

зібраних під час інтерв'ю даних, а також було отримано згоду на аудіозапис інтерв'ю та аналіз відповідей. Для інтерв'ю було розроблено гайд (див. Додаток А), проте під час інтерв'ювання були задані уточнюючі питання та самі питання адаптувались під хід розмови, адже інтерв'ю були напівструктурованими для більш природного ходу розмови та можливості підлаштовуватись під хід думок респонденток. Після проведених інтерв'ю їх було протранскрибовано (приклад див. Додаток Б) для аналізу зібраних даних і виявлення спільних тенденцій.

Дана вибірка у силу свого розміру не претендує на репрезентативність, проте цікавим аспектом стало те, що відповіді мали багато точок перетину та спільних паралелей. У таблиці 1.1 надана основна соціально-демографічна інформація про респондентів, що не містить ідентифікуючі дані, а також їхні розлади.

**Таблиця 1.1. Інформація про респондентів та респонденток**

	Вік	Розлад
Респондентка 1	28	Змішаний тривожно-депресивний; передменструальний дисфоричний розлад
Респондентка 2	23	Змішаний тривожно-депресивний розлад
Респондентка 3	20	Депресія
Респондент 4	24	Депресія

Респондентка 5	19	Змішаний тривожно-депресивний розлад
Респондентка 6	21	Тривожний розлад
Респондент 7	21	Змішаний тривожно-депресивний розлад
Респондентка 8	21	Генералізований тривожний розлад; панічний розлад
Респондентка 9	21	Змішаний тривожно-депресивний розлад

Також було проведене експертне інтерв'ю з кандидаткою психологічних наук, психотерапевткою та психоаналітикинею Інною Кирилук, що володіє 25-річним стажем у психотерапії, та має досвід роботи з українською молоддю з депресивними і тривожними розладами, що дозволило отримати фахову експертизу щодо спостережуваних тенденцій в глибинних інтерв'ю.

### **2.3. Схильність до утворення “бульбашок”, уникання спілкування з рештою людей**

Ментальні розлади, такі як депресивні та тривожні, мають змогу формувати те, як індивіди, що їх переживають, навігують у їхньому соціальному середовищі та взаємодіють із ним. Перша особливість, помічена під час глибинних інтерв'ю, була схильність респондентів формувати так звані “бульбашки”, себто безпечні соціальні кола, які респонденти не вважали соціально загрозливими та володіли



розумінням і повагою до проблем із ментальним здоров'ям. Такі “бульбашки” здатні слугувати просторами підтримки та розуміння, захищаючи людину з тривожним чи депресивним розладом від ризику стигматизації чи осуду, з якими вони можуть потенційно зіштовхнутись у ширших соціальних контекстах. Зокрема ця особливість утворення “бульбашок” проявлялась в інтерв'ю при відповіді на питання про те, як реагують люди, коли респонденти зізнаються, що переживають ментальний розлад — наприклад, респондентка 2, яка спершу говорила, що не пригадує особливо негативної реакції на власний тривожно-депресивний розлад, врешті, додавала: “в мене просто в принципі бульбашка досить адекватна”, або ж, говорячи про зміну ставлення українців до теми ментального здоров'я — “я відчуваю зміну протягом останніх 5 років загалом ,тобто зміна є особливо серед молоді. Ну добре, можливо це питання моєї бульбашки”. Даний патерн продовжував виникати в інших інтерв'ю і також показав, що при питаннях з метою дізнатись сприйняття іншими їхнього розладу, потрібно було заохочувати респондента чи респондентку мислити поза межами їхньої так званої “бульбашки”. Наприклад, респондент 4, при роздумі над питанням, наскільки поширені стереотипи щодо депресії в українців, самостійно зазначив: “якщо відкинути якусь бульбашку адекватних друзів, як в мене, які ходять до психолога, мають на це гроші, то так, то більшість людей продовжують так само жити”, що продемонструвало не лише відчуття відсутності цінностей про ментальне здоров'я на погляд респондента, але й додатково показало схильність до вибору “бульбашки” із людей, які розділяють погляди на важливість ментального здоров'я і його лікування. Респондентка 5, зокрема на питання про українські стереотипи також, прямо висловила, що “Мені здається, що я перебуваю в такій бульбашці, в яку я сама себе впустила і поклала, і така “(ім'я), сиди, тобі в бульбашці буде добре”. Тобто зокрема враховуючи, що згадки так званих “бульбашок” здебільшого виникали саме при питанні про переживання українських стереотипів щодо ментального здоров'я, можна припустити, що

схильність української молоді до утворення соціальних “бульбашок” має мотивацію уникання осуду, знецінення чи інших негативних реакцій, які вони можуть підозрювати від більшості інших людей в суспільстві. Оскільки у дослідженні від Лінк та інших (1997) було розглянуто концепт “теорії модифікованого маркування”, де очікування негативних соціальних реакцій може призводити до того, що індивіди з ментальними розладами розвивають такі коупінг-механізми як соціальна ізоляція чи селективна відкритість щодо їхнього розладу. Відтак, переносячи ці знахідки на дану тенденцію, можна розглядати вибір взаємодії із власною “бульбашкою” саме як коупінг-механізм у відповідь на потенційну негативну реакцію суспільства. Що ж стосується ізоляції безпосередньо, то респондент 7, що не згадував про власну “бульбашку”, а також загалом демонстрував найбільшу ізоляцію з-поміж інших, як причину зазначив, що “не знайшов ще підходящих людей для себе. Відчуваю себе не те щоби вищим за більшість, а просто не таким, і мені важко в цьому плані”. Дана цитата може розглядатись як, власне, бажання до наявності такої безпечної “бульбашки”, проте складнощі з її формуванням, що, врешті, призвело до ізоляції.

Окрім цього, у дослідженні Левіса та інших (2019) було виявлено, що молодь з розладами ментального здоров'я створює такі безпечні простори (“бульбашки”) онлайн з метою вільного вираження своїх почуттів, обговорення досвіду та отримання підтримки, і це було названо цінним коупінг-механізмом проти стигми та дискримінації від решти суспільства. І оскільки соціальна підтримка має змогу діяти як буфер проти негативних наслідків стресу і ментальних розладів (Cohen & Wills, 1985), то такі безпечні “бульбашки” якраз надають людям з тривожними і депресивними розладами можливість отримувати цей ресурс та уникати ризику зіштовхування із осудом від людей поза умовною “бульбашкою”. Адже як згадувала респондентка 9, що час від часу викладає публікації в соціальні мережі про свій досвід депресивно-тривожного розладу — “коли там, наприклад, мій

контент потрапляє не на ту аудиторію, тобто поза межами якоїсь такої бульбашки, яка усвідомлена щодо ментального здоров'я і загалом його важливості, то я отримую такі стандартні стереотипні історії про те, що там “депресія в 0 років”, “понапридумували”, “оце в людей проблем немає”, “люди вмирають, в людей є значно гірше”, ну коротше вся ця опера.” І, відтак, стратегія в індивідів із депресивними і тривожними розладами до взаємодії всередині власних соціальних “бульбашок” дозволяє їм уникати негативних реакцій та відповідних емоційних переживань з приводу такої дискримінації. Респондентки 2 та 9 зокрема і називали людей всередині таких бульбашок “безпечними” для себе, у сенсі того, що не було ризику осуду або знецінення.

Формацію таких безпечних “бульбашок” можна вважати адаптивною стратегію при інтеграції в спробі справлятися із соціальною стигмою, що пов'язана з розладами ментального здоров'я. Така селективна соціальна взаємодія із довіреним колом осіб, що розділяють важливі для людей з ментальними розладами цінності щодо психічного здоров'я, створює для них свій власний мікрокосм для соціокультурної інтеграції всередині ширшого соціального контексту, який не надає бажане прийняття і розуміння. Це зокрема вказує на те, що в теперішньому українському суспільстві важливо поширювати освіту в темі ментального здоров'я для зменшення загальної стигми, щоб полегшити соціокультурну інтеграцію зокрема молоді з депресивними та тривожними розладами в суспільство в ширшому розумінні, поза утворенням безпечних “бульбашок”, які не здатні забезпечити повноцінну та успішну соціокультурну інтеграцію.

#### **2.4. Тяжіння до інших людей з розладами**

Іншою виявленою особливістю соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними і тривожними розладами є тенденція тяжіння до людей, які також

володіють досвідом ментальних розладів, оскільки всі респонденти в інтерв'ю стверджували, що мають в колі спілкування людей, які також переживають депресію чи тривожні розлади. Більш того, респондентка 9 зазначила, що їй “складніше подумати, скільки людей в моєму колі спілкування не переживають депресію або тривожність” і респондентка 1 також наголосила, що серед її кола такі люди — це “мій хлопець, мої друзі, мої колеги, мої родичі, тобто буквально на всіх рівнях взаємодії, просто це різного виду розлади”. Ця особливість, хоч і здається інтуїтивно очевидною на перший погляд, все ж містить в собі підґрунтя для кращого розуміння соціальної поведінки та патерні інтеграції в суспільство для індивідів, які переживають депресивні та тривожні розлади. Це тяжіння в бік людей із схожими досвідами можна розглядати як коупінг-механізм, що дає відчуття валідації та взаєморозуміння, яких бракує у взаємодії з людьми, що не мають ментальних розладів. Як ілюстрацію цьому, можна навести наступні цитати:

- “Коли з тобою діляться тим, що переживали щось схоже, саме тобі це дуже нормалізує твої відчуття, що ти не один в цьому. Це просто про підтримку як прийняття, і про підтримку як нормалізацію досвіду як такого.”  
(Респондентка 2);
- “Друзі, які тоже в депресії, деколи допомагають зібратися до купи і почати працювати над собою і допомагати один одному, ну це якась приналежність до один одного.” (Респондент 4);
- “Я помітила, що значно легше обговорювати це з тими, хто може це зрозуміти, бо має спільний досвід, і тоді людині не потрібно це сильно пояснювати і при цьому в людини немає такої емоційної реакції, по типу “мені тебе шкода”.” (Респондентка 6);

- “Це мене змушує почуватись не одною і якось більш нормальною, тобто що в інших теж таке буває і це не є чимось дивним або драматизованим.”  
(Респондентка 9).

Ця тенденція загалом подібна до концепту гомофілії в соціальних науках, що передбачає схильність індивідів формувати особливі зв'язки з людьми, що подібні до них, і цей феномен зокрема часто спостерігається між людьми із спільними станами здоров'я. Сам принцип гомофілії можна описати як те, що "similarity breeds connection" (McPherson, Smith-Lovin, & Cook, 2001). Тобто що індивіди схильні формувати соціальні зв'язки з тими, хто розділяє їхні атрибути, досвіди чи шаблони поведінки, що може пояснити, чому люди з депресивними і тривожними розладами схильні тяжіти до інших з цими розладами. Окрім цього, як спостерігається у вищенаведених цитатах, люди з ментальними розладами можуть почуватись більш зрозумілими, нормалізованими та менш осудженими, коли взаємодіють з людьми з такими ж досвідами (Perry, 2011). Такі спільні досвіди здатні фасилітувати відкриті розмови щодо викликів їхніх розладів та коупінг-стратегії, таким чином, надаючи емоційну підтримку і знижуючи відчуття ізоляції від суспільства. Відтак, можливість взаємодіяти із групою подібних людей створює середовище підтримки та безпеки, відтак, збільшуючи відчуття власної “нормальності” та валідації (Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers, & Valenstein, 2011).

Втім, є інші сторони цієї особливості соціокультурної інтеграції — тяжіння до інших людей з розладами — які слід враховувати, не фокусуючись суто на емоційних перевагах для досліджуваної групи. До прикладу, враховуючи принципи соціального навчання, під час якого індивід може часто перебирати соціальні норми, зразки поведінки та коупінг-механізми від соціальної групи, у якій він взаємодіє, люди з депресивними і тривожними розладами таким чином можуть підпадати під вплив їхнього оточення, яке також переживає ці розлади. І може відбутись нормалізація тих симптомів чи зразків поведінки, які не є

рекомендованими чи здоровими в довгій перспективі, проте є поширеними саме в соціальній групі індивіда з розладом. Окрім цього, як зазначала респондентка 1, в її випадку це відстрочувало лікування, оскільки спостереження в її знайомих таких симптомів, як у неї, давало фальшиву валідацію, що це є чимось типовим і звичайним, і не потребує втручання психолога чи медикаментозного лікування. Серед інших потенційно негативних наслідків цього тяжіння до інших людей з депресивними і тривожними розладами є потенційна самосегрегація від решти людей за рахунок звуження соціальної взаємодії всередині своєї групи, що може обмежувати контакт із різними перспективами та досвідами і, таким чином, обмежувати соціокультурну інтеграцію в цілому. Адже оскільки індивіди з депресивними і тривожними розладами відчуватимуть більше прийняття і розуміння саме у взаємодії з такими ж людьми, це здатно впливати на їхнє бажання взаємодіяти з ширшими колами суспільства, які більш імовірно вдаватимуться до їхньої стигматизації і осуду.

