

Секція: С4 Психологія	
УДК 159.9:316.647.8	
Дата першого надходження статті до видання	2026-07-29
Дата прийняття статті до друку після рецензування	2026-08-29
Дата публікації/оприлюднення	2026-08-29

Суспільна стигма та самостигматизація як бар'єри звернення за професійною психологічною допомогою

Крейтор Катерина Анатоліївна

здобувач вищої освіти,

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

e-mail: kreitor.psy@ukr.net

<https://orcid.org/0009-0003-1913-3436>

Анотація. У статті здійснено теоретико-аналітичне дослідження суспільної стигми та самостигматизації як взаємопов'язаних, але змістовно відмінних бар'єрів звернення за професійною психологічною допомогою. Актуальність проблеми зумовлена невідповідністю між поширеністю психологічних труднощів, зростанням потреби населення у фаховій підтримці та фактичним рівнем користування психологічними послугами. Мета дослідження – теоретично обґрунтувати характер взаємозв'язку суспільної стигми та самостигматизації, визначити їхню роль на різних етапах звернення та систематизувати чинники, що можуть посилювати або послаблювати відповідні бар'єри. Методологічну основу становлять соціально-когнітивний, клініко-психологічний, процесуально-поведінковий і контекстуальний підходи. Застосовано термінологічний, тематичний і порівняльний аналіз, систематизацію, класифікацію, теоретичне узагальнення та концептуальне моделювання. Джерельну базу доповнено офіційними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо потреб дорослого населення України у сфері психічного здоров'я. Розмежовано суспільну стигму психічних розладів і суспільну стигму звернення за психологічною допомогою, а також самостигматизацію психічного розладу та самостигматизацію звернення. За характером психологічного досвіду розрізнено сприйняту, очікувану та пережиту стигму; інтеріоризацію визначено як можливий, але не обов'язковий шлях формування самостигматизації. Встановлено, що суспільна стигма формує соціально-нормативний контекст, у якому звернення по допомогу може оцінюватися як ознака слабкості, недостатньої самостійності, емоційної нестійкості або професійної ненадійності. Самостигматизація пов'язана із застосуванням таких уявлень до оцінювання себе, менш сприятливим ставленням до професійної допомоги та нижчою готовністю звернутися до фахівця. Систематизовано соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні й організаційні чинники, що можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри. Звернення за психологічною допомогою представлено як шести етапний процес: усвідомлення труднощів, визнання потреби у підтримці, формування ставлення, виникнення наміру, фактичне звернення та подальше користування послугами. Обґрунтовано аналітичну модель взаємозв'язків між суспільною стигмою, її сприйняттям та очікуванням, пережитим досвідом стигматизації, самостигматизацією, ставленням до допомоги, наміром і фактичним користуванням послугами. Наголошено, що модель не є причинно-детермінованою, оскільки фактичне звернення залежить також від вираженості психологічних труднощів, соціальної підтримки, попереднього досвіду, довіри до фахівців, упевненості в конфіденційності та доступності послуг. Наукова новизна полягає в теоретичній інтеграції змістовно відмінних стигматизаційних бар'єрів у поетапну

модель звернення. Практичне значення пов'язане з можливістю використання результатів під час первинного консультування, розроблення психоедукаційних і антистигматизаційних програм та вдосконалення організаційних умов отримання допомоги.

Ключові слова: психічне здоров'я, психологічна підтримка, психологічні послуги, звернення до фахівця, соціальні установки, очікувана стигма, психологічні бар'єри, інтеріоризація, антистигматизаційні втручання.

Social stigma and self-stigmatization as barriers to seeking professional psychological help

Kreitor Kateryna Anatoliivna

Undergraduate student,

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

e-mail: kreitor.psy@ukr.net

<https://orcid.org/0009-0003-1913-3436>

Abstract. This article presents a theoretical and analytical study of social stigma and self-stigmatization as interrelated yet substantively distinct barriers to seeking professional psychological help. The relevance of this issue stems from the discrepancy between the prevalence of psychological difficulties, the growing need among the population for professional support, and the actual level of utilization of psychological services. The aim of the study is to theoretically substantiate the nature of the relationship between social stigma and self-stigmatization, to determine their roles at various stages of seeking help, and to systematize the factors that may reinforce or mitigate these barriers. The methodological framework is based on social-cognitive, clinical-psychological, process-behavioral, and contextual approaches. Terminological, thematic, and comparative analysis, systematization, classification, theoretical generalization, and conceptual modeling were employed. The source base is supplemented with official data from the World Health Organization regarding the mental health needs of Ukraine's adult population. A distinction is made between the social stigma of mental disorders and the social stigma of seeking psychological help, as well as between the self-stigmatization of a mental disorder and the self-stigmatization of seeking help. Based on the nature of psychological experience, a distinction is made between perceived, anticipated, and experienced stigma; internalization is defined as a possible, but not mandatory, pathway to the development of self-stigma. It has been established that social stigma shapes a socio-normative context in which seeking help may be viewed as a sign of weakness, insufficient independence, emotional instability, or professional unreliability. Self-stigmatization is associated with applying such perceptions to one's self-assessment, a less favorable attitude toward professional help, and a lower willingness to seek out a specialist. Sociocultural, interpersonal, individual-psychological, and organizational factors that can either reinforce or mitigate stigmatization barriers have been systematized. Seeking psychological help is presented as a six-stage process: awareness of difficulties, recognition of the need for support, formation of an attitude, development of an intention, actual seeking of help, and continued use of services. An analytical model of the interrelationships between social stigma, its perception and expectations, experiences of stigmatization, self-stigmatization, attitudes toward help, intention to seek help, and actual use of services has been developed. It is emphasized that the model is not causally deterministic, since actual help-seeking also depends on the severity of psychological difficulties, social support, prior experience, trust in professionals, confidence in confidentiality, and the accessibility of services. The scientific novelty lies in the theoretical integration of substantively distinct stigmatization barriers into a phased model of help-seeking. The practical significance is linked to the possibility of using the results during initial counseling, developing

psychoeducational and anti-stigmatization programs, and improving the organizational conditions for receiving help.

Keywords: mental health, psychological support, psychological services, seeking professional help, social attitudes, anticipated stigma, psychological barriers, internalization, anti-stigma intervention.

Вступ

Актуальність проблеми

Поширеність психологічних труднощів і зростання потреби населення у фаховій підтримці не супроводжується відповідним збільшенням кількості звернень до психологів, психотерапевтів та інших фахівців у сфері психічного здоров'я. За даними національного опитування Всесвітньої організації охорони здоров'я, проведеного у квітні 2025 року, понад 70% опитаних дорослих в Україні повідомили, що протягом попереднього року мали прояви тривоги, депресії або вираженого стресу, тоді як по професійну допомогу звертався лише кожен п'ятий респондент [10]. Така невідповідність свідчить, що наявність психологічних труднощів та усвідомлення потреби у підтримці не завжди приводять до звернення по допомогу та фактичного користування психологічними послугами.

Рішення про звернення залежить від фінансової й територіальної доступності послуг, наявності кваліфікованих фахівців, поінформованості населення, попереднього досвіду отримання допомоги та довіри до системи її надання. Вагоме місце серед бар'єрів посідають соціально-психологічні чинники, пов'язані зі стигматизованими уявленнями про психологічні труднощі та професійну допомогу. Звернення до фахівця може сприйматися як свідчення особистісної слабкості, недостатньої самостійності, емоційної нестійкості або професійної ненадійності. Побоювання осуду, розголошення інформації, зміни ставлення з боку близьких, колег чи керівництва здатні знижувати суб'єктивну прийнятність допомоги навіть за її формальної доступності.

Зазначена проблема набуває особливої значущості в українському суспільстві в умовах тривалої війни, коли збільшується кількість людей, які переживають втрати, вимушене переміщення, тривалий стрес, невизначеність та інші психотравматичні обставини. Порівняння результатів загальнонаціональних опитувань, проведених в Україні у 2020 та 2023 роках, засвідчило неоднорідну динаміку обізнаності населення у сфері психічного здоров'я, стигматизованих установок і соціальної дистанції щодо осіб із психічними розладами [9; 17]. Збереження окремих негативних уявлень показує, що посилення суспільної уваги до психічного здоров'я та розширення доступу до відповідної інформації самі по собі не забезпечують готовності людини звернутися за професійною допомогою. Наукове осмислення проблеми ускладнюється недостатньо чітким розмежуванням суспільної стигми психічних розладів, стигми самого звернення по допомогу та самостигматизації. Суспільна стигма визначає зміст поширених стереотипів і нормативних очікувань щодо людей, які потребують або отримують психологічну допомогу. Самостигматизація може формуватися внаслідок засвоєння таких уявлень та їх застосування до оцінювання власного стану, потреби у підтримці й рішення звернутися до фахівця. Змішування цих явищ ускладнює визначення психологічних механізмів уникнення допомоги та добір заходів, спрямованих на подолання відповідних бар'єрів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

У сучасних дослідженнях стигматизацію розглядають як один із соціально-психологічних чинників, що впливають на ставлення до професійної психологічної допомоги, намір звернутися до фахівця та фактичне користування відповідними послугами. Водночас суспільна стигма й самостигматизація описуються як пов'язані, але нетотожні явища. Б. К. Л. Ю., Ф. Х. Н. Чіо, К. К. Ю. Чан, В. В. С. Мак, Г. Чжан, Д. Фогель

та М. Х. К. Лай встановили зв'язок суспільної стигми звернення за психологічною допомогою із самостигматизацією, тоді як безпосередній зв'язок зі ставленням до допомоги та наміром звернутися зберігала саме самостигматизація [21]. Отримані результати дають підстави розглядати суспільні установки як нормативне середовище формування стигматизованих уявлень, а самостигматизацію – як їх індивідуально-психологічний прояв, пов'язаний з особистим рішенням про звернення. М. Аван, М. А. Бойс і Б. Л. Ліндсей доповнюють таке пояснення, вказуючи на опосередковану роль самостигматизації у зв'язку між обізнаністю у сфері психічного здоров'я та наміром звернутися по формальну допомогу [2]. Отже, розпізнавання психологічних труднощів і знання про доступні послуги не усувають автоматично негативного ставлення людини до власної потреби у професійній підтримці.

