

МАРИЯ Е. ГЛУХОВА¹

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия
ORCID: 0000-0002-5135-092X

«Либо фигня, либо капец»: кросс-культурный анализ опыта депрессии студентов из Санкт-Петербурга и Хельсинки

doi: 10.22394/2074-0492-2022-4-182-209

Резюме:

Несмотря на то что в последние годы депрессия становится одним из самых распространенных заболеваний в мире и существенно ухудшает качество жизни, многие люди, столкнувшись с ее симптомами, не обращаются к врачу и остаются без лечения. Одной из причин избегания медицинской помощи при депрессии может быть страх стигматизации. Ввиду разной степени распространенности стереотипов и предубеждений о психических заболеваниях и способах их лечения в разных культурах, представляется интересным сравнить опыт столкновения со стигмой в нескольких странах. В данном исследовании рассматривается влияние культурного контекста на опыт стигматизации студентов из Санкт-Петербурга и Хельсинки. Сбор данных проводился в 2019–2020 гг. с использованием двух методов: глубинных интервью и автобиографий. Диверсификация методов позволила увеличить отклик информантов в Финляндии. Анализ полученных данных был выполнен в технике тематического кодирования Уве Флика, разработанной для сравнения двух и более групп информантов. Результаты исследования показали, что финский социокультурный контекст был более дружелюбен по отношению к студентам с депрессией: участники из Хельсинки отмечали снижение стигматизации вокруг этого состояния в последнее время. Обращение к врачу было для них способом снизить стигматизацию, продемонстрировав окружающим попытки бороться с болезнью. В Санкт-Петербурге студенты боялись стигматизации, связанной с обращением за медицинской помощью, и откладывали поход к врачу. Им было сложнее, чем финским студентам, рассказать о своем состоянии близким, особенно родственникам. Раскрывая факт депрессии окружающим, участники из Санкт-Петербурга задействовали различные стратегии борьбы со стигмой.

182

1 Глухова Мария Евгеньевна — аспирантка Европейского университета в Санкт-Петербурге. Научные интересы: социология психиатрии и психического здоровья, социология эмоций, гендерная социология, критические исследования мужчин и маскулинностей. E-mail: mglukhova@eu.spb.ru

Ключевые слова: депрессия, кросс-культурный анализ, стигматизация, студенты

Maria E. Glukhova¹

European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

“Either Bullshit or You’re Screwed”: A Cross-Cultural Analysis of the Experience of Stigmatizing Students with Depression in St. Petersburg and Helsinki

Abstract:

Even though depression has become one of the most common diseases in the world and significantly worsens the quality of life, many people who encounter its symptoms do not seek professional help and remain without treatment. One reason for avoiding medical care for depression could be the fear of stigmatization. Considering the varying levels of stereotypes and prejudices about mental illness and how it is treated in different cultures, it is interesting to compare the experience of dealing with stigma in several countries. This study examines the influence of the cultural context on the experience of stigmatization of students from St. Petersburg and Helsinki. Data collection was carried out in 2019-2020 using in-depth interviews and autobiographies. The diversification of collection methods has increased the response of informants in Finland. The analysis of the obtained data was carried out using the Uwe Flick thematic coding technique which was developed to compare two or more groups of informants. The results of the study showed that the Finnish socio-cultural context was more friendly towards students with depression: participants from Helsinki noted a decrease in stigma around this condition in recent years. Seeking professional help was a way to reduce stigma by showing others that they are fighting the disease. In St. Petersburg, students feared the stigma associated with seeking medical help and put off going to a therapist. It was more difficult for them than for Finnish students to tell their relatives about their condition. In revealing the fact of depression to others, participants from St. Petersburg used various strategies to combat stigma.

183

Keywords: depression, cross-cultural analysis, stigmatization, students

В последние годы депрессия становится одним из самых распространенных заболеваний в мире: согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2017 году этот диагноз затронул 264 миллиона человек во всем мире [James et al. 2018]. Несмотря на то что депрессия существенно ухудшает качество жизни [Ibid.],

1 Glukhova Maria Evgenievna — post-graduate student of the European University at St. Petersburg. Research interests: sociology of psychiatry and mental health, sociology of emotions, gender sociology, critical studies of men and masculinities. E-mail: mglukhova@eu.spb.ru

многие люди не обращаются к врачу при появлении депрессивных симптомов [Barbui & Tansella 2006]. По оценкам ВОЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода эта цифра может достигать 76–85% [WHO]. Одной из причин избегания медицинской помощи при депрессии может быть стигма, существующая как в целом вокруг психических заболеваний [Thornicroft 2008], так и вокруг конкретных способов поиска помощи [Conner et al. 2010; Owen, Thomas & Rodolfa 2013].

Считается, что стигма — одна из основных причин неравенства в области здравоохранения [Hatzenbuehler, Phelan & Link 2013]. Заболевания и нетрудоспособность сами по себе накладывают существенные ограничения на жизнь человека, и стигма представляет собой дополнительное бремя, усиливающее трудности, с которыми сталкиваются стигматизированные из-за заболеваний люди. Стигма вокруг психических заболеваний стала причиной возникновения многочисленных форм дискриминации людей с ментальными особенностями, основанной на ограничении доступа к ресурсам в сфере трудоустройства, оплаты труда, образования и здравоохранения [см., например: Link et al. 2004; Livingston & Boyd 2010; Mak et al. 2007].

184

С начала 2000-х годов в социологии и психологии отмечается стабильный рост исследований, посвященных рассмотрению различных видов стигмы, связанной с психическими заболеваниями [Fox et al. 2018]. Было показано, что стигма негативно влияет на благополучие и удовлетворенность жизнью среди людей с психическими заболеваниями [Markowitz 1998] и усугубляет симптоматические проявления болезни [Livingston & Boyd 2010]. Ряд исследований, посвященных взаимосвязи стигматизации и поиска помощи при депрессии, предоставляли противоречивые результаты, указывающие как на восприятие стигмы как значительное препятствие к обращениям за помощью [Bagney et al. 2006], так и на отсутствие взаимосвязи между этими переменными [Schomerus, Matschinger & Angermeyer 2009]. Значительное количество исследований было посвящено анализу рассмотрения степени распространенности дискриминации и стереотипов (см., например: Pescosolido et al. 2008; Wang & Lai 2008; Tzouvara, Papadopoulos & Randhawa 2016; Seeman et al. 2016). Однако субъективный опыт переживания стигмы гораздо реже становится предметом исследований и на сегодняшний день остается малоизученным [Fox et al. 2018]. Немногочисленные качественные исследования сравнивают опыт стигматизации людей с разными психическими заболеваниями [Dinos et al. 2004] и опыт дискриминации в разных социальных контекстах [Lakeman et al. 2012; Hansson, Stjernswärd & Svensson 2014; Hamilton et al. 2016]. Например, в одном из недавних исследований авторы в ходе фокус-

групп с людьми с разными психическими заболеваниями анализируют иерархию стигматизирующих ярлыков и стратегии противостояния стигме, которые используют эти люди [Nuggett et al. 2018].

Существует относительно мало социологических исследований, помещающих опыт стигматизации из-за психического заболевания в сравнительный контекст. Из-за недостатка внимания к проблеме опыта переживания депрессии со стороны отечественной социологии субъективный опыт стигматизации людей, столкнувшихся с этим заболеванием в России, практически не изучен. Представленное исследование нацелено на заполнение этих пробелов посредством выявления влияния социокультурного контекста на различные аспекты опыта стигматизации депрессии, а также на рассмотрение сходств и отличий переживаемой и ожидаемой (experienced and anticipated) стигматизации, с которой сталкиваются студенты с депрессией в разных социокультурных контекстах.