Загалом, ця тенденція тяжіння до інших людей з депресивними і тривожними розладами може бути розглянута як форма соціокультурної інтеграції через спільну ідентичність, яка розвивається всередині такої соціальної групи із спільними досвідами та цінностями. Хоч ці спільності і дають змогу відчути приналежність та прийняття, які є центральними в процесі соціокультурної інтеграції, це все ж підіймає питання обмеженості інтеграції в суспільство в широкому сенсі. Оскільки це відчуття приналежності всередині власної групи може відбуватись на фоні відчуття ексклюзії і сегрегації від решти суспільства через передочікування стигми та неприйняття власного ментального розладу.

## 2.5. Постійна самотність, відчуття ненормальності і неприйняття суспільством

Іншою важливою тенденцією в рамках соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними і тривожними розладами було виявлене відчуття “ненормальності” та “інакшості” загалом, що супроводжувалось відчуттям ізоляції та неприйняття суспільством в цілому. Хоч даний досвід має радше особистісний психологічний рівень, все ж несе соціологічне значення, позаяк він формує те, як такі індивіди взаємодіють із суспільством та соціальними структурами. Передусім, ця тенденція виявлялась у мові, яку використовували респонденти, описуючи себе під час відповідей на інтерв’ю. Тобто хоч питання могли не торкатись конкретно цієї проблеми, ця особливість простежувалась як тренд протягом усіх інтерв’ю. Як приклади, слід звернути увагу на наступні цитати:

- “Ти асоціюєш себе з тим, що ти хворий і з тобою щось не так.”  
(Респондентка 1);
- “Це тупо, це такий відчуваєш наче ти якийсь от ненормальний”  
(Респондентка 2);;
- “Я знову була впевнена в тому, що я сама, тобто що хто би біля мене не був, я все одно залишаюся сама і тільки я в мене є, і що ніхто мене ніколи не зрозуміє і цього не відчує.” (Респондентка 3)
- “Як я кажу психотерапевту, я емоційний каліка.”(Респондент 4);
- “Коли існує така культура, дуже складно бути собою, якщо у тебе є розлад, тому що тобі доводиться замовчувати, переживати неприйняття, почуватися ненормальним, не таким, наче тобі необхідно постійно якісь вести маскарад маски-шоу, що завжди в тебе все добре.” (Респондентка 9);
- “Дивись, все буде добре, скоро я відновлю процес поставки серотоніну в моєму мозку і в тебе знову буде повноцінна донька.” (Респондентка 5).

У вищенаведених цитатах та інших відповідях в цілому простежувався саме акцент на відчуття себе як “ненормальної”, “неповноцінної” людини, яка не вписується в соціум. Загалом, люди з ментальними розладами часто демонструють те, що почуваються інакшими, що може бути зокрема поглиблено соціальною стигмою та нерозумінням особливостей ментального здоров’я у суспільстві. Відтак, таке відчуття “інакшості” може інтерналізуватись, чим спричинятиме самостигматизацію (Corrigan & Watson, 2002).

Дане відчуття “інакшості” здатне також вражати відчуття своєї соціальної самості, чим впливає на стосунки, соціальну залученість та загальне відчуття приналежності до свого суспільства. При тому, як зазначила в експертному інтерв’ю Інна Кирилюк на питання про важливість відчуття приналежності до суспільства для молоді з депресивними і тривожними розладами: “Дуже для них це важливо, тому що для інших типів людей це теж може бути важливо, але все ж по-іншому. А для депресивних і тривожних особливо важливо, навіть життєво важливо”. Окрім цього, відсутність приналежності і відчуття “ненормальності” може здійснювати зокрема самосприйняття власної маргіналізації, несучи за собою добровільну соціальну ізоляцію та відмову від усякої соціальної діяльності, погіршуючи ментальне здоров’я самотністю (Matthews et al., 2019). Таким чином, відчуття власної “інакшості” та “ненормальності” може слугувати значним бар’єром у соціокультурній інтеграції, адже індивіди з розладами, почуваючись маргіналізованими, будуть менш імовірно взаємодіяти зі своєю спільнотою, формувати соціальні зв’язки та звертатись за соціальною підтримкою, що все можна вважати вагомими аспектами успішної соціокультурної інтеграції.

Говорячи про аспект соціальних зв’язків у світлі тенденції відчуття “ненормальності”, слід додатково зазначити, що це здатно спричиняти окремий тиск при формуванні і підтримуванні стосунків людьми з депресивними і тривожними розладами. Наприклад, як зазначала респондентка 2: “я часто



відчуваю так наче я тягар, ну типу загострення депресивне, що зі мною супер важко, що це не якісь такі емоції, які можливо витримати іншій людині.”, рефлексуючи над своїми соціальними зв’язками, можна помітити, що це інтерналізоване відчуття “ненормальності” ускладнює сприйняття стосунків із іншими людьми. Або ж, беручи до прикладу слова респондентки 6, що їй “потрібно оце усвідомлення, що мене не покинуть через те, що я якась не така”, можна прийти до висновку, що одним із способів пом’якшення цього відчуття “ненормальності” є стабільність соціальних зв’язків, у яких індивід із розладом отримує валідацію, що він не є “ненормальним” чи “тягарем”. Зокрема про стабільність в експертному інтерв’ю наголошувала Інна Кирилук, що такі зв’язки повинні бути стабільними саме для формування відчуття, що індивіда із розладом не вилучать із соціальної групи, якщо його ментальне здоров’я ускладнить соціальну залученість. Це також було проілюстровано респонденткою 1, яка розповіла, що у неї з друзями є домовленість “що якщо я вам не відписую, це не означає, що я вас розлюбила або ненавиджу, а я просто не маю сил, не можу і все. І в мене дуже багато друзів, які знають про це і що я їм відпишу за 2 тижні, що щось не ок. А потім я знов вертаюсь в нормальний стан комунікабельний і все”. Отож важливо підсумувати тим, що для пом’якшення негативних наслідків відчуття “ненормальності” та його потенційного попередження важливі стабільні соціальні стосунки, які дозволятимуть людям з депресивними і тривожними розладами здійснювати успішну соціокультурну інтеграцію, не переживаючи маргіналізації та добровільної соціальної ізоляції внаслідок цього.

## **2.6. Загострена потреба в підтримці**

На перший погляд, соціальна підтримка є потребою усіх індивідів для забезпечення повноцінного соціопсихологічного здоров’я. Втім, у тих людей, що переживають депресивні та тривожні розлади, ця потреба може бути саме “життєво необхідною”, як зазначала Інна Кирилук в експертному інтерв’ю.

Відтак, одним із спостережень під час глибинних інтерв'ю з українською молоддю з депресивними та тривожними розладами є їхня загострена потреба в соціальній підтримці, що зокрема є важливим аспектом їхніх соціальних взаємодій, стосунків і, в результаті, успішної соціокультурної інтеграції в суспільство.

Загалом, люди з депресивними та тривожними розладами часто переживають соціальну ізоляцію через різні фактори, як самоізоляцію, стигматизацію чи нерозуміння від інших (Matthews et al., 2019). І це може потенційно підвищувати їхню потребу в отриманні соціальної підтримки, оскільки їм може бракувати типових соціальних мереж, як у людей, що не переживають ці розлади. Як пояснювала респондентка 1 свою цінність від отримання підтримки: “Бо є дуже велике страшне відчуття самотності, коли ти лишаєтья наодинці з цим [розладом] і от ця самотність — це дуже боляче”, що дозволяє пов’язувати важливість підтримки як уникнення чи попередження соціальної ізоляції. Також, як зазначали інші респонденти на цю тему:

- “Якщо там людина, яка мене підтримала там під час одного такого приступу і вона залишається все одно у моєму житті крізь всі ці приступи, це для мене максимально цінно і дозволяє мене себе почувати любленою і не самотньою в цьому, не тягарем.” (Респондентка 9);
- “Дуже важливе відчуття того, що ти не сам.” (Респондентка 5);
- “Коли люди тебе підтримують, коли тобі хріново, напевно ти для цих людей якийсь важливий, а напевно бути важливим для інших людей важливо.” (Респондент 4).

Більш того, багато досліджень продемонстрували сильний взаємозв’язок між рівнем соціальної підтримки та станом ментального здоров’я. Наприклад, те, що нестача соціальної підтримки пов’язується із підвищенням рівнів депресії та тривоги, тоді як сильні соціальні мережі підтримки здатні позитивно впливати на

ментальне здоров'я індивіда (Kawachi & Berkman, 2001). А згідно з гіпотезою буферування, соціальна підтримка також може зм'якшувати впливи стресових ситуацій, що може бути особливо важливим для людей із депресивними та тривожними з розладами (Cohen & Wills, 1985), що може пояснити, чому соціальна підтримка є такою гострою потребою для таких людей. Окрім того, серед спостережуваних трендів у глибинних інтерв'ю щодо питання важливості і наслідків підтримки, респонденти додавали, що це отримання підтримки дозволяє їм зменшувати саможигматизацію і навпаки. Як зокрема на це вказували респондентка 6: "Якщо цієї підтримки нема, це ніби підкріплює оці всякі твої негативні сформовані вірування, думки, воно ніби їх актуалізує і легітимізує. А коли ця підтримка є, то я розумію, що можливо те, що в моїй голові, воно не є справжнім" та респондентка 9: "Кожна якась така підтримуюча реакція настільки допомагає, в сенсі наче от просто закріплюється теж в себе в голові, що я не є там якоюсь ненормальною, це все окей." Такий патерн також простежувався у відповідях на питання про очікувану ідеальну підтримку, де респонденти найбільше зосереджували увагу на отриманні валідації та не засудженні їхніх емоцій і досвідів, на чому також наголошувала Інна Кирилук в експертному інтерв'ю. З цього можна зробити висновок, що також важлива не лише соціальна підтримка просто як явище, але й з певними атрибутами як валідація та відсутність оцінок, для того, щоб успішно інтегрувати українську молодь з депресивними і тривожними розладами. Тобто, що однією з особливостей їхньої соціокультурної інтеграції слугує задоволення їхньої спостереженою загостреної потреби у підтримці.

## **2.7. Нестабільні і напружені сімейні зв'язки**

Сім'ю можна вважати першою точкою соціалізації та першим джерелом отримання соціальної підтримки для людей. Однак, на основі проведених глибинних інтерв'ю, виникає тенденція того, що сім'я слугує точкою значної

напруги та тиску для української молоді з депресивними та тривожними розладами. Такі напружені зв'язки, часто виникаючи із непорозуміння, відсутності прийняття чи підтримки в ментальному здоров'ї, здатні вражати відчуття приналежності, самовартості та загальний соціопсихологічний добробут цих індивідів. Оскільки як стверджувала Інна Кирилук в експертному інтерв'ю, саме у випадку молоді з депресивними і тривожними розладами, сімейні зв'язки все ще залишаються дуже вагомим фактором у їхньому ментальному здоров'ї, особливо те, скільки підтримки із них виходить.