Окремий напрям досліджень становить аналіз психологічних наслідків самостигматизації та чинників, пов'язаних з її вираженістю. Ж. Дюбрек, Ж. Плас і Н. Франк систематизували дані щодо зв'язку самостигматизації зі зниженням самооцінки, погіршенням соціального функціонування та послабленням орієнтації на відновлення в осіб із тяжкими психічними розладами [8]. Н. Ду, Е. С. К. Чонг, Д. Вей, Ц. Лю, Ц. Му, Ш. Ден та Ю.-Е. Хуан, досліджуючи самостигматизацію осіб із депресією, пов'язують її посилення з пережитою, сприйнятою та асоційованою з лікуванням стигмою, тоді як до захисних чинників відносять самооцінку, соціальні зв'язки та соціальне функціонування [7]. Ці праці переважно стосуються самостигматизації психічного розладу, однак їхні результати розкривають психологічні наслідки інтеріоризації суспільних стереотипів, які можуть впливати також на готовність визнавати потребу у допомозі та звертатися до фахівця.

Зміст стигматизованих установок значною мірою визначається поширеними в суспільстві уявленнями про осіб із психічними розладами та психологічними труднощами. Л.-Й. Петер, С. Шіндер, К. Зандер, С. Шмідт, Г. Мюлан, Т. Макларен, С. Томчик, С. Шперфорк та Г. Шомерус дослідили зв'язок між континуальним розумінням психічного здоров'я і вираженістю стигматизованих установок [16]. К. Х. Пек, Х. Дж. Кім, Х. Й. Пак, Х. Й. Со, Х. Ю. та Дж. І. Пак, своєю чергою, встановили неоднозначний вплив біогенетичних пояснень психічних розладів на рівень стигми та готовність звертатися по професійну допомогу [3]. Отримані результати свідчать, що наслідки просвітницького інформування залежать від змісту й способу подання інформації, тобто одні пояснювальні моделі можуть зменшувати соціальну дистанцію та підвищувати прийнятність професійної допомоги, тоді як інші здатні посилювати уявлення про відмінність, незмінність або небезпечність осіб із психічними розладами.

Соціокультурний вимір стигматизації розкрито в дослідженні Д. Фогеля, Н. Чжао, К. Відалеса, Ф. Аль-Дамаркі, М. Баптіста, Р. Бренера, М. Ертіля, Х. Ляо, В. Мака, М. Рубіна, Г. Шомеруса, Е. Шахіна, Н. Топкая, Ю. Вана, які обґрунтували поняття взаємозалежності стигми звернення [20]. Воно відображає побоювання особи, що отримання психологічної допомоги може негативно вплинути не тільки на її власний соціальний образ, а й на репутацію родини або іншої значущої групи. Такий підхід враховує роль сімейних очікувань, культурних норм і групової належності в прийнятті рішення про звернення по допомогу. Очікувані наслідки можуть стосуватися не лише самооцінки людини, а й її соціальних зв'язків та ідентичності.

Особливо виразно стигматизовані бар'єри виявляються у професійних середовищах, де психологічна стійкість, емоційний контроль і самодостатність розглядаються як нормативні характеристики працівника. А. Дж. Баннатейн, К. Джонс, Б. М. Крейг, Д. Джонс та К. Форрест пов'язують уникнення професійної допомоги серед студентів-медиків і лікарів із самостигматизацією та побоюваннями щодо професійної репутації [4]. Е. Рош, Н. Річардсон, Дж. Свіні та С. О'Доннелл показують, що в чоловічих професійних колективах готовність звертатися по допомогу може обмежуватися

нормами самодостатності, емоційного контролю та неприйнятності виявлення вразливості [18]. Подібні тенденції простежуються у дослідженні І. Клименка, О. Бовтун, Я. Горлачука, В. Депутатова і М. Галадзи, які з'ясували, що серед бар'єрів звернення українських військовослужбовців за психологічною допомогою переважають недовіра до фахівців, страх негативної оцінки, сором, побоювання бути сприйнятим як слабкий і сумніви щодо результативності допомоги [1].

Важливим напрямом є розмежування ставлення до професійної допомоги, наміру звернутися та фактичного користування психологічними послугами. В. Юргенсен, Л.-Й. Петер, Д. Штайрль, К. Лор, А. Буї, Т. Макларен, Г. Мюлан, С. Томчик, С. Шмідт, Г. Шомерус встановили, що ці складники процесу звернення пов'язані з різними предикторами, самостигматизація та попередній досвід отримання допомоги мають значення для ставлення до неї, тоді як фактичне звернення більшою мірою пов'язане зі сформованим наміром і вираженістю психологічних симптомів [11]. С. Ні, С. Цун, Дж. Фен, С. Сунь, Х. Се, Дж. Хань, Ю. У., М. Ван та А. Чжан також наголошують, що зміни ставлення і намірів не завжди переходять у фактичну поведінку звернення [15]. Отже, позитивне оцінювання професійної допомоги є важливою, але не достатньою передумовою користування психологічними послугами.

Значну увагу приділено розробленню способів зниження стигми та підвищення готовності звертатися по допомогу. С. П. Маккалок та З. М. Скрівано систематизували результати застосування освітніх, контактних і психосоціальних стратегій зменшення стигми [14]. Н. Сун, Ш. Г'ю-Джонс, З. М. Вест, Дж. Пікаванс та Г. Мір виявили, що антистигматизаційні програми для молоді часто мають обмежений або короткочасний ефект [19]. М. Крокет, Д. Нуньєс, П. Мартінес, Ф. Боргеро, С. Кампос, А. Лангер, Х. Карраско, В. Мартінес також зазначають, що втручання можуть зменшувати окремі прояви стигми серед молоді, однак їхні результати залежать від змісту програми, характеристик учасників і способу оцінювання змін [6]. К. К. Ю. Ма, А. М. Берн та Дж. К. Андерсон дійшли висновку, що підвищення обізнаності у сфері психічного здоров'я не завжди супроводжується відповідними змінами намірів і поведінки звернення [13]. С. Бора, Б. Бісвал, Ю. Ганді, С. Айєнгар, Р. Валлеман, Д. Р. Сінгла, В. Пател, М. Г. Пачеко, Н. Налаваде, А. Надкарні обґрунтовують доцільність багатокomпонентних програм, що поєднують психоедукацію, соціальний контакт, мотиваційні стратегії та конкретну інформацію про доступні послуги [5].

В українському науковому просторі В. Климчук та О. Сувало досліджують поширеність суспільної стигми, рівень обізнаності населення щодо психічного здоров'я, соціальну дистанцію [9; 17]. О. Лушак, М. Великодна, В. Депутатов та О. Стрільбицька аналізують чинники фактичного звернення дорослих українців до фахівців у сфері психічного здоров'я в умовах повномасштабної війни [12]. Сукупність отриманих результатів підтверджує значущість доступності допомоги, вираженості психологічних труднощів, соціального контексту та індивідуального ставлення до звернення за професійною психологічною допомогою.

Виділення невирішеної частини проблеми

Проведений аналіз засвідчив, що в науковій літературі накопичено значний обсяг даних про суспільну стигму психічних розладів, самостигматизацію, ставлення до професійної допомоги та чинники фактичного користування психологічними послугами. Водночас ці аспекти переважно досліджуються окремо, що ускладнює цілісне пояснення ролі стигми у формуванні поведінки звернення по допомогу. Насамперед потребує уточнення понятійне розмежування суспільної стигми психічних розладів і суспільної стигми звернення за професійною психологічною допомогою. У першому випадку негативне оцінювання пов'язується з наявним або передбачуваним психічним розладом, у другому – із самим рішенням людини звернутися до психолога, психотерапевта чи іншого фахівця. Відповідно, недостатньо диференційованими

залишаються саможигматизація психічного розладу та саможигматизація звернення, яка може виникати й за відсутності встановленого діагнозу, коли потреба у професійній підтримці сприймається особою як свідчення власної слабкості, неспроможності або невідповідності соціальним і професійним очікуванням. Потребує подальшого теоретичного обґрунтування характер взаємозв'язку між суспільною стигмою та саможигматизацією. Наявні дослідження підтверджують зв'язок між сприйняттям суспільних установок, їх інтеріоризацією, ставленням до професійної допомоги та наміром звернутися. Проте недостатньо систематизовано умови, за яких суспільні стереотипи стають складником самооцінки особи, а також чинники, що можуть перешкоджати їх засвоєнню. Окремою прогалиною є недостатня інтеграція різних форм стигми в аналіз послідовного процесу звернення за психологічною допомогою. Потребує уточнення їхня роль на етапах усвідомлення психологічних труднощів, визнання потреби у професійній підтримці, формування ставлення до допомоги, виникнення наміру звернутися, фактичного звернення та подальшого користування послугами. Особливо важливим є розмежування ставлення, наміру й реальної поведінки, оскільки позитивне оцінювання психологічної допомоги не завжди переходить у звернення до фахівця. Недостатньо систематизовано також соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні й організаційні чинники, які можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри. До них належать норми самодостатності та емоційного контролю, реакції значущого оточення, особливості самооцінки, психологічна обізнаність, попередній досвід отримання допомоги, довіра до фахівців, упевненість у конфіденційності та доступність психологічних послуг. Їх урахування необхідне для пояснення того, чому за подібного рівня психологічних труднощів одні люди звертаються по допомогу, тоді як інші відкладають або уникають звернення. Зазначені питання набувають особливої значущості в українському суспільстві в умовах тривалої війни, зростання потреби населення у психологічній підтримці та одночасного збереження стигматизованих установок щодо її отримання. Отже, невирішеною залишається проблема теоретичного поєднання різних проявів стигми, етапів звернення та контекстуальних чинників у цілісній моделі, яка пояснювала б роль суспільної стигми й саможигматизації у формуванні бар'єрів звернення за професійною психологічною допомогою.