В данном исследовании предлагается сравнить опыт стигматизации студентов из двух стран — России и Финляндии. С одной стороны, статистика фиксирует приблизительно равный уровень депрессии в этих двух странах: 5,5% в России и 5,6% в Финляндии [WHO 2017]. С другой стороны, в рассматриваемых социокультурных контекстах действуют разные эмоциональные режимы, которые влияют на то, как эмоции (в том числе связанные с депрессией) выражаются и интерпретируются [Thoits 1989; Illouz, Gilon & Shachak 2014]. Терапевтический поворот [Furedi 2004] в Финляндии происходит раньше, что выражается в активном развитии индустрии счастья и самопомощи, а также в широком распространении психологического дискурса [Salmenniemi 2016; Tiaynen-Qadir 2019]. В России этот процесс начинается позднее и опосредуется сильным влиянием советского наследия, что приводит к формированию специфической формы эмоциональной культуры, которую Юлия Лернер характеризует как «эмоциональный социализм» [Lerner 2015]. По ее мнению, современная терапевтическая эмоциональная культура России не является результатом распространения психологического знания среди широких слоев населения, а формируется под влиянием как западных терапевтических дискурсов, так и русского и советского культурного бэкграунда.

В свою очередь, Санкт-Петербург и Хельсинки могут выступать объектами сравнения исходя из общности нескольких релевантных характеристик. Во-первых, это крупные города, которые аккумулируют большие потоки людей и финансов и предоставляют разнообразные возможности для лечения депрессии (включая государственные и частные институты здравоохранения). Во-вторых, эти города являются центрами образовательной миграции вследствие локализации нескольких крупных университетов. Наконец, они

обладают схожим географическим положением и климатическими условиями, что также является немаловажным в случае изучения депрессии.

Определим используемое в статье понятие стигмы. И. Гофман определяет стигму как постыдное качество индивида, нечто, образующее «особый тип несоответствия между виртуальной и истинной социальной идентичностью» [Гофман 2001: 3]. Со времени первой публикации его влиятельной работы понятие стигмы неоднократно подвергалось пересмотру и уточнению. Высокие темпы прироста эмпирического знания привели к отсутствию последовательности в операционализации понятия стигмы и согласованности используемого инструментария [Fox et al. 2018]. Высказываются опасения, что это понятие утратило аналитическую ценность из-за отсутствия ясности и разницы в употреблении [Pescosolido & Martin 2015]. Концептуализация стигмы в представленном исследовании основана на концепции Энни Фокс и коллег [Fox et al. 2018] — *Mental Illness Stigma Framework*. Согласно этой теории, психическое заболевание понимается как культурно обусловленная негативно маркируемая идентичность. Данное исследование сосредоточено на двух типах стигмы: переживаемой и предполагаемой (experienced and anticipated). Согласно определению, данному Э. Фокс и ее коллегами, *переживаемая стигма* — это опыт столкновения со стереотипами, предубеждениями и дискриминацией в прошлом или настоящем. *Предполагаемая стигма* — это степень, в которой человек с депрессией ожидает стать целью стереотипов, предубеждений и дискриминации в будущем. Вслед за этими исследователями, стереотипы в представленном исследовании операционализируются как несправедливые суждения о депрессии и людях, которые с ней столкнулись, предубеждения — как негативная реакция, основанная на этих стереотипах, и, наконец, дискриминация — как несправедливое поведение, направленное на человека с соответствующим диагнозом или самоидентификацией. В данном исследовании стереотипы, предубеждения и дискриминация определяются исходя из субъективной оценки информантов. В этом случае внутренняя перспектива, точка зрения стигматизируемого дает возможность уточнить, какие суждения студенты с депрессией считают стереотипными, и какое поведение воспринимают как несправедливое, дискриминационное.

Так как в рамках исследования депрессия понимается прежде всего как идентичность, обладание формальным психиатрическим диагнозом не является необходимым условием для участия в проекте. Однако его наличие или отсутствие предположительно может повлиять на опыт стигматизации, которой подвергается человек с депрессией. В предыдущей литературе в исследования опыта

стигматизации включались в основном люди, имеющие диагноз либо находящиеся в поиске лечения. Особенности опыта стигматизации людей на основании их самоидентификации как страдающих от депрессии остаются малоизученными. В данном исследовании студенты без медицинского диагноза рассматриваются как отдельная подгруппа и сравниваются со студентами, обладающими медицинским подтверждением депрессии.

Методология

Сбор данных

Данные для анализа были собраны в 2019/20 году в Санкт-Петербурге и Хельсинки. Всего в исследовании приняли участие 36 информантов (22 из России, 14 из Финляндии). Неравное количество интервью обусловлено трудностями проникновения в поле в Финляндии, которые объясняются двумя факторами. В первую очередь депрессия часто связана с сензитивным опытом, и положение аутсайдера (иностранного студента по обмену) могло повлиять на доверие к исследованию и желание потенциальных информантов участвовать. Этот фактор частично нивелировался сотрудничеством с национальной организацией по защите психического здоровья студентов *Nyyti ry* в поиске информантов (в частности, приглашения к участию в проекте были размещены на страницах организации в Facebook и Instagram, а также распространялись среди участников различных активистских групп, связанных с *Nyyti*). Еще одной платформой поиска информантов были группы поддержки людей с депрессией, где также были размещены объявления. Помимо этого, исследование проводилось на английском языке, и затруднение в его использовании со стороны информантов было источником дискомфорта в ситуации интервью и ограничивало круг потенциальных информантов (хотя английский язык крайне распространен в Финляндии — по данным Евробарометра, в 2012 году на нем говорили 70% финнов [Special Eurobarometer 2012]). В связи с этим сбор данных в Финляндии проводился с использованием полуструктурированных глубинных интервью и с написанием кратких автобиографий с использованием адаптированных вопросов из гайда. В России данные были собраны только посредством проведения интервью, а приглашения к участию были размещены в студенческих группах Санкт-Петербурга в социальных сетях. В обеих странах эти способы формирования выборки были дополнены методом «снежного кома»: участникам после интервью было предложено рассказать об исследовании своим знакомым, которым может быть интересно принять в нем участие, и поделиться их контактами.

Критериями включения в выборку были наличие медицинского диагноза или самостоятельного определения собственного опыта как депрессии, а также локализация депрессивного периода во время получения высшего образования. Все информанты из Хельсинки на момент проведения сбора данных были студентами университетов, в то время как двое опрошенных из Санкт-Петербурга завершили обучение и трое — временно его прервали. Средний возраст участников исследования в России — 23 года, в Финляндии — 25 лет при возрастном диапазоне от 18 до 30 лет в России и от 20 до 35 лет в Финляндии. В обеих выборках женщины представлены лучше, чем мужчины: среди информантов из Санкт-Петербурга было 16 женщин и 6 мужчин, а в Хельсинки участие в исследовании приняли 3 мужчин и 11 женщин. Гендерный разрыв в составе участников исследования может быть объяснен как меньшим уровнем диагностирования депрессии у мужчин [Ritchie & Roser 2018], так и следствием трудностей распознавания депрессии [Wagren 1983] и редкостью обращения к врачу с депрессивными симптомами [Möller-Leimkühler 2002; O'Brien, Hunt, Hart 2005] среди мужского населения, в связи с чем мужчины гораздо реже откликались на объявления об исследовании. В Финляндии все участники исследования имели медицинский диагноз, в то время как в России половина опрошенных самостоятельно идентифицировали свой опыт как депрессию.