Серед цікавих тенденцій, виділених при аналізі глибинних інтерв'ю, було те, що 8 з 9 респондентів так чи інакше переживають складнощі із прийняттям і підтримкою від їхньої сім'ї в рамках їхнього ментального розладу, а одна респондентка, що зазначила позитивні і підтримуючі сімейні стосунки в рамках ментального здоров'я, також була єдиною респонденткою, що не згадувала про власне відчуття “ненормальності” чи “інакшості” на відміну від інших — “мама теж з розладом, всі ставляться нормально, до психотерапевта мене відправили відразу як я сказала про панічні атаки, підтримували коли була така потреба. Вплинуло це дуже позитивно, бо в мене немає проблем з тим щоб яось пояснювати або приховувати свою нетипову поведінку деколи, мене це абсолютно ніколи не соромило і не викликало дискомфорту” (респондентка 8). У рамках цього, також додавала Інна Кирилук, що “якщо молодь потрапляла у таку сімейну систему, яка давала нормалізацію в цій ситуації і давала розуміння, що це нормально, наприклад, багато спати або погано думати, то в таких клієнтів більше було відчуття нормальності і більше було конструктивного запиту на допомогу.” Відтак, це дає додаткові підстави припускати, що приймаючі сімейні стосунки саме для людей з депресивними і тривожними розладами зокрема важливі відносно зменшення самостигматизації. Як окремі приклади, можна розглянути наступні цитати інших респондентів, що негативно висловлювались щодо

ставлення їхньої сім'ї до їхнього розладу та їхніх загальних цінностей щодо ментального здоров'я:

- “А до того батьки говорили що “депресії, психотерапевти, це все не існує”. Що це сам накрутив і так далі, тато взагалі був байдужий до цього. Напевно це мені було важко, так, хотілося б щось почути від батьків.” (Респондент 7);
- “Дуже бракує їхнього [сім'ї] розуміння, бажання зрозуміти, якоїсь просто базової зацікавленості, якоїсь просто мінімальної підтримки, цього, на жаль, немає. (...) Також через це я відчуваю себе постійно тягарем в сенсі, що зі мною важко, тому що мені постійно на цьому наголошували батьки” (Респондентка 9);
- “На їхню думку це [розлад] насправді не є проблемою і ці проблеми не є актуальними, справжніми і це не вимагає якогось зовнішнього втручання.” (Респондентка 6);
- “Мама мені така “Аня, ну ж можна просто не тривожитись, ну чого ти тривожися, можна просто не тривожитися”. Я така блін, от дякую, я не здогадалась.” (Респондентка 2).

Ще одним важливим аспектом у розгляді напружених сімейних стосунків в української молоді з депресивними та тривожними розладами є врахування релігійності їхньої родини, адже це теж був один із патернів у цій тематиці під час інтерв'ю:

- “Перший раз, коли я сказала про те, що мені поставили діагноз депресивного стану, мені порадили молитися і що це буде лікувальним ефектом і нагадали про те, що депресія — це демонський дух і тоді я зрозуміла, що допомоги від сім'ї я не можу чекати.” (Респондентка 1);

- “От і це був дуже насправді тривожний період, і бабуся мене лікувала святою водою.” (Респондентка 2);
- “І коли я казала, мені погано там, я погано сплю, бо я бачу якийсь галюцинації або що там панічні атаки, вони казали, це ти не хрещена просто.” (Респондентка 3);
- “Але оскільки в мене мама релігійний фанатик, вона говорила молитись і що все буде заїбись” (Респондент 4);
- “Моя мама взагалі дуже багато чого вважає, що якісь там відхилення будь-які зі здоров'ям, це покарання від Бога.” (Респондентка 9).

Загалом, теж цікаво, що жоден із респондентів не згадував про власну релігійність і, відтак, єдині згадки про релігію були саме негативними спогадами, пов'язаними із впливом релігійності на ставлення їхніх рідних до ментального здоров'я, що зокрема певним чином активувало відчуття “неправильності” чи “ненормальності”, як зокрема згадувала респондентка 1, яка найбільш розгорнуто розповідала про релігійність її родини — “я прям відчувала себе якоюсь брудною, неправильною і хворою”.

Враховуючи усе вищенаведене, слід додати, що зокрема згідно із дослідженнями, відчуття прийняття від сім'ї є критично вагомим для ментального здоров'я, адже брак прийняття і розуміння може призводити до посиленого відчуття ізоляції та погіршувати симптоми ментальних розладів (Ryan et al., 2009). І, таким чином, спостережені напружені сімейні зв'язки в української молоді, що переживають депресивні та тривожні розлади, може виступати бар'єром до успішної соціокультурної інтеграції, оскільки сім'я часто є першою точкою контакту в соціалізації та культурному навчанні. І зокрема перейняті стигматизовані норми і цінності щодо ментального здоров'я мають можливість погіршувати раніше розглянуте відчуття “ненормальності” і “інакшості” через конфлікт з інтерналізованими від сім'ї ідеями щодо ментального здоров'я. Відтак, для

забезпечення успішної соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними та тривожними розладами є важливо зокрема звернути увагу на освіту щодо виховання та сімейної динаміки у суспільстві для запобігання негативних наслідків від стигматизації від родини.

## **2.8. Соціокультурна напруга із старшими людьми**

Міжпоколіннєві взаємодії складають вагому частину суспільних взаємодій, зокрема впливаючи на трансмісію культурних норм, вірувань та цінностей. Попри це, для української молоді з депресивними та тривожними розладами стосунки та взаємодії із людьми старших поколінь володіють напругою. Поколіннєва культурна різниця в розумінні і сприйнятті ментального здоров'я та його розладів разом із стереотипами та нестачею освіти у цій темі можуть, власне, призводити до цієї соціокультурної напруги та непорозумінь. Ці складнощі у міжпоколіннєвій взаємодії зокрема здатні підвищувати для молоді з депресивними і тривожними розладами їхнє відчуття ізоляції та “ненормальності”, чим ускладнюючи їхню соціокультурну інтеграцію в українське суспільство.

Серед причин такої тенденції, поміченої під час глибинних інтерв'ю, може бути те, що старші покоління вирости із іншим розумінням ментального здоров'я, підпадаючи під стигму і брак знань, зокрема в епоху СРСР. Це також підтвердила Інна Кирилюк, надаючи ретроспективу на початок її 25-річної практики і говорячи з досвіду початку психологічної роботи в той час, що “все це було лінь, називалося тоді лінь, чи погане виховання, або байдужість до життя. Все тільки так називалося, і, дійсно, депресія вважалась вигадкою.” Окрім цього, респонденти звертали увагу на те, що коренем їхніх напружених стосунків із старшими поколіннями (і причиною їхнього уникання) є знецінення, що вони переживають у комунікації з ними щодо ментального здоров'я:

- “Коли я ділилась своєю історією, можуть сказати “Ну дуже прикро, дуже жаль”, а потім “Ну так прибери всю територію, бо вже кажеється, що у вас живуть бомжі біля вашого дому” і ти розумієш, що ти не можеш стати з ліжка і ти розумієш що вони не зрозуміють, не можуть розуміти, осягнути, як це.” (Респондентка 1);
- “І в той момент, коли я почала розповідати свої проблеми і то він такий: “ну слухай, те, що ти вважаєш проблемами, воно може бути і не проблемами” і “Іди позаймайся спортом”.” (Респондентка 3);
- “Але якщо ми говоримо про людей трохи старшого покоління тобто батьки і люди такого віку, то все ж таки нерозуміння стається більше, це не розглядається як якась справжня проблема”. (Респондентка 6);
- “Багато старших на той час казали що до “мозгоправа” нема смислу йти, того що це нічого не допомагає, можна самому поправитись. “Не існує ніякої депресії, “йди проспись, і все буде добре”.” (Респондент 7);
- “Основне — це знецінення як стигма, тобто що “Та де там які в тебе можуть бути проблеми, ти собі це надумала там, оце нове покоління” і так далі.” (Респондентка 9).

І, таким чином, простежується тренд до соціокультурної напруги із старшими поколіннями, що робить саму соціокультурну інтеграцію для молоді з розладами важчою, оскільки значна кількість взаємодій, окрім однолітків із спільними цінностями, здатна приносити дискомфорт, стигматизацію чи знецінення. Спостерігається загалом, що у культурах, де ментальні хвороби сприймаються як знак слабкості чи морального провалу, це більш поширено саме серед старших поколінь (Chen & Mak, 2008). І це зокрема схоже на саму українську культуру ментального здоров'я на основі проведених інтерв'ю в цьому дослідженні.

Також, стосовно напружених стосунків зі старшими, респонденти зокрема згадували академічні складнощі, які вони пов'язують зі страхом осуду чи



неприйняття від старших викладачів у випадку того, якщо вони відкрито зізнаються, що мають проблеми в навчанні саме через власне ментальне здоров'я — “а в нас, мені здається, в університеті в українському страшно заїкнутися старшим про те, що в тебе там тривожно-депресивний розлад і тобі сьогодні важче стати з ліжка, ніж вчора і тобі потрібно на один день відстрочити якісь завдання” (Респондентка 5).

Отож можна виділити важливу особливість і зокрема виклик соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними і тривожними розладами як соціокультурну напругу зі старшими людьми.

## **2.9. Культурний дисонанс**

Як визначає Пьотр Штомпка (2005), культурний дисонанс виникає, коли різні культурні впливи не збігаються одне з одним, чим спричиняють розбиту культурну ідентичність замість монолітної. У контексті даного дослідження було спостережено культурний дисонанс в української молоді з депресивними та тривожними розладами, який можна визначати як стан постійної напруги через розбіжність між особистими цінностями та переконаннями і культурними нормами суспільства. Загалом, культурний дисонанс у темі ментального здоров'я розглядався у різних дослідженнях. Наприклад, дослідження Гові (2000) розглядало роль культурного дисонансу і сприйнятої дискримінації у суїцидальних нахилах мексиканських мігрантів у США, виявивши, що існує сильний взаємозв'язок між культурним дисонансом та негативних наслідках для ментального здоров'я, як суїцидальні думки. Інше дослідження Райдера та інших (2008), вивчаючи культурний дисонанс у китайських канадців, виявило, що індивіди із значним культурним дисонансом володіли високими рівнями депресивності та тривоги. Відтак, дані дослідження показують роль культурного дисонансу у ментальному здоров'ї.

Що стосується конкретно української молоді з депресивними і тривожними розладами, може здатись неочевидним, як може виникати культурний дисонанс у людей, народжених і проживаючих в рамках самої культури? Втім, керуючись визначеннями культурного дисонансу, було помічено саме схильність до демонстрування культурного дисонансу при відповідях на питання про те, які респонденти знають типові українські цінності щодо ментального здоров'я, та які цінності є ідеальними на їхню думку та, відповідно, відображають їхні ціннісні установки в цій темі. Наочною демонстрацією може слугувати таблиця, що дозволяє порівнювати відповіді на дані питання для респондентів:

*Таблиця 1.2. Порівняльна таблиця відповідей*

Номер респондент_ки_а	Типові українські цінності щодо ментального здоров'я на думку респондентів	Ідеальні українські цінності щодо ментального здоров'я на думку респондентів
№1	<p>“Якщо в тебе є будь-яке ментальне здоров'я, ти прокажений”</p> <p>“Що психічні захворювання — це душевні захворювання, тому що хтось щось колись зробив.”</p>	<p>“Як найперше — це запит на дослідження взагалі того, що це є проблема, що це є потреба, що це є річ, яка вже є невід'ємною. Кожному буквально потрібно розуміти, як ідентифікувати, що в людини панічна атака, що в неї зрив, що в неї</p>

	<p>“ігнорують генетичний факт з точки зору передачі.”</p> <p>“ти піклуєшся про себе, всю родину, от і тому жінка є дуже сильною і тому ти ніби не маєш права хворіти, ти не маєш права втомлюватися.”</p> <p>“я часто відчуваю гіперовимогу, оскільки ми історично живемо в таких подіях, де треба завжди бути сильним.”</p>	<p>наприклад загострення якесь відбулося.”</p> <p>“Що типу не всі мають бути здоровими, це нормально, що в когось відхилення, що там терпіти не потрібно.”</p>
№2	<p>“те, що з цим не можна нічого зробити, то ти просто такий є, це твоя особливість характеру. Оце особливість характеру, якщо чесно, ридати на підлозі, бо ти не маєш сил нічого зробити, просто 10 із 10.”</p>	<p>“це цінність толерантності”</p> <p>“щоб це суспільство було толерантним і більш лагідним, емпатійним. І щоб кожна людина для себе розуміла, що вона для себе найважливіша і що її кордони</p>