Мета статті

Мета статті – теоретично обґрунтувати характер взаємозв'язку суспільної стигми та саможигматизації як змістовно відмінних бар'єрів звернення за професійною психологічною допомогою, визначити їхню роль на різних етапах цього процесу та систематизувати чинники, що можуть посилювати або послаблювати відповідні бар'єри.

Наукова новизна

Наукова новизна дослідження полягає в теоретичному поєднанні суспільної стигми та саможигматизації у цілісній моделі бар'єрів звернення за професійною психологічною допомогою з одночасним розмежуванням їхнього змісту та ролі у процесі прийняття рішення про звернення. Уточнено відмінності між суспільною стигмою психічних розладів і суспільною стигмою звернення за психологічною допомогою, а також між саможигматизацією психічного розладу і саможигматизацією звернення. Систематизовано прояви зазначених бар'єрів на етапах усвідомлення психологічних труднощів, визнання потреби у професійній підтримці, формування ставлення до допомоги, виникнення наміру, фактичного звернення та подальшого користування психологічними послугами. Набуло подальшого розвитку уявлення про соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні й організаційні чинники, які можуть посилювати або послаблювати зв'язок між стигматизованими суспільними установками та поведінкою звернення.

Практичне значення

Практичне значення результатів дослідження полягає в можливості використання запропонованого розмежування суспільної стигми та самостигматизації, систематизації стигматизованих бар'єрів і чинників їх посилення або послаблення у професійній діяльності психологів, психотерапевтів та інших фахівців у сфері психічного здоров'я. Одержані положення можуть бути застосовані під час первинного консультування для визначення причин відкладеного звернення, з'ясування характеру побоювань щодо отримання допомоги та добору відповідних напрямів психологічної підтримки. Результати дослідження можуть слугувати теоретичною основою для розроблення психоедукаційних і антистигматизаційних програм, зміст яких має диференціюватися залежно від виду бар'єра. Заходи, спрямовані на суспільну стигму, доцільно орієнтувати на коригування стереотипів, зменшення очікування негативного оцінювання та підвищення соціальної прийнятності звернення. Робота із самостигматизацією має передбачати опрацювання почуття сорому, загрози для самооцінки та переконань про звернення по допомогу як свідчення особистісної слабкості або неспроможності самостійно впоратися з труднощами. Запропоновані положення можуть бути враховані під час підготовки інформаційних кампаній, організації психологічних служб і вдосконалення процедур звернення. На організаційному рівні вони обґрунтовують необхідність забезпечення конфіденційності, зрозумілого порядку отримання допомоги, відокремлення психологічного консультування від процедур професійного оцінювання та кадрового контролю. Визначені напрями можуть бути адаптовані до потреб військовослужбовців, працівників сектору безпеки й оборони, медичних працівників, студентської молоді та представників інших середовищ, у яких звернення по психологічну допомогу може пов'язуватися із загрозою професійній репутації або невідповідністю нормам самодостатності.

Методологія

Методи дослідження

Дослідження має теоретико-аналітичний характер і ґрунтується на комплексному опрацюванні українських та зарубіжних наукових публікацій із проблем суспільної стигми, самостигматизації та звернення за професійною психологічною допомогою. Для досягнення мети застосовано термінологічний, тематичний і порівняльний аналіз, систематизацію, класифікацію, теоретичне узагальнення та концептуальне моделювання. Термінологічний аналіз використано для уточнення змісту понять «суспільна стигма», «самостигматизація» та «бар'єри звернення за професійною психологічною допомогою», а також для розмежування суспільної стигми психічних розладів і стигми звернення по допомогу, самостигматизації психічного розладу та самостигматизації звернення. Тематичний аналіз змісту наукових публікацій дав змогу виокремити основні прояви стигматизації, її психологічні наслідки та чинники, пов'язані з уникненням або відкладенням звернення. Порівняльний аналіз застосовано для зіставлення теоретичних підходів і результатів досліджень суспільної стигми, самостигматизації, ставлення до професійної допомоги, наміру звернутися та фактичного користування психологічними послугами. За допомогою систематизації та класифікації впорядковано форми стигми, етапи звернення, а також соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні й організаційні чинники, що можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри. Теоретичне узагальнення використано для інтеграції наукових даних про зв'язки між суспільними стигматизованими установками, їх сприйняттям та інтеріоризацією, самостигматизацією, ставленням до професійної допомоги, наміром звернутися і фактичним користуванням психологічними послугами. Концептуальне моделювання застосовано для побудови аналітичної моделі, що відображає місце суспільної стигми

та самостигматизації на послідовних етапах звернення за професійною психологічною допомогою.

Джерела даних

Джерельну базу дослідження становили українські та зарубіжні наукові публікації, присвячені суспільній стигмі психічних розладів, стигмі звернення за професійною допомогою, самостигматизації, ставленню до психологічної допомоги, намірам звернутися та фактичному користуванню психологічними послугами. Проаналізовано теоретичні й емпіричні статті, у яких розкрито зміст різних форм стигми, чинники їх виникнення, психологічні й соціальні наслідки, а також способи зменшення стигматизованих бар'єрів. Під час добору джерел враховувалася їхня безпосередня відповідність предмету дослідження. До аналізу залучено праці, у яких розглянуто принаймні один із таких аспектів: взаємозв'язок суспільної стигми та самостигматизації; вплив стигматизованих установок на самооцінку, ставлення до професійної допомоги й намір звернутися; соціокультурні, міжособистісні, професійні та організаційні бар'єри; відмінності між ставленням, наміром і фактичною поведінкою звернення; результативність психоедукаційних та антистигматизаційних втручань. Для характеристики українського контексту використано результати досліджень стигми психічного здоров'я, бар'єрів звернення українських військовослужбовців і поведінки дорослого населення щодо отримання професійної допомоги в умовах повномасштабної війни [1; 9; 12; 17]. Джерельну базу доповнено офіційним звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо потреб дорослого населення України у сфері психічного здоров'я, який використано для визначення співвідношення між поширеністю психологічних труднощів і фактичним рівнем звернення по професійну психологічну допомогу [10].

Інструменти аналізу

Інструментом опрацювання джерел слугувала система аналітичних категорій, сформована відповідно до мети дослідження. Наукові публікації аналізувалися за такими параметрами: об'єкт стигматизації, форма стигми, рівень її вияву, психологічні наслідки, етап звернення за допомогою та чинники, що можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри. За об'єктом стигматизації розмежовувалися негативні установки щодо психічних розладів і установки щодо самого звернення за професійною психологічною допомогою. За рівнем вияву аналізувалися суспільна стигма та самостигматизація, а за характером психологічного досвіду – сприйнята, очікувана й пережита стигма, інтеріоризацію розглядали як можливий шлях формування самостигматизації. Для визначення місця стигматизаційних бар'єрів у процесі звернення використовувалася поетапна схема, що охоплювала: усвідомлення психологічних труднощів; визнання потреби у професійній підтримці; формування ставлення до психологічної допомоги; виникнення наміру звернутися; фактичне звернення; подальше користування психологічними послугами. Психологічні наслідки стигматизації аналізувалися за такими ознаками, як очікування негативного оцінювання, сором, загроза самооцінці, побоювання репутаційних і професійних наслідків, зниження прийнятності психологічної допомоги та готовності звернутися до фахівця. Чинники, пов'язані з вираженістю цих бар'єрів, систематизувалися за чотирма групами: соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні та організаційні. Зазначена система категорій використовувалася для зіставлення результатів досліджень, виявлення спільних і відмінних положень та побудови теоретичної моделі взаємозв'язку суспільної стигми, самостигматизації й поведінки звернення за професійною психологічною допомогою.

Обмеження дослідження

Результати дослідження мають теоретико-аналітичний характер і ґрунтуються на узагальненні наукових публікацій без залучення власної емпіричної вибірки. Тому

сформульовані положення відображають концептуально обґрунтовані зв'язки між суспільною стигмою, самостигматизацією та поведінкою звернення, але не дають підстав для висновків про їх причинно-наслідкову залежність, силу або статистичну значущість. Добір джерел здійснювався за їх тематичною відповідністю предмету дослідження, однак не був систематичним оглядом із попередньо зареєстрованим протоколом, формалізованою пошуковою стратегією та оцінюванням методологічної якості кожної публікації. Через це сукупність використаних джерел не може вважатися вичерпною, а окремі релевантні дослідження могли залишитися поза межами аналізу. Узагальнені праці відрізняються за характером вибірок, соціокультурним і професійним контекстом, визначеннями стигми, способами її операціоналізації та показниками звернення за допомогою. В одних дослідженнях аналізується ставлення до професійної допомоги, в інших – намір звернутися або фактичне користування послугами. Нетотожність цих показників обмежує можливість їх прямого зіставлення та потребує обережності під час інтерпретації узагальнених результатів. Значна частина проаналізованих даних отримана в інших країнах і серед окремих соціальних або професійних груп. Культурні норми, організація психологічних послуг, рівень довіри до фахівців і суспільне сприйняття звернення можуть відрізнятися від українського контексту, особливо в умовах тривалої війни. Тому запропонована модель потребує перевірки на українських вибірках із урахуванням віку, статі, професійної належності, досвіду психологічних труднощів і попереднього користування психологічними послугами. Подальша емпірична перевірка має передбачати операціоналізацію суспільної, сприйнятої та очікуваної стигми, пережитого досвіду стигматизації й самостигматизації за допомогою валідних психодіагностичних інструментів, а також оцінювання їхніх зв'язків зі ставленням до професійної допомоги, наміром звернутися та фактичною поведінкою. Доцільним є застосування лонгітюдних досліджень і методів структурного моделювання, які дадуть змогу перевірити послідовність передбачених моделлю зв'язків без припущення про їх універсальний причинний характер.