Во время нахождения в поле я позиционировала себя как члена студенческого сообщества, обладающего схожим жизненным опытом. Таким образом, я пыталась найти баланс между близостью и дистанцией, необходимый при исследовании сензитивных тем. При проведении интервью соблюдались основные этические принципы информированного согласия, избегания вреда и предоставления конфиденциальности. Я предупреждала участников о том, что не являюсь врачом или психологом, и интервью не носит терапевтический характер.

Анализ данных

Для ответа на исследовательский вопрос было решено использовать метод тематического кодирования, предложенный Уве Фликом [Flick 2009]. Его метод исходит из предпосылки о множественности социальных реальностей и соответствует конструктивистской эпистемологической позиции в исследовании. Техника тематического кодирования была разработана для проведения сравнительного анализа качественных данных, в которых группы для сравнения предзаданы в соответствии с исследовательским вопросом. В случае данного исследования это группы студентов из Санкт-Петер-

бурга и Хельсинки, а также подгруппы студентов с медицинским диагнозом и без него. Цель метода — выявить различные взгляды на процессы и феномены, распространенные в разных группах, и специфические способы их понимания и переживания [Flick 2009: 318]. В данном исследовании были составлены тематические структуры для трех исследуемых групп: студенты из Санкт-Петербурга с медицинским диагнозом, студенты из Санкт-Петербурга без медицинского диагноза и студенты из Хельсинки. На первом этапе анализа сравнивались тематические структуры интервью со студентами из России в зависимости от наличия диагноза, затем полученные выводы сопоставлялись с результатами тематического анализа интервью с участниками из Финляндии.

Результаты

Студенты из Санкт-Петербурга с медицинским диагнозом и без него

Тематические структуры интервью со студентами из Санкт-Петербурга с диагнозом и без него в целом можно назвать схожими. Были обнаружены несколько пересекающихся тем, в том числе: ожидаемая стигматизация как препятствие к поиску помощи, конфликт поколений в интерпретации депрессии и национальные особенности депрессии. Дальнейший анализ различий в тематической структуре двух групп указывает на важность установления медицинского диагноза с точки зрения процесса стигматизации. Для интерпретации этой находки используется понятие «моральной карьеры пациента» И. Гоффмана и сравнение с «карьерой депрессивного пациента», разработанной в исследовании Дэвида Карпа [1994].

189

Важной характеристикой российского контекста является представление о депрессии как о «модном диагнозе». Сами информанты приписывали своим ровесникам злоупотребление понятием депрессии в обыденном понимании — в качестве обозначения переходящего состояния грусти и временного уныния. Также информанты отмечали, что нередко депрессия для молодых людей выступает как субкультура, включающая демонстративное, направленное на других поведение и определенные внешние атрибуты. Это представление появилось, по мнению участников исследования, еще в 2010-х, когда они были подростками, но в какой-то степени продолжает существовать и сейчас. В этом случае, по мнению опрошенных студентов, для некоторых молодых людей депрессия становится индульгенцией на совершение неодобряемых поступков (прогулы учебы, конфликты со старшими и пр.).

Также понимание депрессии как субкультуры формировало соответствующий образ человека, страдающего этим заболеванием, который включал определенные модели поведения, дресс-код и другие символические атрибуты. Эстетика депрессии, воспроизводящаяся в том числе в интернете, становилась привлекательной для молодого поколения:

Ну стереотипы о депрессии — это всякие мрачные паблики с такой полуготической символикой, где девушки либо непонятные нимфетки, либо, наоборот, грустные барышни, анорексички, режущие себе вены. Это, с одной стороны, эстетизируется, и многие подростки на это подсаживаются. Либо это, наоборот, высмеивается, и высмеивается, что люди на самом деле не хотят ничего [делать со своим состоянием], и хотят нить (ИНФ.17).

Эта своеобразная «мода на депрессию», которую информанты из Санкт-Петербурга замечали среди поколения своих ровесников, приводила к страху обесценивания своих психических проблем внешним миром и стремлению скрыть депрессию от окружающих. Студенты, принявшие участие в исследовании, боялись, что другие сочтут их «ищущими внимания» и не отнесутся к их словам серьезно.

190

Вообще тема ожидаемой стигматизации, препятствующей поиску помощи, была одной из наиболее крупных тем, выявленных в результате анализа. Характеризуя современное российское общество в целом, студенты из Санкт-Петербурга, вне зависимости от предпринятого ими лечения, негативно оценивали отношение общества к депрессии. Например, ИНФ.10 замечает, что тема депрессии в нашем обществе замалчивается:

И я сейчас знаю некоторых людей с нашего факультета, которые тоже прошли через это, которые прошли через депрессию, и для меня это шок, потому что никто ни о чем не говорит, это тишина, это такая стигма, такое табу, что просто об этом никто ничего не слышит, вот так вот уйдет человек — и никто не поймет, почему он ушел, потому что никто не знал, что он болеет (ИНФ.10).

Информанты предполагали, что могут столкнуться со стигматизацией депрессии как в контексте семьи и близких отношений, так и в контексте институтов здравоохранения и образования, а также в сфере трудовых отношений. Этот страх способствовал откладыванию поиска помощи и попыток справиться со своим состоянием привычными способами управления стрессом. Для части информантов самостоятельное преодоление депрессии завершилось успешно — через некоторое время они почувствовали себя лучше и заметили, что депрессивный период закончился. Свои ментальные проблемы они предпочитали скрывать от близких, боясь быть отвергнутыми:

В магистратуре у меня были, и сейчас есть, близкие друзья, но при этом я не хочу им эти проблемы рассказывать, потому что я боюсь, что это их как-то оттолкнет, или они не поймут — они молодые, веселые, зазорные. Я могу в шутку что-то рассказать, но в целом — нет. Ну и в аспирантуре мы общаемся в основном о науке, о каких-то там общих проблемах университетских, а прямо о таком личном, сокровенном, у нас никто не говорит. Поэтому не рассказывала (ИНФ.17).

Для другой части студентов из Санкт-Петербурга самостоятельное преодоление депрессии оказалось не таким успешным. Без медицинской помощи их состояние ухудшалось, и, несмотря на свои страхи, они были вынуждены обратиться к врачу. Одним из самых распространенных ожиданий при обращении в медицинские институты было столкнуться с обесцениванием психических проблем, с которыми студенты пришли за помощью, а также с негативными последствиями лечения:

Я считала, что меня упекут в психушку, что меня поставят на учет, такое вот советское, никакого учета нет на самом деле. Что это отразится на моей карьере, личной жизни. Во-вторых, что врач может быть некомпетентным, что она сейчас меня закормит какими-нибудь таблетками и на этом все. Ну и третье, что она мне просто скажет: «Поднимайся и уходи отсюда, потому что ты все себе напридумывала, ты мне врешь» (ИНФ.10).

191

Вопреки своим ожиданиям, оказавшись внутри российской системы психиатрической помощи, студенты, как правило, не сталкивались со стигматизацией со стороны медицинского персонала и часто положительно оценивали свой опыт лечения. Предвзятое отношение и несправедливые оценки ждали обратившихся к врачу информантов со стороны родных и близких людей. Стереотипы и предубеждения, исходившие от членов семьи (чаще всего родителей), были связаны со страхом перед медицинскими диагнозами, а также предполагаемыми последствиями лечения депрессии (как институциональными — сложность в устройстве на работу, так и физиологическими — зависимость от антидепрессантов). Например, ИНФ.10 так описывает реакцию своей матери на ее признание:

И на свою голову, потому что мне было очень плохо, я решила поделиться этим с мамой. Ну и что сказала мама, там понятно, что она начала рыдать, она начала кричать, что «Ты псих!» и все не так. Когда она успокоилась, она сказала: «Не смей пить таблетки, ты будешь овощем» (ИНФ.10).