	<p>“Ще знецінювання цього всього в тому плані, що от якщо ти зараз отак посміхаєшся, то яка може бути вообщє депресія, ти ж смієшся.”</p>	<p>найважливіші.”</p>
<p>№3</p>	<p>“У нас яось так не не ставляться до цього як до здоров'я, тобто для них здоров'я — це фізичне”</p> <p>“Якщо в тебе депресія, то ти завжди собі надумав щось і тобі просто нема чоґо робити, і ти лінива або тобто надають якісь якості, хоча це не якості, а хвороби, тобто вони змішують це з твоєю особистістю”</p> <p>“постійно пихають спорт, щоб вийти з депресії, і я думаю, що</p>	<p>“проблема — це те, що люди неосвічені в тому, що здоров'я — це не тільки якийсь поріз на руці або перелом.”</p> <p>“знати,, як поводити себе з людьми, які страждають в плані ментального здоров'я, як в принципі це все працює, чому це відбувається. Тому що для багатьох людей, вони такі ми приймаємо депресію, але депресія це не просто коли тобі сумно”</p>

	це також неосвіченість”	
№4	<p>“Ну як на більшість чоловіків в цій країні, тобі хреново, закрій рот і йди працюй. Якщо тобі дуже хреново, можеш ще випити ввечері. Ну як на мене, це там 80% населення України страждає такою пострадянською херню, що чоловіку не можна говорити про свої проблеми, а піти напитись і потім працювати”</p> <p>“Ну психолог це шарлатан, всі проблеми можна відмолити, ти здоровий бо є дах на головою і нема чого депресувати. Ну алкоголізм і християнство як залежність і спосіб втікання від проблем,</p>	<p>“Для ідеального українського суспільства треба трохи відкинути власне названі мною ряд пострадянських і християнських наративів, що мовчання золота, там це сім раз відмір один раз відріж. Що це за тривожна херня, що ти не можеш зробити крок поки ти його трильйон раз не обдумаєш?”</p>

	<p>типове радянське не звертання уваги на проблеми. Мовчання золото, тише едешь дальше будешь — от саме ця двіжуха про то, щоб ти не говорив, коли тобі погано.”</p> <p>“Ти починаєш більше стримувати емоції бо ти розумієш що вони не на часі.”</p>	
№5	<p>“У нас не прийнято говорити про своє психічне здоров'я і про те, в якому стані ти зараз перебуваєш (...) в нас не прийнято запитувати про це людей”</p> <p>“В нас не прийнято брати до уваги ментальне здоров'я в академічній сфері”</p>	<p>“Я би хотіла наше суспільство робити більш толерантним і більше радісним, якісь такі історії на рівні громадськості”</p>

№6	<p>“Воно все доволі сильно крутиться навколо певного знецінення, тому що якісь певні психологічні складності і ментальні проблеми, вони не розглядаються так серйозно, як наприклад якісь фізичні.”</p>	<p>“Мені здається, що дуже важливим в такому суспільстві було би прийняття того, що в нас є емоції, і вони не можуть бути неважливими, правильними чи неправильними, бо це емоції, це не дії.”</p>
№7	<p>“не існує ніякої депресії. “йди проспись, це буде добре” це мене саме слово саме сама фраза “що не існує депресії” вже починає дуже дратувати.”</p>	<p>“Дуже важливо було б в школу додати психологів щоб з дітьми працювали. Не те, щоб ну більш вже таким підростаючим поколінням, щоб були люди мали з ним поговорити, тому що не кожна людина в школі може виговоритися батькам.”</p>
№8	<p>“сумнівне ставлення до психотерапії і невизнання важливості ментального</p>	<p>“було б супер, якби перед народженням дітей люди починали отримувати допомогу</p>

	здоров'я і роботи над ним.”	від психотерапевтів. не дуже розумію які принципи можуть бути цінності щодо ментального здоров'я, просто було б гарно якби люди більше звертали увагу на його важливість.”
№9	<p>“що психотерапевти - це шахраї, шарлатани, розводять на гроші, таблетки антидепресанти - це наркотики, які викликають залежність, люди, в яких ментальні розлади типу депресії тривоги і так далі це не нормальні, хворі або що це не існує.”</p> <p>“І що загалом типу завжди буває гірше, якщо в тебе є там дах над головою, ти ситий, через що ти можеш там</p>	<p>“Суспільство, в якому усвідомлюють важливість ментальне здоров'я і серйозність, якщо з ним є проблеми, тобто що прирівнюється ментальна якась недуга із фізичною”</p> <p>“Прийняття, емпатія і розуміння, як поводитись і ставитись до людей, в яких є розлад, бути більш чуйним”</p> <p>“Чому ми вчимо там, як надавати людині першу</p>



	депресувати, піди цей погуляй, позаймайся спортом, поприбирай” “Центральна думка про те, що це щось не настільки важливе як фізичне”	допомогу при буквально будь-чому фізичному, але не вчимо на уроках основи здоров'я, як надати допомогу людині в якій почалась панічна атака?”
--	--	--

Наведені в таблиці цитати демонструють чітку прогалину між тим, як респонденти сприймають українську культуру ментального здоров'я та якою для них є бажана картина. Окрім того, беручи до уваги загальні фони інтерв'ю та особисті цінності усіх респондентів щодо ментального здоров'я та його розладів, вони досить розходяться із тим, як вони сприймають типові українські культурні переконання. Також при розповідях про типові українські цінності щодо ментального здоров'я, респонденти демонстрували досить негативні емоційні реакції на те, що вони розповідали, зокрема передаючи підбором слів їхню незгоду із панівними українськими переконаннями у сфері ментального здоров'я. І цю особливість соціокультурної інтеграції можна вважати найбільш критичною серед усіх виявлених в дослідженні, бо вона вказує на значні розходження між культурою респондентів та їхніми особистими нормами і цінностями. Саме цей культурний дисонанс може потенційно додавати до відчуття “ненормальності” та загальної маргіналізованості, яку демонстрували респонденти під час інтерв'ю. І, відтак, виявлення даних особливостей становить важливу точку для дискусій та змін в українському суспільстві задля забезпечення успішної соціокультурної інтеграції

такої ченснтивної групи населення, як українська молодь з депресивними та тривожними розладами.

## ВИСНОВКИ

У рамках цього дослідження було охарактеризовано поняття, види і соціальну проблематику тривожних і депресивних розладів. Також було систематизовано підходи до вивчення тривожних і депресивних розладів в соціології — біомедичний та соціоконструктивістський, та такі соціологічна перспективи вивчення цих розладів як теорії соціальної інтеграції, стигми, соціальної напруги, інтерсекційності, соціального стресу та символічного інтеракціонізму.

Для емпіричної бази дослідження було проведено 9 глибинних інтерв'ю з українською молоддю, що мають діагнози депресивних, тривожних та змішаних депресивно-тривожних розладів, та 1 експертне інтерв'ю з кандидаткою психологічних наук і психотерапевткою Інною Кирилюк. При аналізі зібраних даних в глибинних інтерв'ю та даних з попередніх досліджень були з'ясовані наступні особливості соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними і тривожними розладами:

- схильність до утворення “бульбашок” та уникання спілкування з рештою людей;
- тяжіння до інших людей з розладами;
- постійна самотність, відчуття ненормальності і неприйняття суспільством;
- загострена потреба в підтримці;
- нестабільні і напружені родинні зв'язки;
- соціокультурна напруга із старшими людьми;
- культурний дисонанс;

Дане дослідження не мало за мету репрезентативність за рахунок якісної методології та невеликої вибірки, втім дає підвалини для майбутніх досліджень кількісного характеру, що зможуть точніше виявити тенденції та особливості соціокультурної інтеграції при депресивних та тривожних розладах у більшому масштабі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

“Депресивні розлади”, MSD ДОВІДНИК. Режим доступу:

<https://www.msmanuals.com/uk-ua/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>

Іванова Т.В. (2019) Біомедичний та соціологічний підходи до психічного здоров'я. *Вісник НТУУ "КПІ" Політологія. Соціологія. Право*. № 1(41) (2019)

[https://doi.org/10.20535/2308-5053.2019.1\(41\).194435](https://doi.org/10.20535/2308-5053.2019.1(41).194435)

Риндзак, О. Т. (2016). Соціокультурні аспекти інтеграції внутрішньо переміщених осіб у регіональному вимірі. *Регіональна економіка*, (3), 120-127.

Укрінформ (9 вересня 2022) “Понад 8,5 мільйона українців мають ризик психічних розладів через війну — ВООЗ”. Режим доступу:

<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3567887-ponad-85-miljona-ukrainciv-maut-rizik-psihicnih-rozladiv-cerez-vijnu-vooz.html>

Чутора, М. В. (2012). Самостигматизація осіб з психічними захворюваннями як реакція на стигматизацію суспільством. *Науковий вісник УжНУ Педагогіка. Соціальна робота*. Випуск 25, 229-231.

Штомпка П. (2005) "Социология. Анализ современного общества": Пер. с польск. СМ. Червонной. — М.: Логос. — 664 с. + 32 с. цв. вкл. ISBN 5-98704-024-8

Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166-191. doi:10.1093/jrs/fen016

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)

Aneshensel, C. S. (2009). Toward explaining mental health disparities. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(4), 377-394.

- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine* (1982), 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brown, C. S., Bigler, R. S., & Chu, H. (2016). The mediating role of perceived stress in the relationship between perceived discrimination and mental health among African American and Caribbean Black adults. *Journal of Black Psychology*, 42(6), 576-599. doi:10.1177/0095798415607896
- Chen, S. X., & Mak, W. W. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442–450.
- Cockerham, W. C. and G. Scambler (2010) Medical sociology and sociological theory. In William Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Blackwell. Pp. 3–26.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170-180.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139-167.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.

Dressler, W. W. (2004). Culture and the risk of disease. *British Medical Bulletin*, 69(1), 21-31.

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A Study in Sociology*. New York, NY: The Free Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gordon, M. M. (1964). *Assimilation in American life: The role of race, religion, and national origins*. Oxford University Press

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712-1720.

Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.

Kirmayer, L. J., & Ryder, A. G. (2016). Culture and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 8, 143-148.

Kirmayer, L. J., & Swartz, L. (2014). Culture and global mental health. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, & M. J. Prince (Eds.), *Global Mental Health: Principles and Practice* (pp. 41-62). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York, NY: Free Press.
- Kleinman, A., & Good, B. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lewis-Fernández, R., & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 271-295.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2019). Non-Suicidal Self-Injury, Youth, and the Internet: What Mental Health Professionals Need to Know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 21.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0286-3>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. doi:10.2307/2095613
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112
- Makhashvili, N., Javakhishvili, J., Pinchuk, I., & Roberts, B. (2017). Mental Health Conditions and Co-morbidities Among Internally Displaced Populations (IDPs) in Ukraine. *European Psychiatry*, 41(S1), S245-S245. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.02.024
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2000). Culture and mental health: An introduction and overview of foundations, concepts, and issues. In I. Cuéllar & F. A. Paniagua

- (Eds.), *Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations* (pp. 3-24). San Diego, CA: Academic Press.
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman-Mellor, S., Kopa, A., ... & Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychological medicine*, 49(2), 268-277.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 339–348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 415-444. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.415
- Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress*. Transaction Publishers.
- Parker, G., Gladstone, G., & Tsee Chee, K. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group: The Chinese. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 857–864. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.857>
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256.



- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.
- Perry, B. L. (2011). The labeling paradox: Stigma, the sick role, and social networks in mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 460-477.  
doi:10.1177/0022146511419203
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (1999). The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(2), 142-156.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2005). The troubled relationship between psychiatry and sociology: A historical overview. In J. Tew (Ed.), *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress* (pp. 13-34). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., Earnshaw, V. A., Perez, G., & Chaudoir, S. R. (2014). Examining Effects of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, Internalization, and Outness on Psychological Distress for People with Concealable Stigmatized Identities. *PLOS ONE*, 9(5), e96977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096977>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *The American journal of psychiatry*, 158(3), 479-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.479>
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American journal of men's health*, 12(1), 78-89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>

- Sørensen, T., Kleiner, R., Ngo, P., Sørensen, A., & Bøe, N. (2013). From sociocultural disintegration to community connectedness dimensions of local community concepts and their effects on psychological health of its residents. *Psychiatry journal*, 2013, 872146. <https://doi.org/10.1155/2013/872146>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1\_suppl), S41-S53.
- Thoits, P. A. (2016). "I'm Not Mentally Ill": Identity deflection as a form of stigma resistance among people with mental illnesses. *Society and Mental Health*, 6(3), 166-183.
- Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60(1), 104-125.
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl(Suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Walls, M., Hautala, D., Cole, A. et al. Socio-cultural integration and holistic health among Indigenous young adults. *BMC Public Health* 22, 1002 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13395-3>
- Wertsch, J. V. (1985). *Vygotsky and the social formation of mind*. Harvard University Press.
- Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (1997). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 87(4), 643-648.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J., & Anderson, N. (1997). *Racial Differences in Physical and Mental Health: Socioeconomic Status, Stress, and Discrimination*.