Результати

Звернення за професійною психологічною допомогою є не одноразовою дією, а послідовним процесом прийняття рішення. Наявність психологічних труднощів або усвідомлення їх негативного впливу на повсякденне функціонування ще не визначає готовності людини скористатися допомогою фахівця. Для фактичного звернення необхідно розпізнати зміни у власному стані, визначити потребу у професійній підтримці, оцінити її прийнятність, сформулювати намір звернутися та мати практичну можливість реалізувати це рішення. На кожному із цих етапів значення мають не лише доступність послуг, а й суспільні уявлення про психологічні труднощі, очікувані реакції соціального оточення та ставлення людини до власної потреби у допомозі. Саме тому між поширеністю психологічних труднощів і фактичним користуванням відповідними послугами може зберігатися суттєвий розрив [10; 12].

Важливо наголосити на необхідності розмежування суспільної стигми психічних розладів і суспільної стигми звернення за професійною психологічною допомогою. У першому випадку стереотипи, упередження та дискримінаційні установки спрямовуються на людину, якій приписують наявність психічного розладу. Негативне оцінювання може ґрунтуватися на уявленнях про її непередбачуваність, небезпечність, ненадійність, обмежену соціальну або професійну спроможність. У другому випадку об'єктом стигматизації стає не певний стан чи діагноз, а саме рішення звернутися до психолога, психотерапевта або іншого фахівця. Звернення за допомогою може сприйматися як свідчення того, що людина не здатна самотійно впоратися з труднощами, контролювати власний емоційний стан або відповідати очікуваним соціальним і професійним вимогам. Унаслідок цього психологічна допомога може

визнаватися корисною загалом, але залишатися неприйнятною для особистого використання. Людина погоджується з доцільністю професійної психологічної підтримки для інших, однак уникає власного звернення до кваліфікованого фахівця через побоювання осуду, зміни ставлення з боку близьких чи колег, зниження професійного статусу або розголошення конфіденційної інформації.

Суспільну стигму варто розглядати як соціально-нормативний контекст, у межах якого визначається прийнятність звернення за психологічною допомогою. Її зміст становлять поширені уявлення про те, які психологічні труднощі є допустимими, у який спосіб людина повинна їх долати та наскільки соціально прийнятним є залучення професійної підтримки. Такі установки не обов'язково безпосередньо визначають поведінку конкретної особи, але створюють систему соціальних очікувань, з якою вона співвідносить власний стан і можливе рішення про звернення. На рівні індивідуального психологічного досвіду суспільна стигма може виявлятися як сприйнята (1), очікувана (2) та пережита (3). *Сприйнята стигма* відображає уявлення людини про поширеність негативних установок у суспільстві, професійному середовищі або найближчому оточенні. Вона характеризує суб'єктивну оцінку того, наскільки типовими й соціально підтримуваними є осуд, знецінення або дистанціювання щодо осіб, які потребують чи отримують психологічну допомогу. *Очікувана стигма* полягає у прогнозуванні конкретних негативних реакцій на власне звернення. Людина може передбачати осуд, втрату довіри, зміну ставлення з боку родини, друзів, колег або керівництва, розголошення особистої інформації чи несприятливі професійні наслідки. На відміну від сприйнятої стигми, яка стосується загальних уявлень про суспільні норми, очікувана стигма безпосередньо пов'язана з оцінюванням можливих наслідків особистого рішення. *Пережита стигма* охоплює реальні випадки знецінення, соціального дистанціювання, дискримінації або обмеження можливостей через наявність психологічних труднощів чи факт отримання професійної допомоги. Попередній досвід негативного ставлення може посилювати очікування повторної стигматизації, хоча характер цього зв'язку залежить від соціальної підтримки, особистісних ресурсів, професійного середовища та умов, у яких відбувається звернення за професійною психологічною допомогою.

Сприйнята, очікувана й пережита стигма не є взаємозамінними поняттями. Людина може вважати негативне ставлення до психологічної допомоги поширеним, але не очікувати його безпосереднього застосування до себе. В іншому випадку вона може передбачати осуд з боку конкретного оточення, навіть не маючи попереднього досвіду стигматизованого ставлення. Відповідно, оцінювання загального соціального контексту, прогнозування особистих наслідків і реально пережиті реакції становлять різні аспекти психологічного досвіду стигматизації.

Окремим результатом проведеного аналізу стало розмежування самостигматизації психічного розладу та самостигматизації звернення за професійною психологічною допомогою. Самостигматизація психічного розладу виникає внаслідок застосування до себе негативних суспільних уявлень про певний стан або діагноз. Вона може виявлятися в почутті сорому, самозвинуваченні, зниженні самооцінки, сумнівах у власній соціальній або професійній спроможності [7; 8]. Самостигматизація звернення пов'язана з негативним оцінюванням себе як людини, яка потребує професійної підтримки. У цьому разі підставою для самознецінення стає не діагноз, а визнання того, що наявні труднощі не вдається подолати самотійно. Звернення може інтерпретуватися як підтвердження слабкості, неспроможності контролювати власний стан або невідповідності очікуваному образу самодостатньої людини. Самостигматизація звернення здатна виникати за відсутності встановленого психічного розладу. Людина, яка переживає тривалий стрес, емоційне виснаження, втрату, труднощі адаптації або міжособистісну кризу, може розглядати консультацію

психолога як свідчення власної неспроможності. Можлива й інша ситуація, коли особа визнає наявність психічного розладу або психологічних труднощів, але приховує факт отримання допомоги через побоювання соціальних чи професійних наслідків. Отже, самостигматизація стану та самостигматизація звернення можуть поєднуватися, однак мають різний психологічний зміст.

Проведене розмежування дає підстави визначити суспільну стигму та самостигматизацію як взаємопов'язані, але змістовно відмінні бар'єри. Суспільна стигма характеризує поширені в соціальному середовищі норми, стереотипи та очікувані реакції. Самостигматизація відображає застосування відповідних установок до оцінювання себе, власного стану та потреби у професійній підтримці. Вона більш безпосередньо пов'язана із самоставленням людини, особистою прийнятністю допомоги та готовністю реалізувати рішення про звернення. Зазначене положення узгоджується з результатами структурного моделювання Б. К. Л. Ю та співавторів, які встановили зв'язок суспільної стигми звернення із самостигматизацією. Після статистичного врахування взаємного впливу досліджуваних змінних саме самостигматизація зберігала значущий зв'язок зі ставленням до професійної допомоги та наміром звернутися [21]. Це дає підстави розглядати її як психологічно ближчий до особистого рішення бар'єр. Водночас наявність статистичного зв'язку не означає, що суспільні установки обов'язково інтеріоризуються кожною людиною або автоматично призводять до уникнення допомоги. Людина може усвідомлювати наявність стигматизованих поглядів у суспільстві, але не погоджуватися з ними й не застосовувати їх до оцінювання себе. Критичному переосмисленню таких установок можуть сприяти психологічна обізнаність, соціальна підтримка, позитивний попередній досвід отримання допомоги, довіра до фахівців та впевненість у конфіденційності. Тому самостигматизацію доцільно розглядати не як неминучий наслідок суспільної стигми, а як можливий результат інтеріоризації негативних соціальних уявлень.

Виявлено, що зміст стигматизаційних бар'єрів залежить від соціокультурного контексту та характеру соціальної ідентичності людини. Поняття взаємозалежної стигми звернення, запропоноване Д. Фогелем та співавторами, відображає побоювання, що отримання психологічної допомоги може негативно позначитися не лише на особистій репутації, а й на статусі родини або іншої значущої соціальної групи [20]. За таких умов людина оцінює звернення з урахуванням сімейних очікувань, групових норм і можливих наслідків для колективної ідентичності.

Проведена систематизація дала змогу об'єднати чинники, що можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри, у чотири групи: соціокультурні (1), міжособистісні (2), індивідуально-психологічні (3) та організаційні (4). *Соціокультурні чинники* охоплюють норми самодостатності, переконання про необхідність самостійно долати психологічні труднощі, неприйнятність виявлення емоційної вразливості та уявлення про повний контроль над власним станом як обов'язкову ознаку зрілої або професійно надійної людини. Значення цих чинників зростає у середовищах, у яких витривалість, дисциплінованість, емоційна стриманість і здатність діяти без зовнішньої підтримки належать до нормативно очікуваних характеристик [4; 18]. *Міжособистісні чинники* пов'язані з реальними або очікуваними реакціями значущого оточення. До них належать побоювання осуду, знецінення, соціального дистанціювання, втрати довіри або зміни ставлення з боку родини, друзів, колег чи керівництва. Їхнє значення визначається тим, наскільки важливою для людини є належність до відповідної групи, як у ній прийнято ставитися до психологічних труднощів і які наслідки може мати розкриття інформації про звернення. *Індивідуально-психологічні чинники* охоплюють особливості самооцінки, здатність розпізнавати власні психологічні труднощі, готовність визнавати потребу у підтримці,

рівень психологічної обізнаності, попередній досвід отримання допомоги та здатність критично переосмислювати суспільні установки. Психологічна обізнаність і самостигматизація при цьому є різними за змістом бар'єрами. Недостатня обізнаність ускладнює розпізнавання труднощів та вибір відповідної послуги. Самостигматизація може перешкоджати зверненню навіть тоді, коли людина правильно визначає свій стан і знає про доступні можливості підтримки. Це положення підтверджують результати М. Авана, М. А. Бойс і Б. Л. Ліндсей, відповідно до яких самостигматизація може опосередковувати зв'язок між обізнаністю у сфері психічного здоров'я та наміром звернутися по формальну допомогу [2]. Людина може розуміти характер своїх труднощів і визнавати користь професійної підтримки, але утримуватися від звернення через негативне ставлення до себе як до особи, яка такої підтримки потребує. *Організаційні чинники* охоплюють довіру до фахівців, упевненість у дотриманні конфіденційності, зрозумілість процедури звернення, територіальну й фінансову доступність послуг, наявність інформації про відповідних спеціалістів і побоювання щодо фіксації або розголошення факту отримання допомоги. У професійних організаціях особливого значення набуває розмежування психологічної підтримки, службового оцінювання та кадрового контролю. Невизначеність щодо того, кому буде доступна отримана психологом інформація та як вона може бути використана, здатна посилювати очікувану стигму незалежно від загального ставлення людини до психологічної допомоги.