Стремясь избежать стигматизации, некоторые из участников исследования приняли решение не говорить родителям о своем диагнозе. Например, ИНФ.1 рассказала, что ее родители знают о том,

что она лежала в психиатрической больнице, а сейчас принимает медикаменты, но диагноз она им не сообщала:

Ну все равно иногда в общении видно ее [матери], скажем так, советское отношение ко всему этому — то, что каких-то неизлечимых психических болезней, которые как-то радикально могут повлиять на твою жизнь, не существует. Отец таких же взглядов: депрессия — это выдумка, а шизофрения — это когда ты совсем овощ. Поэтому частенько от них можно услышать: «Ну а когда ты уже сможешь перестать пить эти таблетки? Когда тебя вылечат?», вот это вот все. Я ей [маме] до сих пор даже про свой диагноз-то не сказала. <...> Про диагноз я ей говорить боюсь: она загуглит, она начитается всяких разных ужасов, лучше не надо (ИНФ.1).

192

Во время курса лечения от депрессии, который часто занимал продолжительное время, отношение членов семьи информантов к этому заболеванию могло меняться. Некоторые участники исследования упоминали, что их родственники, узнав больше о депрессивных расстройствах, стали воспринимать это состояние как «настоящую» болезнь. Например, ИНФ.10 заметила, что ее мама пересмотрела отношение к этому заболеванию и поняла, что один из ее знакомых в прошлом мог совершить самоубийство именно потому, что был болен депрессией. Другие информанты отмечали, что члены их семей не могут до конца принять, что депрессия — это психическое заболевание, но стараются поддерживать своих детей, которые с ней столкнулись.

При описании стереотипов, с которыми они столкнулись или ожидали столкнуться, студенты, вне зависимости от наличия диагноза, фиксировали поколенческую разницу в отношении к депрессии. В частности, информанты замечали, что старшему поколению свойственно амбивалентное восприятие этого заболевания. С одной стороны, депрессия воспринималась как лень или блажь, а ее медицинская трактовка — выдумки или даже «заговор врачей». С другой стороны, при ухудшении состояния, характерном для некоторых стадий этого заболевания, депрессия воспринималась как сумасшествие или очень тяжелая болезнь, сродни шизофрении. ИНФ.14 метко охарактеризовал связь между этими конфликтующими трактовками депрессии:

Так, на уровне контроля, на уровне тяжести этого состояния есть предубеждение в принципе против психологических проблем. То есть, опять же, у людей на два типа они делятся: либо фигня, либо капец. «Фигня» — как бы сам справишься, а «капец» не лечится. В дурку ложись и умирай (ИНФ.14).

Некоторые из информантов, вне зависимости от наличия диагноза, отметили, что поколение их родителей нередко относилось к их депрессии как к отличительному свойству современной молодежи — переходному возрасту или их общей «слабости духа». Часто

опрошенные студенты сталкивались с предубеждением, что причиной депрессии могут быть только серьезные жизненные испытания, которые молодым людям еще не встречались, а их затяжная печаль — следствие безделья и слишком беспечной жизни. Участники исследования из Санкт-Петербурга упоминали, что старшее поколение обесценивало их опыт депрессии из-за приписываемой им неопытности и молодости:

Ну, в общем, я ее [преподавательницу] встретила в коридоре, она говорит мне: «Я слышала, с вами что-то произошло?» Я такая: «Да, у меня тревожно-депрессивное расстройство». Она: «Ну как, вы ж такая молодая, как у вас может быть тревожно-депрессивное расстройство?» (ИНФ.6).

Часто информанты ожидали, что представители старшего поколения станут отождествлять депрессию и переходный возраст, обесценивая их проблемы и приписывая их «подростковому максимализму». Участники исследования объясняли существование этого стереотипа тем, что родителям легче принять, что психические проблемы их детей носят временный характер и пройдут, когда дети это перерастут.

Информанты из Санкт-Петербурга также отмечали, что старшее поколение часто воспринимало депрессию как надуманную проблему или нежелание взять себя в руки, полагая, что страдающий депрессией человек может ее контролировать. Эти представления соотносятся с культивируемым чувством стыда и вины за свое заболевание, которое отмечали некоторые участники исследования из Санкт-Петербурга вне зависимости от диагноза. Соответственно своим представлениям старшие родственники или другие окружающие люди среднего и старшего возраста в качестве приемлемых способов борьбы с этим состоянием предлагали труд, спорт, работу и поменьше свободного времени:

Ну, я думаю, [стереотипы есть] у старшего поколения, то есть родители, бабушки, дедушки, они не могут понять, что это такое, [для них] все лечится трудом. Я начинаю что-то говорить, а потом мне в ответ: «А я в твоё время, у меня был теленок, и сестры, хозяйство все на мне» (ИНФ.15).

Как следует из анализа интервью, сокрытие депрессии является предпочтительной стратегией борьбы со стигматизацией. Однако небольшая часть студентов с медицинским диагнозом упоминала об альтернативных стратегиях, таких как высмеивание стереотипов и просветительская деятельность. В рамках последнего способа преодоления стигматизации информанты опровергают стереотипы и стараются подробно и открыто говорить о своих ментальных особенностях.

Из интервью студентов с диагнозом и без такового можно заметить, что многие из них сталкивались с трудностью определения своего состояния на начальных этапах заболевания. Многие из тех, кто не обратился к врачу, лишь после окончания депрессивного периода распознали свое прошлое состояние как депрессию. При этом такие студенты не были склонны рассказывать кому-либо из окружающих о своих психических проблемах и подозрениях относительно нормальности своего состояния (если последние существовали). Так, с одной стороны, отсутствие самоидентификации, а с другой — неразглашение ментальных проблем способствовало тому, что информанты без медицинского диагноза оказались меньше подвержены стигматизации — они не вспоминали случаев направленной на них дискриминации и в целом гораздо меньше говорили о стереотипах и предубеждениях.

Для тех же, кто получал помощь в медицинских учреждениях, постановка диагноза стала переломным моментом в моральной карьере человека с депрессией. Медицинский диагноз выступал как своеобразная легитимация подозрений, которые информанты предъявляли к своему психическому состоянию, поэтому эта информация часто встречалась с облегчением и встраивалась в представление о своей идентичности:

194

Самое главное, это, может быть, сквозит у меня в интервью, самое главное — это узнать, кто ты есть на самом деле в плане медицины. Ведь пока у тебя нет таких диагнозов, ты не знаешь, кто ты есть в плане медицины, медицинского портрета. Есть личностный, а есть медицинский портреты, то есть человек, допустим, знает, что у него там диабет, тут у него косточка смещена, тут еще что-то такое. Пока тебе не дают: «А у вас было ментальное расстройство, было и есть». Когда ты это знаешь, у тебя последний штрих в твой ментальный портрет, ты как-то успокаиваешься: вот он я. Как в зеркало смотришь (ИНФ.7).