Journal of Health Psychology, 2, 335-351.

<http://dx.doi.org/10.1177/135910539700200305>

Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 604–608. doi:10.1016/j.psychres.2014.07

World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed.* World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535.

**Додаток А**  
**Гайд для інтерв'ю**  
**ІНФОРМАЦІЙНА ЗГОДА**

Вітаю! Мене звати Соломія, я студентка 4 курсу спеціальності “Соціологія”. Передусім, дякую, що погодились виділити свій час для участі в цьому глибинному інтерв'ю. Сьогодні ми поговоримо про ваш досвід (розлад респондента). Я буду дуже вдячна, якщо ви відповідатимете відверто та щиро.

Інформація, отримана під час цього інтерв'ю, є анонімною та конфіденційною та використовуватиметься лише в дослідницьких цілях в рамках курсової роботи.

Наше інтерв'ю триватиме не більше години. Прошу вашого дозволу записувати розмову на диктофон, сам запис буде застосовуватися винятково для складання транскрипту та збереження автентичності ваших відповідей при аналізі. Після обробки інтерв'ю ви зможете його переглянути і перевірити, чи поширена вами інформація відповідає дійсності.

Якщо у вас виникнуть питання щодо інтерв'ю, ви завжди зможете сконтактувати зі мною за тел. 099-228-06-68, в телеграмі або поштою: [solomia.fedoreyko@gmail.com](mailto:solomia.fedoreyko@gmail.com)

Чи Ви згодні узяти участь в інтерв'ю за таких умов?

**Питання для обговорення:**

**Блок 1 (Вступ)**

1. Інформаційна згода, чи зручніше на ви/ти.
2. Розкажіть трохи про себе — скільки вам років?
3. Яка зараз ваша основна сфера діяльності?

**Блок 2 (Бекграунд ментального здоров'я)**

4. Коли ви вперше почали відчувати симптоми тривоги/депресії?
5. У скільки років вам діагностували ваш розлад? Як ви на це відреагували тоді? Що це для вас змінило?
6. Чи пригадуєте перше усвідомлення того, що у вас може бути (розлад респондента)?
7. Чи ви звертались за професійною допомогою? Що вас наштовхнуло це зробити? Яким був цей досвід?
8. Чи знає ваша сім'я про ваш розлад? Як вона до цього ставиться? Як це вас змушує почуватись?
9. Як реагують інші люди, коли ви їм зізнаєтесь, що маєте розлад? Як це вас змушує почуватись? Яка для вас “ідеальна реакція”?
10. Чи ви зіштовхувались із стигмою через ваш розлад?
11. Як ви особисто ставитесь до себе із врахуванням власного розладу?

### Блок 3 (Рання соціалізація та культурне виховання)

12. Чи можете розповісти, з якого ви регіону України, і яким був досвід зростання там? Чи ви відчували свою приналежність там?
13. Які у вашої сім'ї цінності щодо ментального здоров'я? Чи були у вашій сім'ї якісь конкретні культурні переконання і практики стосовно ментального здоров'я? Як ви думаєте, це вплинуло на вас?

### Блок 4 (Школа та друзі)

14. Можете описати ваш досвід навчання в школі та стосунки з друзями в той період?

15. Чи ви зіштовхувались з булінгом та академічним тиском у школі? Опишіть цей досвід. Як, на вашу думку, можна би було покращити цю ситуацію?

#### Блок 5 (Вплив української культури)

16. Які ви знаєте типові українські переконання чи цінності щодо ментального здоров'я? Як ви думаєте, чи вони вплинули на ваше розуміння/сприйняття вашого ментального здоров'я? (seeking help and treatment)

17. Чи є на вашу думку аспекти української культури, які вам заважали чи заважають справлятися із вашою депресією/тривогою?

18. Чи впливають українські культурні переконання та стереотипи на те, як ви виражаєте свої емоції?

19. Уявіть ідеальне українське суспільство. Які би в нього мали бути цінності щодо ментального здоров'я?

#### Блок 6 (Соціальна підтримка)

20. Чи є у вашому житті люди, що підтримують вас під час приступів тривоги чи депресивних епізодів? Наскільки/чому це для вас цінно? Яка для вас “ідеальна підтримка”?

21. Чи є у вашому колі спілкування люди, які теж переживають депресію чи тривожні розлади? Чи допомагає спілкування з ними в переживанні власного розладу?

22. Чи ви переживали складнощі із підтримкою соціальних зв'язків через своє ментальне здоров'я? Опишіть цей досвід.

23. Чи ваша депресія/тривога ускладнює вашу участь в соціальному житті? Що би могло для тебе це полегшити?

### Блок 7 (Війна)

24. Як вплинув досвід війни на ваше ментальне здоров'я? Чи якось змінились симптоми, коупінг-механізми? Що саме на це могло вплинути, на вашу думку? Чи змінилось ваше власне ставлення до ваших емоцій та переживань?
25. Чи ви отримуєте зараз бажану підтримку від ваших близьких? Можете її описати?
26. Чи ви відчули зміну культурного ставлення українців до ментального здоров'я? Як це вплинуло на вас?

### Блок 8 (Закінчення)

27. Чи є ще щось, про що би ви хотіли розповісти в ключі нашої розмови?
28. Подякувати і розповісти, що буде відбуватись далі з відповідями.

**Додаток Б**  
**Гайд для експертного інтерв'ю**  
Інформаційна згода

**Питання для обговорення:**

Блок 1 (Професійний бекграунд та досвід)

1. Чи могли би ви коротко описати ваш професійний досвід у роботі з українською молоддю з депресивними та тривожними розладами?
2. Наскільки поширені депресивні та тривожні розлади серед молоді, з якою ви працюєте? Чи ви помічаєте якісь тенденції, тренди або патерни серед них?

Блок 2 (Соціокультурні фактори та ментальне здоров'я)

3. З вашого досвіду, які найбільш впливові соціальні та культурні фактори, які позначаються на розвитку чи перебігу депресивних і тривожних розладів серед молоді?
4. Як ці соціальні та культурні фактори позначаються на ментальному здоров'ї української молоді з депресивними та тривожними розладами?

Блок 3 (Виклики соціокультурної інтеграції)

5. На основі вашого досвіду, з якими складнощами зіштовхується молодь з депресивними і тривожними розладами у контексті соціокультурної інтеграції?
6. Як ці складнощі впливають на їхнє ментальне здоров'я?

Блок 4 (Коупінг-стратегії і механізми та системи підтримки)

7. Які коупінг-стратегії застосовує українська молодь з цими розладами, щоб справлятися із складнощами в соціокультурній інтеграції? Яка саме їм підтримка зазвичай потрібна?
8. Наскільки важливі соціальні зв'язки для людей з цими розладами?



9. А наскільки таким людям важливо відчувати себе приналежними до якоїсь спільноти? Чи до суспільства в цілому?

#### Блок 5 (Рекомендації для покращення)

10. На основі вашого досвіду та експертизи, що потрібно змінити в українському суспільстві, щоб забезпечити легшу інтеграцію молоді з депресивними і тривожними розладами?

11. Які би програми, заходи чи нововведення могли би посприяти їхній успішній інтеграції та покращенню ментального здоров'я?

#### Блок 6 (Закінчення)

12. Чи є ще щось, чим би ви хотіли поділитись у контексті соціокультурної інтеграції української молоді з депресивними та тривожними розладами?

## Додаток В

### Приклад транскрипту інтерв'ю

Респондентка 1, 28 років, змішаний тривожно-депресивний розлад, ПМДР.

Тривалість інтерв'ю: 1:04:40

I: Чи можеш для початку трішки розповісти про себе, скільки тобі років і яка твоя основна сфера діяльності?

P: Мені 28, основна сфера роботи це менеджмент в сфері ІТ, точно більш фокусовано пов'язано із виробництва контенту. Навчалася в Київському національному університеті імені Вадима Гетьмана економічному, спеціальність була менеджмент бізнесу.

I: Зрозуміла, дякую. Зараз би хотіла перейти більше до обговорення теми ментального здоров'я — чи могла би ти поділитись, коли ти вперше почала відчувати симптоми тривоги або депресії?

P: Це був 2013-14 рік. Взагалі перший свій такий емоційний зрив я фіксую дев'ятим класом тобто мені було 14 років, а от перші такі депресивні епізоди, які мають якийсь повторюваний характер я в 13-14 точно що відчула.

I: А коли ти отримала офіційний діагноз розладу?

P: Отримувала від психіатра у 2014 році депресивний розлад, і також отримувала тривожно-депресивний розлад і ПМДР цього року.

I: І як ти реагувала на ці діагнози?

P: Ну оскільки я якраз перебувала в перебіганні самого депресивного епізоду, це сприймається доволі складно, бо ти асоціюєш себе з тим, що ти хворий і з тобою щось не так. А з іншого боку в мене були відчуття, що мені нарешті підказали, що зі мною і я знатиму лікування. Тобто було дві такі крайнощі. І що цьому є певне медикаментозне пояснення і пояснення тим речам, які зі мною відбувалися, бо

мені видавалося, що це все проживають інші люди, а з'ясувалося, що ні і тому я не могла зрозуміти, що я переживаю.

I: І що це тоді для тебе змінило?

P: Перший раз 19-му році медикаментозне лікування повернуло мені сон, повернуло мені можливість просто базово існувати, тому що тоді я почала курс андидепресантів. Я просто вернулась до нормалізації базового існування, от. А друга річ дала мені зрозуміти в ретроспективі, чому мій діагноз приводив до періодичного вигорання. Ось якось так.

I: А чи пригадуєш ти перше усвідомлення, що у тебе може бути тривожно-депресивний розлад?

P: Перша усвідомлення, мабуть, так. Ну мені про це сказав мій терапевт, що можливо в мене є депресивний стан, але він сказав дуже необережно і я почала відчувати щось типу що це щось дуже не окей і щось воно щось не так.

I: А що тебе нашттовхнуло вперше звернутися за професійної допомогию?

P: Мені підказала моя сестра двоюрідна, старша за мене 9 років, вона в той час уже була на терапії. Це був 13-й рік і тоді я вперше пішла на терапевта з фактором довіри. Для мене це було те, що я з релігійної родини, і це був священик, який вивчився на психолога. В 13-му-14-му році в мене відбувся перший сеанс в терапевта, ось.

I: І який був цей досвід?

P: Дуже хороший в плані того, що я відчувала полегшення. Я відчувала полегшення кожен раз, коли виходила з сенсу. Тобто це не перспективу можливо не так впливало, як в моменті, коли в мене траплялися тривожні епізоди або було просто складно переживати якісь моменти, а я не звикла їх якось проживати

виносячи назовні.

I: А чи знає твоя сім'я про твій розлад?

P: Так, знає.

I: І як вони до цього ставляться?

P: Цікаво... Оскільки я згадувала про релігійний шлейф в родині, і перший раз, коли я сказала про те, що мені поставили діагноз депресивного стану, мені порадили молитися і що це буде лікувальним ефектом і нагадали про те, що депресія — це демонський дух і тоді я зрозуміла, що допомоги від сім'ї я не можу чекати. А якраз це було в той період, чому, власне, привело до того, що втратився сон, і сама ця депресивна ситуація загострилася, бо я проживала якраз сепарацію з родиною. А, і от тоді я відчула, що можу протистояти тому, що родина мене може не зрозуміти, не підтримати в цьому плані. Хоча другий зараз епізод коли я проживала, я вже більш спокійно сказала, що я точно знаю, що в мене пмдр і в мене там тривожно-депресивний розлад, і навіть попри те, що я відчувала, що там родина це важко сприймає, родині важко було прийняти, що в мене є захворювання якесь, але в мене вже була більша опірність до цього і це ну мало на мене вплинуло вже, ніж попередній раз.

I: І як ти почуваєшся з приводу такого їхнього ставлення?