Українські дослідження також засвідчують, що бар'єри звернення не зводяться до недостатньої поінформованості про психологічні послуги. Поряд із поступовим зростанням прийнятності теми психічного здоров'я зберігаються побоювання осуду, розголошення інформації, негативних професійних наслідків і недовіра до умов отримання допомоги [1; 9; 12; 17]. В умовах тривалої війни ці суперечності набувають особливого значення, оскільки підвищення потреби у професійній підтримці не обов'язково супроводжується пропорційним збільшенням фактичних звернень.

За результатами аналізу процес звернення за професійною психологічною допомогою представлено як послідовність шести аналітично розмежованих етапів: усвідомлення психологічних труднощів (1); визнання потреби у професійній підтримці (2); формування ставлення до психологічної допомоги (3); виникнення наміру звернутися (4); фактичне звернення (5); подальше користування психологічними послугами (6). На етапі *усвідомлення психологічних труднощів* стигматизовані установки можуть впливати на інтерпретацію власного стану. Тривога, емоційне виснаження, порушення сну або труднощі адаптації можуть пояснюватися нестачею сили волі, дисципліни чи самоконтролю. Унаслідок цього наявні прояви заперечуються, применшуються або не визначаються як такі, що потребують професійної оцінки. На етапі *визнання потреби у професійній підтримці* людина може усвідомлювати психологічні труднощі, але продовжувати наполягати на необхідності подолати їх самостійно. Звернення в такому разі сприймається як загроза самооцінці, підтвердження особистісної слабкості або невідповідності соціальним і професійним очікуванням. Саме на цьому етапі особливого значення набуває самостигматизація звернення. Наступний етап передбачає *формування ставлення до психологічної допомоги*. Воно охоплює оцінювання її результативності, компетентності фахівців, конфіденційності, доступності та соціальної прийнятності. Ставлення може бути позитивним на загальному рівні, але не поширюватися на власну ситуацію. Людина визнає корисність психологічної допомоги, однак не вважає особисте звернення прийнятним. На етапі *виникнення наміру звернутися* відбувається перехід від загального ставлення до конкретного рішення. Намір залежить від оцінювання очікуваних переваг і можливих соціальних, психологічних та професійних витрат. Побоювання осуду, розголошення інформації, зміни ставлення оточення або

негативних наслідків для професійної репутації може послаблювати його навіть за усвідомленої потреби у підтримці. Етап *фактичного звернення* пов'язаний із практичною реалізацією сформованого наміру. На цьому рівні поряд зі стигматизаційними бар'єрами істотного значення набувають організаційні умови: можливість знайти відповідного фахівця, обрати формат допомоги, оплатити послугу, забезпечити конфіденційність і пройти процедуру запису. Навіть за позитивного ставлення і сформованого наміру організаційні перешкоди можуть відтермінувати або унеможливити звернення. *Подальше користування психологічними послугами* залежить від досвіду першого контакту, якості професійної взаємодії, відповідності допомоги запиту, оцінювання її результативності та збереження прийнятних умов отримання. Негативний досвід може посилити недовіру до психологічної допомоги й вплинути на майбутні рішення, тоді як позитивний досвід здатний знижувати очікувану стигму та підвищувати готовність повторно звертатися. Розмежування зазначених етапів показує, що суспільна стигма та самостигматизація не мають однакового значення впродовж усього процесу. На початкових етапах стигматизовані уявлення можуть впливати на розпізнавання власних труднощів і прийнятність визнання потреби у підтримці. Під час формування ставлення та наміру більшого значення набувають самостигматизація й очікувані реакції оточення. На етапі фактичного звернення зростає роль організаційної доступності, а подальше користування послугами значною мірою визначається досвідом безпосередньої взаємодії з фахівцем.

Результати дослідження В. Юргенсен та співавторів підтверджують необхідність розмежування ставлення, наміру та фактичної поведінки. Самостигматизація й попередній досвід отримання допомоги мали значення для формування ставлення до неї, тоді як фактичне звернення більшою мірою прогнозували сформований намір і вираженість психологічних симптомів [11]. Отже, чинники, пов'язані із загальною оцінкою психологічної допомоги, не обов'язково мають безпосередній зв'язок із реальною поведінкою людини. Відповідна нетотожність змін у ставленні, намірах і фактичному користуванні послугами простежується також у результатах систематичних оглядів [15].

Узагальнення отриманих результатів дало змогу запропонувати *теоретичну модель взаємозв'язку суспільної стигми, самостигматизації та процесу звернення за професійною психологічною допомогою*. У межах моделі суспільна стигма визначає зміст поширених негативних уявлень про психологічні труднощі й професійну підтримку. Сприйнята стигма відображає оцінювання людиною поширеності таких установок у соціальному середовищі, а очікувана – прогнозування можливих негативних реакцій на особисте звернення. Пережита стигма може посилювати очікування повторного знецінення або дискримінації. Інтеріоризація стигматизованих уявлень може сприяти формуванню самостигматизації, яка виявляється у негативному самооцінюванні, почутті сорому, загрозі самооцінці та зниженні особистої прийнятності професійної підтримки. Самостигматизація пов'язана зі ставленням до психологічної допомоги й наміром звернутися, але не є єдиною умовою фактичної поведінки. Реалізація наміру залежить також від вираженості психологічних труднощів, визнання потреби у підтримці, доступності послуг і практичної можливості ними скористатися. Запропонована модель має аналітичний, а не причинно-детермінований характер. Вона не передбачає обов'язкового переходу суспільної стигми в самостигматизацію або автоматичного впливу негативних установок на поведінку. Сила й напрям окремих зв'язків можуть змінюватися залежно від психологічної обізнаності, самооцінки, соціальної підтримки, попереднього досвіду отримання допомоги, довіри до фахівців, упевненості в конфіденційності, особливостей професійного середовища та доступності послуг. Таким чином, суспільна

стигма визначає нормативний контекст і зміст очікуваного негативного оцінювання, тоді як самостигматизація пов'язана із застосуванням відповідних установок до оцінювання себе та власної потреби у професійній підтримці. Їхній зв'язок не є універсальним або лінійним, а значення кожного бар'єра змінюється залежно від етапу прийняття рішення та соціального й організаційного контексту звернення.

Обговорення

Інтерпретація результатів

Отримані результати дають підстави трактувати суспільну стигму та самостигматизацію як взаємопов'язані, але змістовно відмінні бар'єри звернення за професійною психологічною допомогою. Їхня відмінність полягає не лише в рівні вияву, а й у психологічній функції. Суспільна стигма визначає соціально-нормативний контекст, у межах якого звернення набуває певного значення та оцінюється як прийнятне, небажане або таке, що може спричинити негативні наслідки. Самостигматизація відображає включення відповідних установок до системи самооцінювання особи, унаслідок чого визнання потреби у професійній підтримці може суперечити уявленню про себе як про самостійну, сильну, емоційно стійку або професійно компетентну людину. Таке тлумачення пояснює, чому суспільна стигма не обов'язково безпосередньо визначає поведінку звернення. Людина може усвідомлювати поширеність негативних уявлень про психологічну допомогу, прогнозувати осуд з боку оточення, але не погоджуватися із цими установками й не застосовувати їх до оцінювання себе. Отже, між наявністю стигматизованих суспільних норм та формуванням самостигматизації немає автоматичного переходу. Інтеріоризація залежить від того, наскільки значущими для людини є відповідні соціальні групи, чи має вона досвід підтримувальних реакцій, як оцінює власні психологічні труднощі та чи вважає професійну допомогу сумісною зі своєю соціальною і професійною ідентичністю.

Понятійне розмежування стигми психічних розладів і стигми звернення по допомогу розширює розуміння групи осіб, які можуть зазнавати стигматизаційних бар'єрів. Негативне ставлення до власного звернення здатне виникати не лише у людини з установленим психічним розладом. Воно може формуватися в осіб, які переживають стрес, емоційне виснаження, наслідки травматичних подій, труднощі адаптації, втрату або кризу, але пов'язують необхідність звернення з особистою неспроможністю. Тому самостигматизація звернення характеризує не стільки ставлення до певного діагнозу, скільки ставлення людини до необхідності залучення зовнішньої підтримки. Це положення має принципове значення для пояснення розриву між визнанням суспільної користі психологічної допомоги та особистою готовністю нею скористатися. Людина може позитивно оцінювати професійну підтримку як соціальну практику, рекомендувати звернення іншим і водночас вважати його неприйнятним для себе. У такому разі суперечність виникає не на рівні загального ставлення до психологічної допомоги, а на рівні її включення до власної життєвої ситуації. Саме тому оцінювання лише загальної прихильності до психологічних послуг не дає повного уявлення про готовність людини звернутися.