Как и информанты без диагноза, студенты, обратившиеся к врачу, до этого момента часто скрывали свое состояние от семьи и друзей. Дэвид Карп (1994) в своем исследовании о карьере депрессивного пациента описывает, что такое поведение соответствует этапам становления идентичности в ходе опыта переживания болезни: на начальных стадиях моральной карьеры пациенты редко говорят о своем состоянии с другими, сохраняя подозрения о ненормальности своего состояния в приватном пространстве. С обращением за помощью совпадает раскрытие депрессии окружающим людям. В данном исследовании обращение в медицинские институты можно рассмотреть как первый этап вынесения депрессии в публичное пространство. Легитимация подозрений о своем состоянии, основанная на авторитете медицинского знания, способствовала

дальнейшему вынесению депрессии на обсуждение с доверенными людьми из ближнего круга информантов, а отсутствие такого подтверждения извне препятствовало поиску помощи. Можно заметить, что для студентов из Санкт-Петербурга в обсуждении депрессии сохраняется разделение на приватную и публичную сферы — в первой, включающей семью, партнеров и друзей, говорить о депрессии считается допустимым (хотя и не всегда возможным), а из второй депрессия выталкивается и исключается. Предполагаем, что в этом случае границы доверия совпадают с границами доверия в целом: доверителями являются близкие люди, чаще всего — женщины [Алексеева 2009].

Многие информанты из Санкт-Петербурга, вне зависимости от наличия диагноза, упоминали, что склонность к депрессии может быть характерной чертой современного российского общества. Так, избегание медицинской помощи при депрессии, по мнению некоторых информантов, является результатом действия местных эмоциональных режимов, регламентирующих способы выражения эмоций (в том числе по гендерному признаку):

Ну у нас, в отличие от стран Запада, не принято говорить о своих проблемах каких-то ментальных. Это все умалчивается. Тем более мужчинам еще сложнее, потому что это может подрывать стандарты маскулинности и тому подобное (ИНФ.22).

195

Советское прошлое, воспроизводящееся в представлениях старшего поколения, неоднократно упоминалось опрошенными студентами. Страх «карательной психиатрии», идущий из времен СССР, участники называли еще одним культурно-специфичным препятствием к поиску помощи в отечественной психиатрической системе:

Мне кажется, вот все, все, чего касается сфера психического здоровья, все окружено очень большой и жирной стигмой. <...> Вот, и естественно, ну, по моему мнению, это все из нашего печального прошлого, вот этой карательной психиатрии, вот эта вялотекущая шизофрения, вот это все, этот весь бред. И люди боятся. Страх, и из этого страха растут ноги и у этой стигмы (ИНФ.10).

Другие информанты обращают внимание на те особенности российского контекста, которые, по их мнению, влияют на возникновение депрессии — широко распространенную стигматизацию психических заболеваний в нашем обществе, а также социальные и климатические условия жизни:

Возможно, это какая-то нормальная реакция на то, что происходит снаружи. Мне кажется, да, у нас, я не знаю, как на Западе, к сожалению, но вот у нас в России сам бог велел всем болеть депрессией (ИНФ.6).

Студенты из Хельсинки и из Санкт-Петербурга

Сравнение тематических структур интервью со студентами из Санкт-Петербурга и Хельсинки выявило как сходства, так и различия в опыте стигматизации участников исследования из двух разных стран. Например, в отличие от студентов из Санкт-Петербурга, информанты из Хельсинки были более внимательны к вопросам стигматизации депрессии: они чаще замечали несправедливое отношение к ним в своей повседневной жизни и владели языком для описания дискриминационного опыта, с которым сталкивались. Так, они активно использовали такие термины, как «stigma» и «discrimination», при описании своих ожиданий относительно поведения других в семье, на работе и в университете. Вероятно, это в том числе особенность русского языка, в котором эти слова являются терминами суженного употребления.

Одной из основных тем интервью, выявленных в результате анализа, была тема снижения стигматизации депрессии в финском обществе. В целом финские студенты указывали на тренд на снижение стигматизации вокруг депрессии в последние годы и были более открыты по отношению к своим родным и близким, а некоторые из них упоминали, что вообще не сталкивались с предубеждениями и несправедливостью на основании депрессии. Все больше людей, по оценкам информантов из Хельсинки, рассказывают о своем опыте переживания этого заболевания, и нарастающая публичность этого состояния способствует снижению предубеждений против него:

Здесь, в Финляндии, я думаю, что мы наконец избавляемся от стигмы, связанной с депрессией. В последние годы все больше и больше обсуждается депрессия и то, как она влияет на людей, а также способы ее лечения. Я очень рада, что есть эти публичные дискуссии о депрессии, потому что знаю, что без них многим людям было бы гораздо труднее в повседневной жизни (ИНФ.30).

Тем не менее финские студенты также отмечают существование отдельных стереотипов о депрессии, с которыми они не сталкивались напрямую, но отмечали их присутствие в медиа или рассказах друзей. Содержание этих стереотипов перекликается с некоторыми из представлений, распространенных в России, но отличается меньшим разнообразием. Так, наиболее типичные стереотипы приравнивали депрессию к лени, грусти и — реже — переходному возрасту (или подростковому кризису).

Отличительным свойством стигматизации депрессии в Финляндии можно назвать распространенное представление о том, что люди, столкнувшиеся с ней, должны сами активно себе помогать, на них лежит ответственность за преодоление этого

заболевания. Прохождение медицинского лечения становится способом избежать чувства вины за эту несостоятельность. Так, в следующем фрагменте информант описывает, как столкнулся с осуждением окружающих из-за недостаточной активности в преодолении собственной депрессии. Причиной депрессии он видит нарушения нейрохимического баланса в мозге, которые, в свою очередь, препятствуют ее излечению, так как делают студента более пассивным по отношению к собственному здоровью. Именно отсутствие видимых усилий по преодолению депрессии, а не ее причины или проявления, становятся здесь предметом стигматизации:

Если оставить в стороне прямую дискриминацию, гораздо чаще встречается нечто более тонкое. Я получил свою долю повторяющихся вопросов на тему «Почему бы тебе просто не сделать X?», когда ответ был таков: химические вещества моего мозга делают это невозможным. Эту часть депрессии большинство людей не поймут, если не сталкивались с ней (ИНФ.31).

Отсутствие возможности обсуждать свой опыт депрессии в публичном пространстве (например, на работе и в университете) информанты из Хельсинки считали проявлением сохранившейся стигматизации. Это отличает их от участников из Санкт-Петербурга, считавших приемлемым обсуждение депрессии исключительно в приватной сфере. Все опрошенные студенты из Хельсинки рассказали своим родным либо друзьям о своем состоянии и диагнозе, обсуждали методы лечения или делились переживаниями. Основными агентами ожидаемой и переживаемой стигматизации в Финляндии были преподаватели и работодатели. Информанты из Хельсинки упоминали, что они и их знакомые раскрывали свой диагноз сотрудникам университета, чтобы попросить перенести крайний срок выполнения задания, как они поступили бы в случае соматического заболевания, и чаще всего их просьбы были удовлетворены. В целом сравнение депрессии и соматических заболеваний (например, сломанной ноги) — это частая метафора в интервью студентов из обеих стран. Она иллюстрирует отсутствие контроля над ситуацией заболевшего человека: как невозможно самостоятельно вылечить сломанную ногу, так невозможно и силой позитивного мышления избавиться от депрессии. Примечательно, что в представленном исследовании это сопоставление использовалось участниками в разных контекстах. Информанты из России приводили этот пример членам своей семьи, которые призывали их «взять себя в руки», в то время как студенты из Финляндии упоминали его в контексте отношений на работе или на учебе. Так, одна из информанток сравнила депрессию с соматическим заболеванием в описании эпизода стигматизации в университете:

У меня было несколько действительно неприятных случаев, когда я начинала плакать в классе. Один раз, я помню, одна преподавательница после урока отвела меня в сторону и спросила: «Вы понимаете, насколько это непрофессионально и насколько незрело, может быть, университет — не место для вас?» И очень злилась на меня. Сначала мне было очень плохо, хотя я абсолютно понимала, из чего она исходит: она не понимала, что такой человек действительно болен. Если бы меня, например, вырвало в классе, она не отреагировала бы так, понимаешь, потому что она бы подумала: «О, она больна. У нее вирус или что-то в этом роде» (ИНФ.23).