P: Мені хотілось би більше розуміння, мені хотілось би більше прийняття і намагання не пояснити зі своєї точки зору, а прийняття те як я це бачу і як я це отримала у від спеціалістів яким довіряють також ось тому мені просто їх більше прийняття того, що відбувається. От, я думаю, так.

I: А як реагують інші люди, якщо ти їм зізнаєшся, що у тебе є розлад?

P: Дуже по-різному, більш емоційно стабільні люди, вони не до кінця можуть зрозуміти, вони задають уточнюючі запитання і часто найчастіше чую фразу “Ну тепер ти знаєш що з цим робити, класно що ти знаєш”. А от ті люди, які часто стикаються з цим, яким це відгукується і вони кажуть “Ого, це дуже нагадує мені

якісь мої речі, можливо, мені теж треба перевіритися”. Я думаю, що розподіл іде в моєму оточенні трошки більше в переважно тих, хто знайшли в моєму шері щось схоже до свого. Це ті люди, які відгукуються, люди які не відгукуються, там друзі оточення ті ж соцмережі а-а більше переважливі які кажуть щось в мене те що схоже треба досліджувати

I: А яка от для тебе ідеальна реакція?

P: Мені хочеться отримати підтримку. Мені би хотілось отримати це базове співчуття, що людині прикро, що зі мною трапилось, і почути що там це не моя вина, я не могла нічого з цим зробити і щоб я себе не картала через це. І що якщо вони мають на це ресурс і можуть сказати, що вони просто є поруч, раптом що, навіть якщо і ніколи не треба буде цим скористатися. От це допомагає.

I: А чи доводилось тобі зіштовхуватися з якоюсь стигматизацією через твій розлад?

P: А-а, стигматизація через мій розлад... Я переживаю, що я сама почала апелювати до цього розладу, намагаючись пояснити якісь речі, які відбуваються, типу що “Ну це ж мій розлад”. Але переживаю, що люди в цей момент думають, що я цим прикриваюся, а я насправді хочу їм пояснити, що відбувається, при тому я намагаюсь не перекладати на відповідальність людей, щоб вони лікували якось. А саме стигматизація... А можна мені приклади, щоб я зрозуміла, як це може бути?

I: Наприклад, чи були якісь випадки осуду з боку інших або зневажливого чи знецінюючого ставлення?

P: Я думаю від близьких і близькі це радше люди старшого покоління, які не дуже це розуміють, там зокрема рідня. Коли я ділилась своєю історією, можуть сказати “Ну дуже прикро, дуже жаль”, а потім “Ну так прибери всю територію, бо вже кажеться, що у вас живуть бомжі біля вашого дому” і ти розумієш, що ти не

можеш стати з ліжка і ти розумієш що вони не зрозуміють, не можуть розуміти, осягнути, як це. Тому що вони вставали і йшли, в своєму оточенні в них було прийнято така річ, що так треба, вставати іти і робити. Це до речі я чую від своїх тіток, від мами. От і намагаюсь їм пояснити, що можливо було не ок, що вас змушували так робити, а з іншого боку, якщо це ваш копінг і якщо він для вас працював, це ок, але для мене він не працює. Хоча я пробувала брати їхні паттери і в мене він не працює. І так, я стикалась з цим 100%, точно у відношенні родини.

I: А як ти особисто ставишся до себе і з врахуванням власного розладу?

P: Перший раз це на мене менше вплинуло, оскільки тоді просто був потрібен порятунок для базового існування і я зрозуміла, що пігулки мені допомогли вирівнятися в моєму стані після піврічного курсу. А зараз було відчуття, останній раз, коли вони от власне сповістили діагноз про те, що я хвора, і я розумію, що в родини було очікування до мене, що я не буду хворою. Оцей трошки релігійний шлейф, який є в моїй родині, він теж дуже сильно прослідковується в цьому, бо було очікування родини про якусь гіперсвятість з приводу мене. Типу що от там в когось в родині є біполярний розвиток або щось ще і типу там зрозуміло, бо це за їхні гріхи, але не ж моя дитина. От і я відчувала, це гіперочікування, що я би мала бути якась супер здорова і нічого не мало трапитися, і тут я підвела. І оце от відчуття я розбирала.

I: І як ти відчуваєшся от з приводу цього?

P: Уже краще, уже відбувся там елемент-етап прийняття. На початку було погано, я прям відчувала себе якоюсь брудною, неправильною і хворою, а зараз я більше довіряю своїм відчуттям ніж тому, у що намагаються мене переконати. Я відчуваю, що зі мною все ок і я роблю все правильно, ну типу я відчуваю, що ця хвороба не вирок і я знаю рішення. Це теж є генетичні речі, я в цьому не винна і я тим паче не мала виправдовувати якісь очікування. Тому здорова злість перемогла.

I: А чи можеш розповісти з якого ти регіону України і який там був досвід зростання?

P: Я народилася в Рівному, а моя родина з трошки більше віддалених таких між собою ділянок, з більш північної частини Рівненщини родом тато, а мама із Прикарпаття. І власне я культурно ввібрала шлейф двох родин, дві родини були доволі релігійні і доволі сильно сповідували цінності родинні, як такі, що сім'я важлива, родина важлива. Але був такий доволі закритий тип, де будь-що з середини не можна виносити абсолютно, тобто комунікації з зовнішнім світом з приводу якихось власних переживань. І це було якимось випадковим моїм вибором, який я зробила в школі, коли почала цим ділитися от з дітьми, з потребою це все якось проговорити і прожити.

I: А чи відчувала ти там свою приналежність?

P: Я відчувала приналежність всюди, куди приходила через адаптаційні навички потреби бути хорошою і мати змогу сюди прилаштуватися. Тому я ніколи ніде не почувалась відторгнутою, мабуть, але я й ніколи не відчувала в цьому себе, бо я завжди вміла під середовище мімікрувати, я завжди пристосувалася, в цьому тебе не помічають, от якось так ти просто там існуєш.

I: А чи можеш розповісти, які у твоєї сім'ї цінності щодо ментального здоров'я?

P: Вони ментальне здоров'я, як таке не розглядають, все пояснюється релігійним аспектами, що це вже все давно описано в Біблії і що якщо я вірю в Бога і в душу, то я лікую душу, а не психіку. І в моєму розумінні, ми говоримо про ті самі речі, просто різними поняттями і застарілими або новими методиками лікування. Але так в них оце ментальне здоров'я дорівнює душа, і душе не лікується, на рівні там зв'язку з Богом це молитви жертви, приношення якоїсь саме пожертви включно. А покарання від Бога це якраз от вилікує всі твої штуки, тому швидше за все мої

ментальні розлади — наслідки мої гріхів.

I: Як ти думаєш, це вплинуло на тебе?

P: Дуже сильно відстрочило мій розвиток, дуже сильно відстрочило базовий адекватний підлітковий період із сепарацією, яка мала відбутися, дуже сильно посилило дефективність, от відчуття того, що я дефективна в силу якихось бажань, думок, потреб, і прагнень, і тому я якась не така. Ось це дуже сильно вплинуло на моє формування, того що я себе просто не приймала і не любила і що всюди була Воля Божа, дуже багато Бога.

I: А говорячи про дитинство, чи могла би ти описати свій досвід в школі і стосунки з друзями в той період?

P: Це дуже цікаво, бо в школі я не приналежала до жодного сквуду, типу там були доволі там популярні люди, люди, які на превеликий жаль, там зазнавали якусь булінгу, і я не була в жодному складі. Я просто було десь окремо, одна, і я тому старалась бути всюди. Власне, це був мій спосіб, мікрування під всі середовища, тому я була на МАНі, на олімпіадах, в територіальному гуртку, співала, знаходила якісь спортивні штуки, тобто в принципі я намагалась влізти всюди, щоб мати з усіма контакт і гіпотетично там бути бути своячкою. І це абсолютно атрофувало моє відчуття того, хто я. Але я була в хороших контактах і стосунках фактично з усім класом. Хоча я дружила тісно лише з двома людьми, з якими я могла дуже глибоко поділитися там всім таким супер наболілим і інтимним, якимось переживаннями тощо.

I: Якщо я правильно зрозуміла, тобі не доводилось зіштовхуватися з булінгом?

P: Ні максимум через моє прізвище в четвертому класі через вірш обзивались і то я дуже легко його пережила. А так наприклад там, коли до дівчат було домагання, коли їх там лапали і коли починалося статеве дозрівання, то я два рази давала чувакам прочухану і мене не чіпали. І плюс я дуже сильно скромно одягалася, в



плані там повністю прикривалося, завжди багато речей на собі. Тому дуже сильно потіла, але типу щоб не показувати якісь свої вторинні статеві ознаки.

I: А чи був досвід академічного тиску в школі чи в університеті?

P: А що маєш на увазі під академічним тиском?

I: Наприклад от відчуття постійної потреби бути найкращою, складнощі з оцінками і загалом з виконанням якихось навчальних обов'язків.

P: Чесно, тільки від викладачів, від батьків ні. Пам'ятаю, що з усіх предметів було 10-12, а з англійської було сім, бо мене просто не любила викладачка. Можливо, це власне був один з елементів цього тиску, до 10-го класу мене викладачка жорстко булила і постійно. От і плакала від кожної четвірки і шестірки за свої роботи. І взагалі самі викладачі пушили типу ж треба краще і краще, бо ти ж хороша і тобі це треба. А від мами в мене була підтримка і мама могла за мене заступитися. От було прикольне відчуття, що в принципі нема тиску в родині, але так в школі він був значно.

I: Як на твою думку можна було би покращити цю ситуацію?

P: О, хороше питання. Покращити ситуацію, ну взагалі розуміння викладача. Це ж навчання і розуміти те, що діти не можуть перформити абсолютно ідеально у всіх напрямках, це не є нормою. Тобто можливо це перегляд самої програми і навчання викладачів до того, що діти можуть по-різному дійсно сприймати інформацію. Якщо хтось щось не сприймає, викладач не має права там знецінювати цю дитину як таку, тому що вона не знає його предмет.

I: Ще я хотіла поцікавитись, які ти знаєш такі типові українські переконання та цінності щодо ментального здоров'я?

P: Ну якщо в тебе є будь-яке ментальне здоров'я, ти прокажений, це перша річ, яка спадає на думку. Що психічні захворювання — це душевні захворювання, тому що

хтось щось колись зробив. Умовно в моїй родині була людина, дуже близька людина, яка мала біполярний розлад, і їй приписують це таким чином, що це за нею ходить душа моєї прабабусі, яку ця людина спасла від смерті, ставлячи крапельницю. Бо типу вона мала померти там в п'ятницю, щоб поховати в неділю, а через неї вона померла в неділю і поховали у вівторок, а вона так не хотіла. Тому це душа її переслідує. Тому дуже великі пояснення зліплені релігійно, ти такий “послать її треба було лікуватися”, а всі намагалися викрутити яйцями і просто ігнорувати. Також люди ігнорують генетичний факт з точки зору передачі. Типу що не може бути так, що всій родині це все було, це значить щось пороблено, знову ж таки ідемо в релігійний якийсь аспект. Ігнорують абсолютно наукові оці речі. Є певна така штука, яка, мабуть, гендерно розділяє людей, що жінка не має ніби права бути там хворою. Ось це ментальне розділення — чоловіки-залежності, а жінки істерія і так далі. Є оця типізація і стигматизація власне по гендеру, того, хто якими саме хворобами хворіє, при тому жінки теж можуть мати залежності і так далі, просто інші форми. Ну чомусь так сталося історично, що більше таких було в них копінгів здорових.

I: А як ти думаєш, ці такі українські переконання, вони якось впливали на твоє сприйняття ментального здоров'я?