Запропоноване поетапне представлення звернення показує, що стигматизаційні бар'єри змінюють свій зміст і значення впродовж процесу прийняття рішення. На етапах усвідомлення психологічних труднощів і визнання потреби у підтримці стигматизовані уявлення можуть виявлятися через заперечення проблеми, її применшення або вимогу впоратися самостійно. Під час формування ставлення та наміру центрального значення набувають очікування негативних реакцій, загроза самооцінці та самостигматизація. На етапі фактичного звернення психологічні бар'єри поєднуються з доступністю послуг, довірою до фахівців, зрозумілістю процедури та впевненістю у конфіденційності. Подальше користування допомогою залежить уже не

лише від попередніх установок, а й від безпосереднього досвіду взаємодії з фахівцем. Таке розмежування дає змогу пояснити нетотожність позитивного ставлення, наміру звернутися та фактичної поведінки. Позитивне ставлення є необхідною, але недостатньою умовою звернення. Воно характеризує загальну оцінку професійної допомоги, тоді як намір передбачає співвіднесення цієї оцінки з власним станом і можливими наслідками. Фактичне звернення потребує додатково практичної реалізації наміру. На кожному переході можуть виникати різні перешкоди, тому зміна ставлення не обов'язково супроводжується зміною реальної поведінки [11; 15].

Виокремлення соціокультурних, міжособистісних, індивідуально-психологічних та організаційних чинників свідчить, що стигматизаційні бар'єри не можна пояснювати лише особистими переконаннями людини. Самостигматизація формується й виявляється у певному соціальному середовищі. Норми самодостатності, реакції близьких, професійні вимоги, довіра до психологічної служби та умови конфіденційності визначають, наскільки ризикованим або прийнятним сприймається звернення. Особливо значущим це є у професійних середовищах, де емоційна стійкість і здатність діяти без зовнішньої підтримки розглядаються як показники професійної придатності. Організаційні умови можуть як посилювати, так і послаблювати психологічні наслідки стигми. Навіть за позитивного ставлення до психологічної допомоги людина може відмовлятися від звернення, якщо не впевнена в конфіденційності, побоюється фіксації факту консультації або можливого використання отриманої інформації під час професійного оцінювання. За таких умов уникнення допомоги не слід пояснювати виключно недостатньою психологічною обізнаністю чи особистою упередженістю. Воно може відображати оцінювання реальних або сприйнятих організаційних ризиків. З іншого боку, доступність конфіденційної допомоги, чітке розмежування психологічної підтримки та кадрового контролю, позитивний досвід взаємодії з фахівцем і підтримувальні реакції соціального оточення можуть послаблювати очікувану стигму. Це підтверджує, що негативні суспільні установки не мають однакового психологічного значення для всіх людей. Їхній зв'язок із самостигматизацією та поведінкою звернення змінюється залежно від контекстуальних і особистісних умов.

В українському суспільстві така інтерпретація набуває особливої ваги в умовах тривалої війни. Зростання поширеності психологічних труднощів і суспільної уваги до психічного здоров'я не означає автоматичного усунення стигматизаційних бар'єрів. Визнання загальної потреби населення у психологічній підтримці може поєднуватися зі збереженням особистих побоювань щодо осуду, професійної репутації, конфіденційності та доцільності власного звернення [1; 9; 12; 17]. Отже, збільшення обізнаності та доступності послуг саме по собі не гарантує їх використання, якщо звернення продовжує сприйматися як соціально або особистісно небезпечне.

Запропоновану модель слід розглядати як аналітичне пояснення можливих зв'язків, а не як універсальну причинну послідовність. Суспільна стигма визначає зміст негативного оцінювання, сприйнята й очікувана стигма відображають суб'єктивне оцінювання цього контексту, а самостигматизація характеризує застосування негативних установок до себе. Проте кожна із цих ланок може змінюватися під впливом соціальної підтримки, психологічної обізнаності, попереднього досвіду, довіри до фахівців і доступності послуг. Тому однаковий рівень суспільної стигми не обов'язково зумовлює однакове ставлення або поведінку різних людей.

Таким чином, основний зміст отриманих результатів полягає в тому, що стигматизаційний бар'єр формується не лише через негативні суспільні уявлення, а через їх суб'єктивне сприйняття, прогнозування можливих наслідків і співвіднесення з образом себе. Суспільна стигма визначає нормативний контекст звернення, самостигматизація впливає на особисту прийнятність професійної підтримки, а

фактична поведінка залежить від поєднання психологічних установок із соціальними та організаційними умовами.

Порівняння з іншими дослідженнями

Отримані результати узгоджуються з дослідженнями, у яких суспільну стигму та самостигматизацію визначено як взаємопов'язані бар'єри звернення за професійною допомогою. Підтверджено, що суспільна стигма пов'язана із самостигматизацією, тоді як остання має більш безпосередній зв'язок зі ставленням до психологічної допомоги та наміром звернутися [21]. Запропонований підхід уточнює ці положення, розглядаючи суспільну стигму як соціально-нормативний контекст, а самостигматизацію – як результат можливого застосування відповідних установок до оцінювання себе та власної потреби у підтримці. Висновок про те, що суспільні установки не обов'язково автоматично переходять у самостигматизацію, відповідає даним про роль самооцінки, соціальних зв'язків, пережитого досвіду стигматизації та соціального функціонування [7; 8]. Водночас проведене дослідження розширює цей напрям розмежуванням самостигматизації психічного розладу та самостигматизації звернення. Остання може виникати й за відсутності встановленого діагнозу, якщо потреба у професійній допомозі сприймається як ознака особистісної слабкості або неспроможності самостійно подолати труднощі. Результати також узгоджуються з положенням про нетотожність ставлення до психологічної допомоги, наміру звернутися та фактичного користування послугами [11; 15]. Позитивне ставлення не завжди переходить у конкретний намір, а сформований намір може не реалізуватися через організаційні, фінансові, професійні або міжособистісні перешкоди. Запропонована модель доповнює наявні дослідження виокремленням попередніх етапів – усвідомлення психологічних труднощів і визнання потреби у професійній підтримці, а також етапу подальшого користування послугами. Виявлена роль психологічної обізнаності відповідає дослідженням, за якими достатні знання про психічне здоров'я та доступні види допомоги не гарантують готовності звернутися [2; 13]. Самостигматизація може обмежувати звернення навіть тоді, коли людина правильно розпізнає власні труднощі й усвідомлює користь професійної підтримки. Це підтверджує необхідність розмежування недостатньої обізнаності та негативного самооцінювання як різних за змістом бар'єрів. Значення соціокультурних і професійних чинників узгоджується з результатами досліджень, у яких уникнення допомоги пов'язується з нормами самодостатності, емоційного контролю, побоюваннями щодо професійної репутації та можливими наслідками для значущої соціальної групи [4; 18; 20]. Українські дослідження також підтверджують роль страху негативного оцінювання, сорому, недовіри до фахівців, сумнівів щодо конфіденційності та результативності допомоги [1; 9; 12; 17]. Запропонована систематизація об'єднує ці чинники в соціокультурну, міжособистісну, індивідуально-психологічну та організаційну групи. Результати щодо напрямів подолання стигми відповідають висновкам про обмежений вплив окремих інформаційних програм на фактичну поведінку звернення [13; 19]. Більш обґрунтованими є багатокомпонентні втручання, які поєднують психоедукацію, соціальний контакт, мотиваційні стратегії та конкретну інформацію про порядок отримання допомоги [5; 14]. Це узгоджується з висновком про необхідність одночасного впливу на суспільні установки, самостигматизацію та організаційні умови звернення. Отже, одержані результати загалом підтверджують положення попередніх досліджень, але поєднують їх у цілісному поясненні. Запропонований підхід враховує різні об'єкти й прояви стигматизації, послідовні етапи звернення та чинники, які можуть посилювати або послаблювати відповідні бар'єри.

Наукова новизна (розгорнуто)

Наукова новизна дослідження полягає в теоретичному поєднанні суспільної стигми та самостигматизації в цілісній моделі бар'єрів звернення за професійною

психологічною допомогою з одночасним розмежуванням їхнього змісту, рівнів вияву та ролі у процесі прийняття рішення про звернення. Суспільну стигму визначено як соціально-нормативний контекст, у якому формуються негативні уявлення про психологічні труднощі та отримання професійної підтримки, тоді як самостигматизацію розглянуто як пов'язане із застосуванням відповідних установок до оцінювання себе, власного стану та потреби у допомозі. Уточнено понятійні відмінності між суспільною стигмою психічних розладів і суспільною стигмою звернення за психологічною допомогою. У першому випадку негативне оцінювання пов'язується з наявним або передбачуваним психічним розладом, у другому – із самим рішенням людини звернутися до фахівця. Розмежовано також самостигматизацію психічного розладу та самостигматизацію звернення. Обґрунтовано, що остання може виникати й за відсутності встановленого діагнозу, коли потреба у професійній підтримці сприймається як свідчення особистісної слабкості, недостатньої самостійності або невідповідності соціальним і професійним очікуванням. Систематизовано сприйняту, очікувану та пережиту стигму як відмінні аспекти індивідуального психологічного досвіду. Сприйнята стигма відображає уявлення про поширеність негативних установок, очікувана – прогнозування можливих несприятливих реакцій на власне звернення, а пережита – реальний досвід осуду, знецінення або дискримінації. Інтеріоризацію стигматизованих установок визначено як можливу, але не обов'язкову передумову самостигматизації, що дає змогу уникнути спрощеного тлумачення зв'язку між суспільною стигмою та особистою поведінкою. Набуло подальшого розвитку розуміння звернення за професійною психологічною допомогою як послідовного процесу, що охоплює усвідомлення психологічних труднощів, визнання потреби у професійній підтримці, формування ставлення до допомоги, виникнення наміру звернутися, фактичне звернення та подальше користування психологічними послугами. Визначено, що значення суспільної стигми та самостигматизації змінюється залежно від етапу: на початкових етапах стигматизовані установки можуть впливати на інтерпретацію власного стану, під час формування ставлення й наміру – на особисту прийнятність допомоги, а на етапі фактичного звернення поєднуються з організаційними умовами її отримання. Систематизовано чинники, які можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри, та об'єднано їх у соціокультурну, міжособистісну, індивідуально-психологічну й організаційну групи. Завдяки цьому суспільну стигму та самостигматизацію розглянуто не як ізольовані характеристики особи, а як явища, зміст і вираженість яких залежать від норм соціального середовища, реакцій значущого оточення, особливостей самооцінки, психологічної обізнаності, попереднього досвіду звернення, довіри до фахівців, упевненості в конфіденційності та доступності психологічних послуг. Запропонована модель має аналітичний, а не причинно-детермінований характер. Вона не передбачає автоматичного переходу суспільної стигми в самостигматизацію або однозначного впливу негативних установок на поведінку звернення. Наукове значення моделі полягає в інтеграції різних проявів стигми, етапів звернення та контекстуальних чинників у єдину теоретичну схему, придатну для подальшої емпіричної перевірки.