198

Многие из опрошенных в Хельсинки студентов предполагают, что столкнутся со стигматизацией из-за депрессии во время трудоустройства или на работе. ИНФ.29 упоминает, что на собеседовании ей придется что-то выдумывать, чтобы объяснить пробел в резюме, случившийся из-за депрессии, в противном случае работодатель может подумать, что она плохой работник — нецелеустремленный, нетрудолюбивый. ИНФ.31 упоминает, что условия работы, предлагаемые на рынке труда, могут быть дискриминационными по отношению к людям с депрессией, так как не все из них по состоянию здоровья могут работать 40 часов в неделю. ИНФ.26 поделилась произошедшим в ее жизни случаем дискриминации на работе — из-за депрессии на работе ее отправили в неоплачиваемый отпуск и не оплатили больничный. Также несколько информантов из Хельсинки во время обучения встретились с предубеждением, что людям с депрессией не подходят те профессии, на которые они учились (например, комика или социального работника).

Как и в случае информантов из Санкт-Петербурга, одной из основных тем в интервью со студентами из Хельсинки был конфликт поколений из-за разницы представлений о депрессии. Участники из Финляндии упоминали, что представители старшего поколения (поколения родителей) часто критично относятся к этому заболеванию, в то время как поколение их ровесников более открыто к опыту людей с ментальными особенностями в целом. Так, ИНФ.23 отмечает, что поколению ее родителей свойственно замалчивать психологические проблемы и откладывать обращение к врачу:

Я бы сказала, что они оба [мои родители] также страдали от депрессии, или проблем с самооценкой, или чего-то подобного, но я думаю, что в их поколении это было гораздо более стигматизировано. Об этом просто не принято говорить. А помощь нужно искать, только если ты уже сходишь с ума. Знаешь, это было нечто большее как в личном плане, так и в том, как их научили думать о психических заболеваниях вроде депрессии (ИНФ.23).

Примечательно, что в тяжелом прошлом своих родителей и в их воспитании опрошенные студенты из Финляндии часто видят систем-

ную проблему, способствующую воспроизводству депрессии из поколения в поколение. К другим национальным особенностям депрессии в Финляндии студенты относили растущую индивидуализацию финского общества. Из анализа интервью следует, что неолиберальная логика индивидуальной ответственности определяет доминирующий способ рассмотрения проблем людей с депрессией. ИНФ.23 предполагает, что это связано с влиянием американской культуры:

В Финляндии, под влиянием американской идеологии, много внимания уделяется тому, как ты сам стремишься преодолеть свою депрессию, сам вытягиваешь себя из болота. <...> Да, стигма есть, но я думаю, это немного похоже на стигматизацию бедных людей. В том смысле, что они сами себе не помогают (ИНФ.23).

Моральная карьера человека с депрессией в случае студентов из Финляндии также отличалась от выводов Дэвида Карпа (1994). Вероятно, на это могло повлиять изменение общественных представлений о депрессии (как общая тенденция для западных стран, и, как видно из интервью, для Финляндии), которые теперь предполагают необходимость скорейшего лечения ментального дистресса для возвращения к нормальному состоянию полностью функционального индивида. Из анализа интервью следует, что студенты обращались за помощью к врачу раньше, чем их состояние достигало того критического пика (потери контроля), который описывают участники из России и из исследования Карпа. Среди возможных объяснений для этого наблюдения можно назвать растущую осведомленность о психических заболеваниях и методах их лечения, высокую доступность психиатрической помощи для финских студентов, а также меньшее ожидание стигматизации. Тем не менее, как и участники из Санкт-Петербурга, информанты из Хельсинки были склонны рассказывать о депрессии своим близким только после получения медицинского диагноза и подтверждения своих подозрений. Таким образом, значение постановки диагноза как поворотного момента в моральной карьере человека с депрессией было обнаружено и в финских интервью.

199

Стратегиям борьбы со стигматизацией в интервью со студентами из Финляндии было уделено значительно меньше внимания, чем в интервью русских студентов. В качестве одного из объяснений, можно предположить, что им не так часто приходилось самостоятельно бороться со стереотипами от близких людей. Но некоторые из опрошенных упомянули, что они или их знакомые писали в интернете о своей депрессии, в том числе чтобы внести свой вклад в уменьшение стигматизации психических заболеваний в финском обществе. Для студентов из Санкт-Петербурга подобная стратегия была нехарактерна.

Заключение

200

Целью представленного исследования было сравнить опыт стигматизации студентов из России и Финляндии, столкнувшихся с депрессией. По результатам проведенного анализа можно сказать, что финский социокультурный контекст был более дружелюбен по отношению к людям, страдающим от этого заболевания. В России стигматизация остается ощутимой проблемой для студентов, столкнувшихся с депрессией, в то время как в Финляндии участники отмечали снижение стигматизации этого заболевания за последнее время. Этот вывод согласуется с существующими данными по Финляндии, показывающими, что стигматизация вокруг психических расстройств в финском обществе уменьшается, особенно среди молодых людей [Wahlbeck & Aromaa 2011]. Данные проведенного исследования подтверждали выводы предыдущих исследований [Vagneу et al. 2006], указывая на то, что ожидаемая стигматизация является одним из препятствий к поиску помощи, причем не только в медицинских институтах, но и в неформальных сетях общения. Эта проблема в большей степени характерна для российского контекста, чем для финского. В последние десятилетия исследователи отмечают рост недоверия к экспертному знанию врача и системе здравоохранения в целом, что объясняет растущую популярность практик самопомощи и самолечения [Аронсон 2006]. Важно отметить, что при этом увеличивается важность неформальных сетей общения [Там же], которые становятся главными ресурсами поддержки. Исследования показывают, что доверенные лица из ближнего круга (семья, друзья или партнеры) нередко направляют людей, столкнувшихся с психическими заболеваниями, в институты здравоохранения [Horwitz 1978; Griffiths et al. 2011]. Опасаясь стигматизации как от близких людей, так и от врачей, студенты из России нередко оказываются отрезанными от любых источников помощи, что может привести к ухудшению депрессии. В то же время для студентов из Хельсинки в данном исследовании характерна практически противоположная ситуация. Специфическим проявлением стигматизации в Финляндии становится неолиберальное представление о личной ответственности за выздоровление от депрессии. В других исследованиях описано, как стереотипные представления о депрессии в финском обществе характеризуют депрессию как состояние, зависящее от силы воли человека [Issakainen 2014]. Информанты из Хельсинки упоминали, что прохождение медицинского лечения для них становится способом избегания стигмы, связанной с приписываемым бездействием. Из-за растущих требований к вовлеченности в терапевтический

процесс лечение депрессии для финских студентов становится не правом, а обязанностью.