R: Ну так, я думаю, так взагалі. Ще я би тут виділила теж, що жінка чому саме в моїй родині вона така головна, доволі матріархат, я би сказала. І жінка домінуюча в родині, як вона може захворіти, якщо вона має типу тримати все на собі? Хоча з іншого боку тут дуже така хороша феміністична історія, яка виявилася в родині тим, що я завжди маю за себе відповідати, що би не було, і бути незалежною. З іншого боку, це переходило в те, що ти піклуєшся про себе, всю родину, от і тому жінка є дуже сильною і тому ти ніби не маєш права хворіти, ти не маєш права втомлюватися. В мене був такий кейс, коли я в своїх стосунках підтримувала хлопця, бо ми по черзі вигорали. Вигоріла я, він мене підтримав, потім вигорів він,

я його підтримувала. І типу вся родина така “ну це не окей” і це було як до чоловіка пред'ява за його хворобу фактично або до того, що я маю бути сильною і не маю права там давати слабину. Тобто якась така річ, що нема часу хворіти. Навіть був такий момент, коли мене моя ж сестра, яка мене до терапії направила, сказала, що досить копатися в собі, візьми просто пігулки і все. А я відчувала, що більш відчуваючи свій організм, розуміючи свій організм, я розуміла, що мені треба. Що я хочу продовжити розбирати залежні і травми, але мені треба супорт медикаментозний і тому там це були там перші умовні важливі рішення. І ще важливий момент з приводу моєї родини, в мене багато лікарів, але більше певно застарілої практики, де молоде покоління уже прогресивне, а старші не дуже. Тому важко було пояснити потребу медикаментозного лікування, що це ок.

I: А чи є над твоєю думку аспекти української культури, які тобі заважали або заважають там досі справлятися з своєю депресією або тривогою?

R: Саме української культури? Звичайно, я часто відчуваю гіперовимогу, оскільки ми історично живемо в таких подіях, де треба завжди бути сильним, де ми історично десь і нас кудись ділять або на території України точиться війна або українці саме беруть участь в війні або безпосередньо Україна потерпає від війни. І ти от завжди маєш бути сильний і в момент моєї слабкості, навіть в момент війни, складно ділитися цими аспектами. А коли ти ділишся цими аспектами з друзями, оточенням, взагалі лівими людьми, то ти отримуєш якийсь невеличкий елемент прийняття і на фоні цього знання знецінюєш свою хворобу і відстроюєш своє лікування, таке от може бути, я таку річ помічала точно. Тому це такий культурний історичний аспект, який точно впливає і дуже великий релігійний шлейф в Україні, що все-таки світська держава, але все одно релігія має дуже великий вплив. І в тому є якісь такі відчуття саме з приводу старшого покоління, що це відстрочує навіть мою можливість там прийняти до кінця все, що відбувається івилікуватись саме з тим, що піддають сумніву те, про що я кажу.

А якщо я дослідила, знаю, відчуваю і точно знаю краще типу за відчуттями, але починаю сумніватися, коли мені починають говорити зворотнє. Такий “раптом я просто недостатня?” І це зразу апеляція до моєї схеми і до травми.

I: Ти згадала, що от часом якраз прийняття призводило там до знецінення і відстрочування лікування. Якщо я правильно зрозуміла, це там тоді виникало, що напевно все нормально, мені здається, що все так погано, і тому вонр так відбувається?

P: Так-так-так, типу що я надумала.

I: А чи впливають якісь українські культурні переконання або стереотипи на те, як ти виражаєш свої емоції?

P: Я можу сказати, як було точно раніше і зараз прийду до аналізу того, що зараз. Раніше не могла все, от того що я дівчинка, власне. “Ти ж маєш бути хорошою господинею, мамою своїх дітей і так далі”. Це дуже умовно кажу, такого мені не багато казали, але “ти ж дівчинка” оце мені точно казали. У нашій культурі там важливо, щоб дівчина була “чиста непорочна” якась і так далі, як сама Діва Марія. І тому є ось знову ж таки якась гіпервимога. І я просто не могла виражати емоції, коли я хотіла злитися або я хотіла бути там незгідною з якоюсь думкою. Я не вважала що я достатньо смарт, бо я дівчина, і тому я маю мовчати поки всі старші і чоловіки не скажуть. У мене був навіть кейс, теж цікаво, знову релігія. Нагадую, що світська держава, а з релігією сплетена. В мене в родині є багато знайомих священиків в мами і ясно, що я зростала в оточенні священиків теж. А і коли я виросла, а вони попали в соцмережі, то коли є вперше почала наважуватися матюкатися або висловлювати просто якийсь злісний меседж, в мене був один з найбільших страхів, що втілюся, що ці священики розкажуть про це моїй мамі, а насправді я вже була доволі дорослою, і мені було 24 чи 25 років, коли це трапилося. І пам'ятаю, що мені священик написав “(ім'я), ну дуже гарні тексти пишеш”, а я там взагалі про мастурбацію ще писала щось раніше. І написав він

таке, “але можна без матюків, ти ж ну славиш Бога цим ротом”, щось там і типу і так далі. І мені буквально це написали, а я сказала “ Отець Петро, якщо вам не подобається, будь ласка, ви знаєте, де ви можете відписатися, якщо не відпишетесь, я вас заблокую”. А хоча якби цей меседж від нього почула в 20 років, я би закрилась швидше за все і подумала, що мене розоблочили, який жах, і я би, швидше за все, піддалася цьому впливу. А зараз я вже могла цьому протистояти. Ось така річ, це точно впливало, тобто я вношу це до культурних аспектів, знову ж таки релігія з державою на жаль чомусь все ще не розривні. І в мене є такий момент, що коли навіть я шерю якісь важливі речі в соціальних мережах, які не знає моя родина, я їх блокую, щоб вони не бачили мої історії. Є такі дві речі, які вони не знають і я їх через це блокую, тому що розумію, що швидше за все вони або не зрозуміють мене, або звинуватять мене. Тобто я знаючи це з досвіду не отримую достатньої підтримки, тому щоб досвід був валідний, прожитий, і швидше за все їхнє сприйняття я переживу боляче, тому я від нього захищаюся. Але ну якщо колись на даний момент це стане для них відомо, то вже буду щось з цим робити, але да, поки є такі речі, тому навіть я не можу до кінця бути повністю вільною та розказувати те, що мені би хотілося.

I: А повертаючись там до кейсу з Отцем, наприклад, от як ти відчуваєш, що тобі там в той момент дозволило саме відстояти своє право на вираження емоції, як ти хотіла цього?

P: А в мене була легалізація злості, і в мене вже була сепарація від релігії, в той момент я вже відчувала, що я не вірю так, як в мене навчили це робити або змусили навіть це робити. І його слова не мали значення. Тобто проходячи крізь терапію я почала переосмислювати віру як таку в моєму житті. Я відчувала злість довіри, тому що вона дала мені чи не найбільше травм насправді, через залякування, через неправдиву інформацію, через якусь підміну понять щодо мене, що я відчуваю маю відчувати або ні, що правильно і неправильно, що гріх,

що ні, і тому я відчувала цю злість, я прожила цю злість. Я відчула відторгнення від релігії, віри як такої. Хоча я відчуваю потребу в щось вірити, але поки що в мене це закрита річ і тому я відчувала, що це вже не інструмент маніпуляції мною. Тобто це важіль, який для мене не працює, коли в мене правда. І, власне, сором. Сором як дуже велика травма, яка була задана, от релігія любить маніпулювати соромом. Власне мене присоромили і в мене вже була кризь терапію якась опірність до цих от речей. Я дуже розізлилася, але я дуже профільтрувала, що сказала цій людині, але й сказала так, щоби і захистити свої кордони. Тобто власне оце наслідки терапії, які мені допомогли це зробити.

I: А от давай уявимо ідеальне українське суспільство і які в нього мали би бути цінності щодо ментального здоров'я?

R: Як найперше — це запит на дослідження взагалі того, що це є проблема, що це є потреба, що це є річ, яка вже є невід'ємною. Кожному буквально потрібно розуміти, як ідентифікувати, що в людини панічна атака, що в неї зрив, що в неї наприклад загострення якесь відбулося. Це освіта, я все вкладаю насправді в освіту, тут дуже важлива освіта. Тому що є ось це поєднання релігії, віри, оскільки ми буває говоримо, і мама говорить моя про душу, а говорю про менталочку. Ми говоримо ніби про те саме, але мама лікує душу молитвою, я терапією. От коли хтось помирає, раніше мені казали, як ця душа ходить, то поки ти не помолишся, вона не полетить і ж я в це вірила, навіть моє відчуття смерті, похорон, ну там розуміння, що когось не стало, було набагато більш болісне раніше і страшне. Я відчувала що я оточена цими духами фактично, бо я там десь не помолилась і це буквально додавало мені тривожності. Як тільки я не зрозуміла, що це не душа довкола мене ходить. Знову ж таки хтось має право це вірити і я не знецінюю, але моє враження, коли я розумію, що це я відпускаю цю людину і я хочу ніби прожити біль, коли я біль проживаю, тоді все стає окей. І власне моя мама читаючи Псалтир 40 днів робить теж саме буквально, просто з думкою, що вона

цю душу відпустила, допомгла їй трошки, а я не душу, а цю людину, відпускаєш життя, що вона встигла, що мені треба відгорювати, від страждати, відсумувати і тоді немає ніяких тривожностей так далі. І просто сам факт смерті як такий став менш такий потойбічно страшний. І ніби ми ніби говорили про різні речі, але якщо б в людей було більше знання, як це працює, можливо вони би не використовували застарілі схеми взаємодії. Тому освіта освіта освіта і дуже важливо говорити, спілкуватися, не боятись, що говорити про якісь речі “ненормально”. Умовно в моїй родині ми там говоримо про якісь речі, що от в нас от дідусь бабуся умовно терпіли і страждали, якби вони не терпіли, не страждали і знайшли іншу пару в своєму житті, а якби вони отримали вчасно ментальну допомогу, а якби там мій дядя отримав якісну допомогу. Тобто в принципі ті речі, які виглядали як страждання подаровані Богом, а вони виглядали всі дуже фіксабельні насправді. В діалозі там народжується, що насильство - це погано, що це не можна терпіти, чому медикаментозне лікування є нормою. Що типу не всі мають бути здоровими, це нормально, що в когось відхилення, що там терпіти не потрібно. І в діалозі дуже сильно оці всі теж ментальні речі коли піднімається проговорюється починається в них теж розуміння, що то це не і це не тільки в нашій сім'ї замикається. І ось ця ізольованість, вона коли розбивається, йде змога комунікувати і знаходити рішення своєї проблеми. От якось там в мене просто в родині якраз три біполярні розлади, шизофренія, ОКР, і в мене ще теж свої депресивні розлади, і пмдр, і якщо буду лікуватися, може бути біполярний розлад. А я цього там могла не знати, от просто людина наклала на себе руки.

I: Дуже тобі дякую, ще хотіла запитати, чи є у твоєму житті люди, які тебе підтримують під час приступів тривоги або депресивних епізодів?

P: Так, насправді. Це було дуже цікаво, що під час першого мого дуже страшного зриву в 19-му році, я не зустрічалася зі своїм хлопцем, ми були знайомі, але коли мені стало дуже погано, знаючи його історію, я зрозуміла, що він як ніхто інший

мене зрозуміє, я тоді написала йому, що мені дуже погано. От і він дуже сильно зрозумів. В цьому плані і в принципі величезну підтримку в моменти панічних атак, які в мене були дуже сильно в 19-ому по 21-й рік, він завжди був поруч, завжди підтримував мене, не звинувачував, що зі мною щось не так. Але він теж з часом навчився розуміти, що як працює і тому там є певні навіть механіки. Я кажу, мене треба зараз просто обійняти типу або там зараз треба цю штуку або там зараз можна мені просто на годину побути самій. І тобто я отримую повне розуміння і от це дуже важливо, коли ти трошки чуть-чуть хворенький, тобі оце дуже важливо.

I: А чому для тебе так важлива підтримка в такі моменти?

P: Бо є дуже велике страшне відчуття самотності, коли ти лишаєшся наодинці з цим і от ця самотність - це дуже боляче. Самотність - це ніби там маленька грудна дитина і тебе залишили. А коли ти не сам це проживаєш, ти маєш певну опору, яку можливо до кінця не маючи сама в собі, це така часткова заміна ось цього відчуття, що є хтось поруч, за кого можна вхопитися типу і не впасти, коли ти там дуже маленький. І от тому я думаю, що це страх самоти і це можливо що неможливість до кінця повністю на себе покластися і це не є погано, я не вважаю, що це є погано. Я вважаю, що це емоційна прив'язка є хороша дуже сильно. Ну якщо раптом вже так трапиться, що я лишусь лише сама наодинці з собою, того щоб мені точно не був ніхто потрібен, але якщо хтось буде поруч, хто зможе і зрозуміти, підтримати, то це такий великий плюс хороший.

I: А яка для тебе ідеальна підтримка?