Практичне значення (розгорнуто)

Практичне значення результатів дослідження полягає в можливості використання запропонованого розмежування суспільної стигми та самостигматизації для точнішого визначення причин відкладеного, нереалізованого або перерваного звернення за професійною психологічною допомогою. Систематизація стигматизаційних бар'єрів дає змогу розрізняти ситуації, у яких людина уникає допомоги через очікування негативної реакції соціального оточення, і випадки, коли основною перешкодою є негативне самооцінювання, почуття сорому або переконання про необхідність самостійно долати психологічні труднощі. Одержані положення

можуть бути використані психологами, психотерапевтами та іншими фахівцями у сфері психічного здоров'я під час первинного консультування. Запропонована поетапна схема звернення дає змогу визначити, на якому саме етапі виник бар'єр: під час усвідомлення психологічних труднощів, визнання потреби у професійній підтримці, формування ставлення до допомоги, виникнення наміру, фактичного звернення або подальшого користування послугами. Це створює підстави для більш диференційованого добору змісту психологічної роботи. Якщо труднощі пов'язані з недостатнім розпізнаванням власного стану, доцільними є психоедукація та розвиток психологічної обізнаності. За вираженої самотигматизації основна увага має зосереджуватися на опрацюванні сорому, самозвинувачення, загроз для самооцінки та переконань про звернення як свідчення особистісної слабкості. У разі домінування очікуваної стигми важливим є обговорення реальних і передбачуваних реакцій оточення, оцінювання соціальних ризиків, пошук підтримувальних контактів і формування безпечних способів повідомлення про потребу у допомозі. Результати дослідження можуть слугувати теоретичною основою для розроблення психоедукаційних та антистигматизаційних програм. Їхній зміст доцільно диференціювати залежно від форми стигми та рівня формування бар'єра. Заходи, спрямовані на зменшення суспільної стигми, мають передбачати коригування стереотипних уявлень, підвищення соціальної прийнятності звернення та зменшення дистанціювання щодо осіб, які отримують психологічну допомогу. Робота із самотигматизацією повинна бути орієнтована на зміну негативного самоставлення, нормалізацію потреби у професійній підтримці та узгодження звернення з уявленнями людини про особисту компетентність і відповідальність за власне психічне здоров'я. Запропонована систематизація може бути використана під час підготовки інформаційних кампаній у сфері психічного здоров'я. Такі кампанії не мають обмежуватися поширенням відомостей про симптоми та доступні послуги. Доцільно також пояснювати, що звернення є одним зі способів відповідального реагування на психологічні труднощі, а потреба у професійній підтримці не свідчить про слабкість, ненадійність або нездатність самотійно приймати рішення. Важливо надавати конкретну інформацію про порядок отримання допомоги, принципи конфіденційності, кваліфікацію фахівців і можливі формати консультацій. Практичне застосування результатів можливе також на організаційному рівні. Визначена роль довіри до фахівців, конфіденційності та побоювань щодо професійних наслідків обґрунтовує необхідність чіткого розмежування психологічної допомоги, службового оцінювання та кадрового контролю. Працівники мають отримувати зрозумілу інформацію про порядок звернення, межі конфіденційності, способи зберігання даних та випадки, у яких інформація може бути передана третім особам. Невизначеність щодо цих процедур здатна посилювати очікувану стигму навіть за позитивного ставлення до психологічної підтримки. Запропоновані положення можуть бути враховані під час організації психологічних служб у закладах освіти, охорони здоров'я, секторі безпеки й оборони, правоохоронних органах та інших професійних середовищах, у яких звернення може пов'язуватися із загрозою репутації або сумнівами щодо професійної придатності. У таких умовах особливого значення набувають можливість конфіденційного запису, доступність альтернативних форматів допомоги, відсутність необґрунтованого інформування керівництва та чітке відокремлення підтримувальних заходів від оцінювальних процедур. Результати можуть бути адаптовані до роботи з військовослужбовцями, працівниками сектору безпеки й оборони, медичними працівниками, студентською молоддю, педагогами та представниками інших груп, у яких нормативно підкреслюються самодостатність, емоційний контроль і здатність діяти в умовах значного навантаження. Водночас зміст програм має враховувати специфіку професійного середовища, реальні ризики розголошення інформації та

доступні способи отримання допомоги. Запропонована модель може бути використана також під час розроблення програм емпіричного дослідження бар'єрів звернення. Вона визначає основні групи змінних, які доцільно оцінювати окремо: суспільну, сприйняту, очікувану та пережиту стигму, самостигматизацію, ставлення до допомоги, намір звернутися, фактичне користування послугами й організаційні умови. Таке розмежування дає змогу уникнути отождоження позитивного ставлення з реальною поведінкою та точніше оцінювати результативність антистигматизаційних заходів. Отже, практична цінність дослідження полягає не у пропонуванні універсального способу усунення стигми, а у створенні теоретично обґрунтованої основи для диференційованої роботи із суспільними установками, очікуваними реакціями оточення, негативним самооцінюванням та організаційними умовами отримання професійної психологічної допомоги.

Висновки

Проведене дослідження дало змогу теоретично обґрунтувати суспільну стигму та самостигматизацію як взаємопов'язані, але змістовно відмінні бар'єри звернення за професійною психологічною допомогою. Суспільна стигма визначає соціально-нормативний контекст, у якому формуються й підтримуються стереотипні уявлення про психологічні труднощі та отримання професійної підтримки. Самостигматизація пов'язана із застосуванням відповідних установок до оцінювання себе, власного стану та потреби у допомозі, унаслідок чого звернення може сприйматися як ознака слабкості, недостатньої самостійності або невідповідності соціальним і професійним очікуванням. Уточнено понятійні відмінності між суспільною стигмою психічних розладів і суспільною стигмою звернення за психологічною допомогою, а також між самостигматизацією психічного розладу та самостигматизацією звернення. Показано, що негативне ставлення до власної потреби у професійній підтримці може виникати й за відсутності встановленого психічного розладу. За характером індивідуального психологічного досвіду розмежовано сприйняту, очікувану та пережиту стигму. Інтеріоризацію негативних суспільних установок визначено як можливу, але не обов'язкову передумову формування самостигматизації. Звернення за професійною психологічною допомогою представлено як процес, що охоплює шість аналітично розмежованих етапів: усвідомлення психологічних труднощів, визнання потреби у професійній підтримці, формування ставлення до допомоги, виникнення наміру звернутися, фактичне звернення та подальше користування психологічними послугами. Значення стигматизаційних бар'єрів змінюється залежно від етапу. На початкових етапах вони можуть впливати на розпізнавання й інтерпретацію власного стану; під час формування ставлення та наміру – на особисту прийнятність допомоги й очікування реакцій оточення; на етапах фактичного звернення і подальшого користування послугами їхній вплив поєднується з організаційною доступністю, довірою до фахівців, упевненістю у конфіденційності та досвідом професійної взаємодії. Чинники, які можуть посилювати або послаблювати стигматизаційні бар'єри, систематизовано в чотири групи: соціокультурні, міжособистісні, індивідуально-психологічні та організаційні. Таке розмежування показує, що уникнення психологічної допомоги не можна пояснювати лише недостатньою обізнаністю або особистими переконаннями. Воно формується внаслідок взаємодії суспільних норм, реакцій значущого оточення, особливостей самооцінки, попереднього досвіду отримання допомоги та реальних умов доступу до психологічних послуг. На підставі проведеного аналізу обґрунтовано теоретичну модель, відповідно до якої суспільна стигма визначає зміст поширеного негативного оцінювання, сприйнята й очікувана стигма відображають суб'єктивне оцінювання людиною соціального середовища та можливих наслідків звернення, а інтеріоризація відповідних установок може сприяти формуванню самостигматизації. Самостигматизація пов'язана зі

ставленням до професійної допомоги та наміром звернутися, проте фактична поведінка залежить також від вираженості психологічних труднощів, усвідомлення потреби у підтримці, доступності послуг і можливості реалізувати сформований намір. Запропонована модель має аналітичний характер і не передбачає автоматичного або універсального причинного переходу між її складниками. Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання під час первинного психологічного консультування, розроблення психоедукаційних і антистигматизаційних програм, підготовки інформаційних кампаній та організації психологічних служб. Заходи мають бути спрямовані не лише на підвищення обізнаності у сфері психічного здоров'я, а й на зменшення очікування негативного оцінювання, опрацювання самотигматизації, зміцнення довіри до фахівців, забезпечення конфіденційності та спрощення процедури отримання допомоги. Перспективи подальших досліджень полягають в емпіричній перевірці запропонованої моделі на українських вибірках, операціоналізації окремих форм стигми та визначенні їхнього внеску у формування ставлення, наміру й фактичної поведінки звернення. Доцільним є також вивчення відмінностей між соціальними та професійними групами, перевірка ролі самотигматизації й оцінювання результативності багатокomпонентних антистигматизаційних втручань.