Постановка диагноза — важная точка в моральной карьере человека с депрессией как в России, так и в Финляндии. Ключевое отличие состоит в том, что в Санкт-Петербурге обращение к врачу происходило гораздо позднее, чем в Хельсинки, и часто предпочтением отдавалось самостоятельному преодолению депрессии. Непосредственным триггером к поиску помощи для студентов из Санкт-Петербурга выступает потеря контроля над своим состоянием, его сильное ухудшение — например, суицидальные настроения или суицидальное поведение. Получение медицинского диагноза часто приносит облегчение и встраивается в представление человека о своей идентичности. В случае самостоятельной борьбы с этим заболеванием идентичность человека с депрессией формируется уже после выздоровления в ходе пересмотра и переинтерпретации своего опыта. Для студентов из Хельсинки обращение к врачу было закономерной реакцией и мерой воздействия на длительные симптомы эмоционального дистресса. Таким образом, моральные карьеры финских студентов с депрессией гораздо больше соответствовали этапам, выделенным в работе Дэвида Карпа [1994] о моральной карьере депрессивного пациента.

201

В Санкт-Петербурге студенты использовали различные стратегии борьбы со стигматизацией депрессии: высмеивание стереотипов, просвещение окружающих и сокрытие своего психического состояния. При этом последняя стратегия была наиболее предпочтительной для опрошенных из Санкт-Петербурга. Предыдущие исследования свидетельствуют о том, что люди, использующие различные способы противодействия стигме (а не избегания ее), имеют более высокую самооценку [Illic et al. 2012]. Информанты из Хельсинки были более свободны в обсуждении депрессии с родными и близкими и меньше упоминали стратегии борьбы со стигматизацией.

Интересно, что и в России, и в Финляндии в интервью студентов присутствовала тема национальной специфики депрессии для финской или российской культуры. В качестве культурно специфических причин депрессии в своей стране информанты из Санкт-Петербурга отметили культуру умолчания о ментальных проблемах, низкий уровень грамотности в сфере психического здоровья и «советское прошлое». В свою очередь, студенты из Хельсинки называли потенциальными причинами высокого уровня депрессии такие черты, как индивидуализм и влияние американской культуры. Интересно, что США в интервью информантов из России часто фигурировало как эталонный случай отношения к людям с депрессией, в то время как в Финляндии влияние американской неолибе-

ральной этики воспринималось менее однозначно. Тем не менее такое частое использование США как объекта сравнения соотносится с представлением о том, что терапевтический дискурс, предполагающий психологизацию эмоций и возникающих в повседневной жизни проблем, зародился и стал популярен именно в Соединенных Штатах, откуда распространился по всему миру [Illouz 2008]. Можно предположить, что разница в восприятии американского терапевтического дискурса связана со степенью его распространения в двух исследуемых социокультурных контекстах. В установившейся терапевтической культуре Финляндии информанты становятся критично настроенными по отношению к излишней личной ответственности за управление своим психическим состоянием. Напротив, в России, где становление психологической культуры ставится исследователями под сомнение [Сироткина, Смит 2008], информанты склонны идеализировать западную модель отношения к депрессии.

202

Данные проведенного исследования подтверждают предыдущие выводы о том, что в странах с низким и средним уровнем дохода люди чаще избегают медицинской помощи при депрессии, чем в странах с высоким уровнем дохода [WHO]. Так, по данным Всемирного банка, Финляндия занимает 11-е место в рейтинге государств по уровню ВНД на душу населения и относится к странам с высоким уровнем дохода [The World Bank]. Все опрошенные студенты из Хельсинки обратились за помощью к врачу, тогда как информанты из России (на 65-м месте в рейтинге стран по уровню ВНД) были склонны к самостоятельному преодолению депрессии и обращались в медицинские учреждения только в крайних случаях.

Известно, что разные социальные группы в разной степени подвержены депрессии. Например, считается, что женщины, люди с низким социально-экономическим статусом и не состоящие в браке имеют больше шансов столкнуться с этим психическим заболеванием [Mirotnik 1998; Lorant et al. 2003; Silva, Loureiro & Cardoso 2016]. Универсальность этих выводов для разных социокультурных контекстов, а также влияние культуры на связь между депрессией и различными социальными характеристиками остаются под вопросом¹. Подобные пересечения остались за рамками представлений

1 Например, Инаба и коллеги [2005], сравнивая эти тенденции на примере США и Японии, показывали, что для последней не характерна связь между уровнем образования и депрессией, которая наблюдается в США и других западных странах.

ного исследования из-за ограниченной выборки, но заслуживают стать предметом будущих научных изысканий.

У проведенного исследования есть ряд ограничений. Хотя оно, как и любое качественное исследование, не претендует на репрезентативность, все же особенности формирования выборки могли способствовать исключению некоторых участников из исследования, а значит, исключению новых точек зрения. Так, при проведении рекрутинга информантов в Финляндии ни один участник без медицинского диагноза не откликнулся. Это может быть объяснено высоким уровнем обращения за профессиональной медицинской помощью: так, Светлана Филатова, один из авторов исследования депрессии среди финской молодежи, проведенным Университетом Турку, объясняет быстрый рост депрессии среди молодежи увеличением количества обращений в институты здравоохранения и повышением «видимости» этого заболевания¹.

Ограничения на сравнимость выводов по группам налагает вынужденное комбинирование нескольких методов сбора данных в Финляндии, которое тем не менее помогло привлечь к исследованию больше информантов. Мое собственное положение в поле также выступало ограничением: с одной стороны, позиция члена студенческого сообщества, обладающего схожим опытом, способствовала установлению доверительных отношений в ситуации интервью и получению личных подробностей об опыте болезни. С другой стороны, в финском поле я занимала скорее позицию аутсайдера, будучи иностранным студентом по обмену без знания финского языка. В ходе проведения полевой работы я старалась трансформировать это положение в позицию «наивного наблюдателя», чувствительного даже к тем аспектам культуры и повседневности, которые не проблематизируются и воспринимаются само собой разумеющимися.

Наконец, хотя изучение субъективной перспективы пациента становится современным трендом в исследованиях в области социологии психического здоровья, выводы, полученные в результате такого исследования, характеризуют только одно из возможных измерений ситуации стигматизации. Для того чтобы получить более полное представление о проблеме стигматизации в разных странах, могут быть полезны количественные исследования среди людей с депрессией и без.

1 https://yle.fi/uutiset/osasto/news/rise_in_youth_depression_diagnoses_may_reflect_change_in_attitudes/10958906

Список информантов

Студенты из Санкт-Петербурга с медицинским диагнозом:

ИНФ.1	женщина	21 год
ИНФ.2	женщина	25 лет
ИНФ.3	женщина	22 года
ИНФ.4	женщина	23 года
ИНФ.5	женщина	21 год
ИНФ.6	женщина	28 лет
ИНФ.7	женщина	29 лет
ИНФ.8	женщина	19 лет
ИНФ.9	женщина	22 года
ИНФ.10	женщина	24 года
ИНФ.11	женщина	22 года

Студенты из Санкт-Петербурга без диагноза:

ИНФ.12	женщина	18 лет
ИНФ.13	мужчина	28 лет
ИНФ.14	мужчина	24 года
ИНФ.15	женщина	22 года
ИНФ.16	женщина	22 года
ИНФ.17	женщина	23 года
ИНФ.18	женщина	23 года
ИНФ.19	мужчина	30 лет

ИНФ.20	мужчина	22 года
ИНФ.21	мужчина	23 года
ИНФ.22	мужчина	21 год
<i>Студенты из Хельсинки:</i>		
ИНФ.23	женщина	24 года
ИНФ.24	женщина	23 года
ИНФ.25	женщина	26 лет
ИНФ.26	женщина	23 года
ИНФ.27	женщина	26 лет
ИНФ.28	женщина	26 лет
ИНФ.29	женщина	26 лет
ИНФ.30	женщина	20 лет
ИНФ.31	мужчина	28 лет
ИНФ.32	мужчина	35 лет
ИНФ.33	женщина	24 года
ИНФ.34	женщина	31 год
ИНФ.35	женщина	20 лет
ИНФ.36	мужчина	27 лет

Библиография / References

Алексеева А. Ю. (2009) Основные элементы и структура межличностного доверия. *Социологический журнал*, (3): 22–40.