P: Вона по-різному буває. В якийсь момент я відчуваю, що я дуже овервелмд і я прямо можу сказати, я перегрузила і зараз треба тиша. Тобто коли в мене вилізають різні симптоми, різна підтримка потрібна. Коли тривожність - це навіть буквально я кажу, можеш не слухати мене, але я мушу виговоритися, мені просто прям проговорити це. А коли я не можу заплакати, наприклад, я відчуваю напругу,



то пожаліти мене і там наприклад погладити, залежно від симптому. Бувало кладу телефон після якогось колу, просто в нас є методика рукавички, коли я беру боксерські рукавички і просто б'ю руки Роми, ну це все узгоджено, типу це не насильство. От і я скидаю так напругу, через тіло емоції власне даю вивільнення. У цьому стані важливо отримувати підтримку, якусь валідацію або допомогу, виразити свої емоції і тоді розумію в принципі, що було причиною і іду вирішувати причину.

I: А чи є у твоєму колі спілкування люди, які теж переживають депресію або тривогу?

P: Так, є, мій хлопець, мої друзі, мої колеги, мої родичі, тобто буквально на всіх рівнях взаємодії, просто це різного виду розлади. Але так от тривога дуже часто зустрічається і тривожно-депресивний стан або депресивний стан, тобто дуже варіації.

I: Чи допомагає спілкування з цими людьми у переживанні власного розладу?

P: Допомагає, допомагає першим ділом, коли я ділюся і люди кажуть, ого, а я все те саме відчуваю п'ять років. І відчуваю те, що може не дарма мої хвороби трапилися, що я можу комусь допомогти з цим. А друга річ допомагає мені самій профіксувати якісь речі для себе, і знати просто що я не одна і що це абсолютно ок, і надихатись цим, як ці люди навчилися, знайшли здорові копінги або здорові способи з цим жити. От і тому ось те, що я відчую від інших людей, що вони це переживають, дає відчуття що я не сама, що зі всім можна справитися, що я можу бути підтримкою цим людям і що все, що зараз відбувається, це нормально, тобто тупо нормально.

I: А чи тобі доводилось переживати складнощі з підтримкою соціальних зв'язків через своє ментальне здоров'я?

Р: Так, 100% так. Я точно знаю, що в зв'язку з моїм ПМДР, передменструальний дисферичний розлад, де є елементи тривожно-депресивного розладу, власне депресивний стан в період перед самим циклом, це може бути два-три тижні і фактично я раніше не розуміла, чому саме в цей період я більш апатична, я менше здатна бути продуктивною спілкуванні, і тому я могла скіпатись з зустріччєй з друзями, не спілкуватися з кимось, а в якийсь період саме депресивних епізодів, наприклад, які я переживала там спочатку війни, я ізолювалася взагалі від людей, тому що комунікація з людьми була абсолютно величезним оверхедом для мене і оскільки там на роботі було дуже багато комунікацій, на будь-які інші взаємодії мені не вистачало ресурсу і тому в мене вибір завжди ізоляція. І в мене з друзями є домовленість, що якщо я вам не відписую, це не означає, що я вас розлюбила або ненавиджу, а я просто не маю сил, не можу і все. І в мене дуже багато друзів, які знають про це і що я їм відпишу за 2 тижні, що щось не ок. А потім я знов вертаюсь в нормальний стан комунікабельний і все. З одного боку відчуваю, що я там не можу бути таким другом, якого вони можливо вбачають але вони точно знають мої ці issues і вони знають що це не про них. Тому так ізоляція, але люди в курсі про цю ізоляцію.

І: А чи для тебе депресія або тривога ускладнюють участь в соціальному житті?

Р: Так, так і ще момент того, що соціальне життя теж впливає на виникнення депресії в мене. Я помітила з тим, що ізолювалася власне в невеликому місті під час війни, приїжджаю в Київ, умовний Рим, і я роблю все абсолютно нормально, ну тобто відчуття в цих зовнішніх обставинах, що дуже життя відбувається люди, щось роблять і взагалі якісь можливості кудись піти, щось зробити, згадати свою старі активності і так далі, забирають мене трохи від цього стану. І це цікаве спостереження, от да. І я просто коли не хочу нічого робити, коли цей стан загострюється, я не соціалізуюся, але і те в які я обставини себе вкладаю, сприяє тому, соціалізуюся я в цілому чи ні.

I: А що могло би для тебе полегшити?

P: Ну от власне я зрозуміла, що мені треба бути біля людей, мені хочеться бути біля людей, але я хочу розуміти, що саме я очікую взагалі отримувати там, entertainment, спілкування, нові досвіди чи навчання. От коли я в Київ вертаюсь, там офіс, люди, а наприклад тут це не офіс і не люди, це кіт і хлопець, і людина на екрані. Тому це точно дало мені розуміння того, що на мене впливають зовнішні чинники теж і і треба обирати те, де буде де в мене буде бажання жити і рухатись.

I: А що стосується твого оточення, ти би його писали більш як однорідне в питанні поглядів і цінностей чи неоднорідне?

P: Дуже цікаве питання. В мене є така тема, що я спілкуюсь з різними друзями і я ніколи їх не об'єднувала в одну компанію, бо мені здається, що якщо вони зберуться всі разом, то вони пересрутуться, от така є штука цікава дуже і тому що всі доволі різні. Хоча якщо тут брати цінності, національні свідомості, підтримки з приводу ментал хелс, поваги до вибору, прийняття таких виборів, мабуть, вони всі будуть єдині в цьому. Ось ці базові ціннісні набори важливі мені отут, ми точно на чомусь зійдемося, от і вони схожі там.

I: А ще хотіла трішки поговорити про контекст війни, як загалом досвід повномасштабної війни вплинув на твоє ментальне здоров'я, чи змінилися якомсь симптоми або коупінг-механізми?

P: Ну з початку війни в мене була дуже велика мобілізація ресурсу, мобілізація виживання, коли я була в Києві там ті перші 10 днів, відчуття було ніби це було кілька місяців там, і там в мене була сильна мобілізація до виживання. І ось хрестоматійно виконувала всі тривоги, кожен раз сховище. І це дуже виснажило організм як такий, і з цього стану мобілізації доводилось виходити з нього, я вийшла десь тільки через півтора місяці, власне викинувши ось ці всі надмірні накопичення там кортизолу, щоб просто звільнити оцю напругу, яка була в тілі. І

потім почався жорсткий дропдаун. Я пам'ятаю, що я за весь період війни, мабуть, якщо брати от річницю 24-го, то в мене було лише два дзвінки з одною подругою і все інше це було робота. І я коли в Київ приїжджала, бачила друзів, тобто це буквально коли я власне була в цьому соціально активному середовищі там, я була теж активна. Весь інший час я була заморожена, ізолювана, от. Тобто це посилило мою ізоляцію, а саме тривоги і панічки. Не могла буквально соціалізуватися з друзями і спілкуватися, відписувати їм, з деякими друзями навіть просто пропоную спілкування просто бо не могла і все, от не могла.

I: А як думаєш, що саме могло вплинути на твою ізоляцію?

P: Взагалі там я думаю, там дуже багато факторів серед них, але для себе навіть певну переоцінку цінностей з тим чи обрала би я ще раз цих друзів, якби я була настільки собою якою мене зробили війна. От яка була важлива річ, яку я спостерігала, бо війна зірвала клями з будь-яких упереджень з приводу того, що я не можу сказати, не можу розізлитися і так далі, тобто я стала просто я могла сказати будь-що і це нанесло певний урон як на робочі стосунки, так і на другій дружні стосунки. Була потреба переоцінити цінності, затормозити і переглянути те, що взагалі було в житті, тому що війна дуже сильно піднімає ось ці рефлексійні речі, це перше. І ще просто не було звідки стільки брати ресурсу. Якщо раніше, то я емоційно заряджалася від місць, подій, подорожей, людей, а коли ти в одній кімнаті і навіть не виходиш на вулицю протягом чотирьох днів, це означає, що батарейка енергетично просто від'ємна і там буквально було важко робити базові речі, умовно піти в душ. Тому тут і власне загострилися ось ці речі, які властиві депресивним станам. Восьмий день мабуть пора помити голову, бо вже чухається, от, при тому, що ну бажання це робити і сил це робити немає. От і навіщо, мотивація теж була відсутня, такі от різні фактори.

I: А чи змінилося за час війни твоє ставлення до власних емоцій і переживань?

Р: Точно змінилося, війна бустнула розуміння того, що те, що я відчуваю, я це відчуваю і ніхто мене не може переконати в іншому. Якщо це злість, то це злість, якщо я сумна — я сумна. Тобто будь-яка емоція валідна і я точно її відчуваю, і вона має право на існування. От і із них страх бути не зрозумілою через це, от тобто якщо придуть наслідки того, що я повністю є собою, і суспільство не прийматиме, то я знайду інше суспільство, іншу систему і поміщу себе в іншу мову, де це зрозуміють, а десь це точно зрозуміють.

І: А чи отримуєш ти зараз бажану підтримку від близьких?

Р: Так, я думаю, що так, ну від близьких це радше не рідні, хоча вони намагаються, вони прямо стараються, але я до них не ставлю ніяких вимог. Я дякую за те, що вони стараються і можуть щось зрозуміти навіть з того, що їм розповідаю. Там умовний тато каже:” Я тебе хочу спробувати зрозуміти”. Ти такий нічого собі, тато намагається мене зрозуміти, от чому наприклад я не можу трубку брати і говорити з ним, просто місяць я не хочу з ним говорити і не маю сил, і він намагається це зрозуміти, хоча він не може це зрозуміти, але він вимагається, і я дуже ціную ці старання. А друзі там, мій партнер — дуже-дуже велика підтримка достатня і навіть якщо я можу сказати, що мені треба більше, а мені кажуть, що зараз не можуть, я це зрозумію.

І: А чи ти відчула за час повномасштабної війни зміну культурного ставлення в українців до ментального здоров'я?

Р: Думаю, так, почали говорити про процеси, про ПТСР. Звісно, що це має бути діагноз, бо фактично ПТСР — це не те, що ми всі називаємо ПТСР, тобто різні розлади недожитих емоцій, але не всіх це ПТСР. Але те, що це піднялося, такий рівень обговорень це дуже важливо. Те, що люди почали говорити, що їм важко і перестали булити свої слабкості, це дуже круто. Прикро, що є люди, які соромлять їх за свої слабкості, кажуть не на часі зараз слабкість, а люди мають право бути будь-якими і навіть якщо це війна, і треба всім зібратися бути

сильними, тому ця нормалізація слабкості мені подобається. Що люди не бояться цього, бо це дуже сильно визнати свої слабкості і вони діляться, і це дуже круто. От і те, що на рівні держави починаються якісь речі, деякі сумнівні звісно, але починаються якісь програми, про це люди говорять, ось це “як ти?” і так далі. І я тішуся, що люди, від яких я не очікували почути там, що це птср, говорять ці слова через роти. Люди в принципі тепер розуміють, про що я теж кажу, а тому я відчуваю більше себе on the same page на цьому людьми і в принципі вірю, що більше людей будуть більш aware про ці речі. Мені стало легше, бо люди часто писали, до кого звернутися до терапевтів, з'явилося дуже багато всяких організацій або асоціацій, які пооб'єднувалися, тепер все легше знаходити більш прикольних терапевтів або хоча би ну тимчасову допомогу.

I: Дякую тобі, у мене в принципі вже немає до тебе питань, можливо, ти би ще хотіла розповісти щось в ключі нашої розмови?

P: Не знаю, насправді мені цікаво, знаєш, те, як я фактично зрозуміла, що це 10-й рік, коли я взагалі в темі ментального здоров'я для себе. От і я бачу цю трансформацію, як взагалі змінилися лікарі, як змінилося відношення моє до цього всього, якість медицини. Умовно якщо колись там терапевт мені міг допомогти з тим, щоб просто зняти напругу, то зараз підтягнувши всі ці методи, Україна здобула більше знань у всіх методах якісних і надає круту допомогу, яка дійсно ще й лікує. От і це дуже круто, я дуже цьому тішуся і не дарма в мене є відчуття того всього, що я пройшла

I: Ще раз тобі дякую, як і за те, що погодилася на інтерв'ю, так і за те, як відверто поділилася. Для мене це дуже помічна штука, ще раз дякую, тоді я закінчую запис.