Список використаних джерел

1. Клименко І. С., Бовтун О. В., Горлачук Я. О., Депутатов В. О., Галадза М. В. Оцінка потреби у психологічній допомозі серед військовослужбовців та бар'єри звернення. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. Том. 12. № 4(30). С. 490–503. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-05>
2. Awan, M., Boyce, M. A. & Lindsay, B. L. Mental health literacy and help-seeking: the mediating role of self-stigma and emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. Art. 1589093. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1589093>
3. Baek C. H., Kim H. J., Park H. Y., Seo H. Y., Yoo H., Park J. E. Influence of Biogenetic Explanations of Mental Disorders on Stigma and Help-Seeking Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean medical science*. 2023. Vol. 38(3). e25. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e25>
4. Bannatyne A. J., Jones C., Craig B. M., Jones D., Forrest K. A systematic review of mental health interventions to reduce self-stigma in medical students and doctors. *Frontiers in medicine*. 2023. Vol. 10. Art. 11204274. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1204274>
5. Bora S., Biswal B., Gandhi Y., Iyengar S., Velleman R., Singla D. R., Patel V., Pacheco M. G., Nalawade N., Nadkarni A. Interventions to improve mental health help-seeking attitudes, intentions and behaviors: A systematic review of recent advances. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2026. Vol. 13. Art. e85. <https://doi.org/10.1017/gmh.2026.10183>
6. Crockett M. A., Núñez D., Martínez P., Borghero F., Campos S., Langer Á. I., Carrasco J., Martínez V. Interventions to Reduce Mental Health Stigma in Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025. Vol. 8. No. 1. Art. e2454730. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54730>
7. Du N., Chong E. S. K., Wei D., Liu Z., Mu Z., Deng S., Huang Y. T. Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2023. Vol. 332. P. 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.013>
8. Dubreucq J., Plasse J., Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*. 2021. Vol. 47(5). P. 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>

9. Gaschet M., Suvalo O., Klymchuk V. Mental health stigma in Ukraine over time: a cross-sectional study. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2025. Vol. 12. Art. e49. <https://doi.org/10.1017/gmh.2025.40>
10. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report: April 2025 / World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025. 50 p. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-6904-46670-80597> (дата звернення: 31.07.2026).
11. Juergensen V., Peter L.-J., Steyrl D., Lor C. S., Bui A. P., McLaren T., Muehlan H., Tomczyk S., Schmidt S., Schomerus G. The help-seeking process and predictors of mental health care use among individuals with depressive symptoms: a machine learning approach. *Front. Public Health*. 2024. Vol. 12. Art. 1504720. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1504720>
12. Lushchak O., Velykodna M., Deputatov V., Strilbytska O. Mental health help-seeking behavior among Ukrainian adults during the 2nd year of the 2022 Russian invasion: a cross-sectional study. *Front. Psychol.* 2026. Vol. 17. Art. 1793954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1793954>
13. Ma K. K. Y., Burn A. M., Anderson J. K. Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking – a systematic review. *Child and adolescent mental health*. 2023. Vol. 28(3). P. 408–424. <https://doi.org/10.1111/camh.12609>
14. McCulloch S. P., Scrivano R. M. The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2023. Vol. 100. 102242. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102242>
15. Ni S., Cong S., Feng J., Sun X., Xie H., Han J., Wu Y., Wang M., Zhang A. Interventions to improve mental help-seeking behaviours in individuals with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2025. Vol. 25(1). No. 1. Art. 528. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06976-0>
16. Peter L. J., Schindler S., Sander C., Schmidt S., Muehlan H., McLaren T., Tomczyk S., Speerforck S., Schomerus G. Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological medicine*. 2021. Vol. 51(5). P. 716–726. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000854>
17. Quirke E., Klymchuk V., Suvalo O., Bakolis I., Thornicroft G. Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Global Mental Health*. 2021. Vol. 8. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.9>
18. Roche E., Richardson N., Sweeney J., O'Donnell S. Workplace Interventions Targeting Mental Health Literacy, Stigma, Help-Seeking, and Help-Offering in Male-Dominated Industries: A Systematic Review. *American journal of men's health*. 2024. Vol. 18. No. 2. Art. 15579883241236223. <https://doi.org/10.1177/15579883241236223>
19. Song N., Hugh-Jones S., West R. M., Pickavance J., Mir G. The effectiveness of anti-stigma interventions for reducing mental health stigma in young people: A systematic review and meta-analysis. *Global mental health (Cambridge, England)*. 2023. Vol. 10. e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.34>
20. Vogel D. L., Zhao N., Vidales C. A., Al-Darmaki F. R., Baptista M. N., Brenner R. E., Ertl M. M., Liao H. Y., Mak W. W. S., Rubin M., Schomerus G., Şahin E., Topkaya N., Wang Y. F. Interdependent stigma of seeking mental health services: Examining a new scale across eight countries/regions. *Journal of counseling psychology*. 2024. Vol. 71(5). P. 356–368. <https://doi.org/10.1037/cou0000757>
21. Yu B. C. L., Chio F. H. N., Chan K. K. Y., Mak W. W. S., Zhang G., Vogel D., Lai M. H. C. Associations between public and self-stigma of help-seeking with help-seeking attitudes and intention: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Journal of counseling psychology*. 2023. Vol. 70(1). P. 90–102. <https://doi.org/10.1037/cou0000637>

References

1. Klymenko I. S., Bovtun, O. V., Horlachuk, Ya. O., Deputatov, V. O., & Haladza, M. V. (2025). Otsinka potreby u psykholohichnii dopomozi sered viiskovoslužbiv ta bariery zvernennia [Assessing the need for psychological assistance among military personnel and barriers to seeking help]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 12(4), 490–503. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-05>
2. Awan, M., Boyce, M. A. & Lindsay, B. L. (2025) Mental health literacy and help-seeking: the mediating role of self-stigma and emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*. 16, 1589093. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1589093>
3. Baek, C. H., Kim, H. J., Park, H. Y., Seo, H. Y., Yoo, H., & Park, J. E. (2023). Influence of Biogenetic Explanations of Mental Disorders on Stigma and Help-Seeking Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean medical science*, 38(3), e25. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e25>
4. Bannatyne, A. J., Jones, C., Craig, B. M., Jones, D., & Forrest, K. (2023). A systematic review of mental health interventions to reduce self-stigma in medical students and doctors. *Frontiers in medicine*, 10, 1204274. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1204274>
5. Bora, S., Biswal, B., Gandhi, Y., Iyengar, S., Velleman, R., Singla, D. R., Patel, V., Pacheco, M. G., Nalawade, N., & Nadkarni, A. (2026). Interventions to improve mental health help-seeking attitudes, intentions and behaviors: A systematic review of recent advances. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 13, e85. <https://doi.org/10.1017/gmh.2026.10183>
6. Crockett, M. A., Núñez, D., Martínez, P., Borghero, F., Campos, S., Langer, Á. I., Carrasco, J. & Martínez, V. (2025). Interventions to Reduce Mental Health Stigma in Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 8(1), e2454730. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54730>
7. Du, N., Chong, E. S. K., Wei, D., Liu, Z., Mu, Z., Deng, S., & Huang, Y. T. (2023). Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 332, 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.013>
8. Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
9. Gaschet M., Suvalo O. & Klymchuk V. (2025). Mental health stigma in Ukraine over time: a cross-sectional study. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 12, e49. <https://doi.org/10.1017/gmh.2025.40>
10. World Health Organization, Regional Office for Europe (2025). *Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report. April 2025*. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-6904-46670-80597>
11. Juergensen, V., Peter, L.-J., Steyrl, D., Lor, C. S., Bui, A. P., McLaren, T., Muehlan, H., Tomczyk, S., Schmidt, S. & Schomerus, G. (2024). The help-seeking process and predictors of mental health care use among individuals with depressive symptoms: a machine learning approach. *Front. Public Health*. 12, 1504720 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1504720>
12. Lushchak, O., Velykodna, M., Deputatov, V. & Strilbytska, O. (2026) Mental health help-seeking behavior among Ukrainian adults during the 2nd year of the 2022 Russian invasion: a cross-sectional study. *Front. Psychol*. 17, 1793954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1793954>
13. Ma, K. K. Y., Burn, A. M., & Anderson, J. K. (2023). Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking – a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 28(3), 408–424. <https://doi.org/10.1111/camh.12609>
14. McCulloch, S. P., & Scrivano, R. M. (2023). The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 100, 102242. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102242>

15. Ni, S., Cong, S., Feng, J., Sun, X., Xie, H., Han, J., Wu, Y., Wang, M., & Zhang, A. (2025). Interventions to improve mental help-seeking behaviours in individuals with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 25(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06976-0>
16. Peter, L. J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlan, H., McLaren, T., Tomczyk, S., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological medicine*, 51(5), 716–726. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000854>
17. Quirke, E., Klymchuk, V., Suvalo, O., Bakolis, I., & Thornicroft, G. (2021). Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Global Mental Health*, 8, e11. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.9>
18. Roche, E., Richardson, N., Sweeney, J., & O'Donnell, S. (2024). Workplace Interventions Targeting Mental Health Literacy, Stigma, Help-Seeking, and Help-Offering in Male-Dominated Industries: A Systematic Review. *American journal of men's health*, 18(2), 15579883241236223. <https://doi.org/10.1177/15579883241236223>
19. Song, N., Hugh-Jones, S., West, R. M., Pickavance, J., & Mir, G. (2023). The effectiveness of anti-stigma interventions for reducing mental health stigma in young people: A systematic review and meta-analysis. *Global mental health (Cambridge, England)*, 10, e39. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.34>
20. Vogel, D. L., Zhao, N., Vidales, C. A., Al-Darmaki, F. R., Baptista, M. N., Brenner, R. E., Ertl, M. M., Liao, H. Y., Mak, W. W. S., Rubin, M., Schomerus, G., Şahin, E., Topkaya, N. & Wang, Y. F. (2024). Interdependent stigma of seeking mental health services: Examining a new scale across eight countries/regions. *Journal of counseling psychology*, 71(5), 356–368. <https://doi.org/10.1037/cou0000757>
- 21 Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Chan, K. K. Y., Mak, W. W. S., Zhang, G., Vogel, D., & Lai, M. H. C. (2023). Associations between public and self-stigma of help-seeking with help-seeking attitudes and intention: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Journal of counseling psychology*, 70(1), 90–102. <https://doi.org/10.1037/cou0000637>