— Alekseeva A.Yu. (2009) Basic elements and structure of interpersonal trust. *Sociological Journal*, (3): 22–40. — in Russ.

Аронсон П. Я. (2006) Утрата институционального доверия в российском здравоохранении. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 9(2): 120–131.

— Aronson P. Y. (2006) Loss of institutional trust in Russian healthcare. *Journal of Sociology and Social Anthropology*, 9(2): 120–131. — in Russ.

Гоффман И. (2000) Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью [Электронный ресурс]. НИУ ВШЭ: официальный сайт. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения: 20.10.2022).

— Goffman E. (2000) Stigma: notes on the management of damaged identity [Electronic resource]. *National Research University Higher School of Economics: official site*. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (date of access: 20.10.2022). — in Russ.

Гоффман Э. (2001) Моральная карьера душевнобольного пациента. *Социальные и гуманитарные науки. Серия 11*: 105–148.

— Goffman E. (2001) The moral career of the mentally ill patient. *Social and human sciences. Series 11*: 105–148. — in Russ.

Сироткина И. Е., Смит Р. (2008) «Психологическое общество» и социально-политические перемены в России. *Методология и история психологии*, 3(3): 73–90.

— Sirotkina I. E., Smith R. (2008) “Psychological Society” and socio-political changes in Russia. *Methodology and History of Psychology*, 3(3): 73–90. — in Russ.

Barbui C., Tansella M. (2006) Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(4): 276–283.

Barney L. J., Griffiths K. M., Jorm A. F., Christensen H. (2006) Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1): 51–54.

Boardman F., Griffiths F., Kokanovic R., Potiriadis M., Dowrick C., Gunn J. (2011) Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis. *Journal of affective disorders*, 135(1-3): 267–276.

Conner K. O., Copeland V. C., Grote N. K., Koeske G., Rosen D., Reynolds III C. F., Brown C. (2010) Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6): 531–543.

Dinos S., Stevens S., Serfaty M., Weich S., King M. (2004) Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2): 176–181.

Fox A. B., Earnshaw V. A., Taverna E. C., Vogt D. (2018) Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health*, 3(4): 348.

Goffman E. (2009) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.

Griffiths K. M., Crisp D. A., Barney L., Reid R. (2011) Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC psychiatry*, 11(1): 1–12.

Hamilton S., Pinfold V., Cotney J., Couperthwaite L., Matthews J., Barret K., ... Henderson C. (2016) Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134: 14–22.

Hansson L., Stjernswärd S., Svensson B. (2014) Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness — An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(2): 100–106.

Hatzenbuehler M. L., Phelan J. C., Link B. G. (2013) Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5): 813–821.

Horwitz A. (1978) Family, kin, and friend networks in psychiatric help-seeking. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12: 297–304.

Huggett C., Birtel M. D., Awenat Y. F., Fleming P., Wilkes S., Williams S., Haddock G. (2018) A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3): 380–397.

Ilic M., Reinecke J., Bohner G., Hans-Onno R., Beblo T., Driessen M., ... Corrigan P. W. (2012) Protecting self-esteem from stigma: A test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3): 246–257.

Eva Illouz, *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley, CA: University of California Press, 2008. — 320 p.

Illouz E. (2008) *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley, CA: University of California Press.

Inaba A., Thoits P. A., Ueno K., Gove W. R., Evenson R. J., Sloan M. (2005) Depression in the United States and Japan: gender, marital status, and SES patterns. *Social science & medicine*, 61(11): 2280–2292.

James S. L. et al. (2018) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, № 0159: 1789–1858.

Karp D. A. (1994) Living with depression: Illness and identity turning points. *Qualitative health research*, 4(1): 6–30.

Lakeman R., McGowan P., MacGabhann L., Parkinson M., Redmond M., Sibitz I., ... Walsh J. (2012) A qualitative study exploring experiences of discrimination associated with mental-health problems in Ireland. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(3): 271–279.

Link B. G., Yang L. H., Phelan J. C., Collins P. Y. (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3): 511–541.

Livingston J. D., Boyd J. E. (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12): 2150–2161.

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.

- Markowitz F. E. (1998) The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 335–347.
- Mirotnik J. (1998) Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. *Adversity, stress, and psychopathology*, 235–284.
- Möller-Leimkühler A. M. (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1-3): 1–9.
- O'brien R., Hunt K., Hart G. (2005) "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": men's accounts of masculinity and help seeking. *Social science & medicine*, 61(3): 503–516.
- Owen J., Thomas L., Rodolfa E. (2013) Stigma for seeking therapy: Self-stigma, social stigma, and therapeutic processes. *The Counseling Psychologist*, 41(6): 857–880.
- Pescosolido B. A., Olafsdottir S., Martin J. K., Long J. S. (2008) Cross-cultural aspects of the stigma of mental illness. *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*, 19–35.
- Pescosolido B. A. & Martin J. K. (2015) The stigma complex. *Annual review of sociology*, 41: 87.
- Ritchie H. & Roser M. (2018) Mental health. Published online at OurWorldInData.org. *Our World in Data*.
- 208 Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. C. (2009) The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(5): 298–306.
- Seeman N., Tang S., Brown A. D., Ing A. (2016) World survey of mental illness stigma. *Journal of affective disorders*, 190, 115–121.
- Silva M., Loureiro A., Cardoso G. (2016) Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4): 259–292.
- The World Bank Official Website: GNI per capita, Atlas method (current US\$) Available at: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?name_desc=false 15.01.2021
- "Europeans and their languages". Special Eurobarometer 386. June 2012. P. 21. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f551bd64-8615-4781-9be1-c592217dad83>
- Thoits P. A. (1989) The sociology of emotions. *Annual review of sociology*, 317–342.
- Thornicroft, G. (2008) Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1): 14–19.
- Tzouvara V., Papadopoulos C., Randhawa G. (2016) Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3): 292–305.
- Wahlbeck K., Aromaa E. (2011) Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. *Psychiatria Fennica*, 42, 87–109.
- Wang J., Lai D. (2008) The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of affective disorders*, 110(1-2): 191–196.

Warren L. W. (1983) Male intolerance of depression: A review with implications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 3(2): 147-156.

WHO Official Website: Depression Overview. Available at: https://www.who.int/health-topics/depression-tab=tab_1 05.11.2022

Depression, WHO (2017) Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: *World Health Organization*, 24.

Рекомендация для цитирования:

Глухова М. Е. (2022) «Либо фигня, либо капец»: кросс-культурный анализ опыта депрессии студентов из Санкт-Петербурга и Хельсинки. *Социология власти*, 34 (3-4): 182-209.

For citations:

Glukhova M. E. (2022) “Either Bullshit or You’re Screwed”: A Cross-Cultural Analysis of the Experience of Stigmatizing Students with Depression in St. Petersburg and Helsinki. *Sociology of Power*, 34 (3-4): 182-209.

Поступила в редакцию: 11.10.2022; принята в печать: 29.10.2022

Received: 11.10.2022; Accepted for publication: 29.10.2022